

Е.В. Казакова, Н.А. Капитоненко

## ЛЕКАРСТВЕННОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК СИСТЕМА ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ К КАЧЕСТВЕННОЙ И ЭФФЕКТИВНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,  
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-30-53-11, e-mail: rec@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

### Резюме

Лекарственная помощь как высокочатратная составляющая здравоохранения требует пересмотра региональной лекарственной политики. Лекарственное страхование – система целевой ориентации на сохранение здоровья, и в первую очередь, здоровья работающих граждан. Лекарственное страхование – единая система лекарственного обеспечения в условиях ОМС и ДМС, взаимодополнение с программой обеспечения необходимыми лекарственными препаратами отдельных категорий граждан, система, построенная на основании медицинских стандартов, с паритетным участием личных средств и с повышением доступности к качественной и эффективной лекарственной терапии населения региона.

*Ключевые слова:* лекарственное страхование, обеспечение, доступность медицинской помощи, реформы.

E.V. Kazakova, N.A. Kapitonenko

## MEDICAMENTAL INSURANCE AS A SYSTEM OF INCREASE OF AVAILABILITY OF THE POPULATION TO HIGH-QUALITY AND EFFECTIVE PHARMACOTHERAPY

The Far-Eastern State Medical University, Khabarovsk

### Summary

The medicamental help as a high cost component of health care demands revision of regional policy of providing with drugs. Medicamental insurance is the system of target orientation to preservation of health of working citizens first of all. Medicamental insurance uniform system of providing with drugs in the conditions of compulsory health insurance and voluntary paid health insurance, in addition to the program of providing of some categories of people with necessary drugs, system constructed on the basis of medical standards, with parity participation of personal money and with availability increase to high-quality and effective medicamental therapy of the population of the region.

*Key words:* medicamental insurance, provision, availability of medical care, reforms.

Важный процесс преобразований в системе отечественного здравоохранения возможен в ближайшие годы – внедрение системы всеобщего лекарственного страхования. Переход к новой схеме лекарственного обеспечения позволит решить проблему доступности лекарственной помощи для всех социально незащищенных российских граждан, а не только для отдельных категорий населения [5].

Численность населения России неуклонно сокращается (рис. 1) [6–8].



Рис. 1. Численность постоянного населения России

Данные о приросте (убыли) населения по итогам Всероссийской переписи населения 2010 г. свидетельствуют о явной тенденции замедления убыли населения.

По предварительной оценке Росстата, постоянное население России на начало 2012 г. насчитывало 143 030,1 тыс. чел. против 142 865,4 тыс. чел. на 1 января 2011 г.

В любом случае, прирост (убыль) населения остается близким к нулю, а его численность относительно стабильной уже четвертый год на уровне, примерно соответствующем числу россиян в середине 1980-х гг. (рис. 2).

В 2011 г. увеличилось (с учетом миграционного прироста) население всех федеральных округов, кроме Приволжского и Дальневосточного. Наиболее значительной убыль населения была в Дальневосточном федеральном округе, хотя интенсивность ее снижалась (–1,25% в среднем за год в 1989–2002 гг., –0,77% в 2002–2010 гг.). Во всех дальневосточных регионах, кроме Чукотского автономного округа, в 2011 г. отмечалась убыль населения. Наименее интенсивной она была в Хабаровском (–0,10% против –0,83%) и Приморском (–0,18% против 0,71%) краях, а наиболее интенсивной, как и раньше, в Магаданской области (–1,33% против –1,88%). Чукотский автономный

округ, устойчиво терявший своих постоянных жителей в последние годы ( $-7,79\%$  в 1989–2002 гг. и  $-0,79\%$  в 2002–2010 гг.), в 2011 г. увеличил свое населения более чем на 1% (рис. 3) [6, 7].

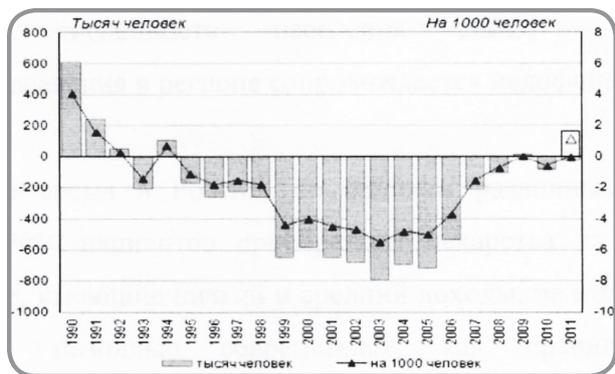


Рис. 2. Прирост (убыль) населения России

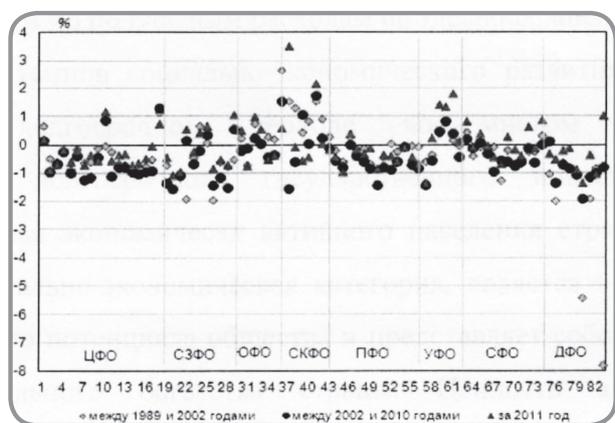


Рис. 3. Среднегодовой прирост (убыль) населения субъектов РФ

Сокращение численности населения ДФО, смертность трудоспособного населения в регионе сопровождаются недофинансированием программы ОМС.

В настоящее время в России, по оценкам различных экспертных организаций, до 80% пациентов приобретают лекарства на собственные средства. Граждане, имеющие низкий и средний доходы, не могут позволить себе лечение с помощью современных, как правило, дорогих инновационных препаратов. В результате, согласно опросу ВЦИОМ, каждый пятый россиянин вынужден отказываться от покупки нужных лекарств, медицинская помощь оказывается недоступной на амбулаторно- поликлиническом этапе [1].

По свидетельству академика РАМН О.П. Щепина [9], смертность трудоспособных граждан в России в 4 раза выше, чем в развитых странах, и в 2 раза, чем в развивающихся. У 20–30% мужчин летальный исход в результате болезней системы кровообращения наступает на фоне повышенного содержания алкоголя в крови. Смертность от онкологических заболеваний на 30% выше показателей европейских стран. В итоге по численности населения мы сейчас находимся на 8-м месте в мире, а к середине XXI в., по расчетам экспертов, отодвинемся на 18-е.

Эффективность системы здравоохранения России оценивается ВОЗ как крайне низкая. По данному показателю наша страна занимает лишь 130-е место

в мире, а по подушевым расходам на здравоохранение – 60-е [5].

Сохранение темпов социально-экономического развития Российской Федерации в долгосрочном периоде во многом обусловлено интенсификацией долгосрочного государственного инвестирования в сохранение здоровья экономически активного населения страны. Здоровье граждан, как социально-экономическая категория, является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой важнейший элемент национального богатства страны. Ценность здоровья, как важнейшего ресурса, необходимого для производства материальных благ, определяется современными тенденциями снижения воспроизводства населения, процессом его старения и, таким образом, уменьшением численности трудоспособного населения [3].

Важнейшим элементом государственной политики, направленной на сохранение здоровья трудового потенциала страны, является повышение качества и доступности медицинской помощи. В последние годы, в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», Правительство Российской Федерации реализует ряд мероприятий, направленных на интенсификацию развития системы национального здравоохранения. Важнейшими элементами данного проекта стали укрепление первичного звена отрасли, обновление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, проведение мероприятий по иммунизации и профилактике инфекционных заболеваний, осуществляется масштабная диспансеризация работающего населения и т.д. Отдельное место в проекте занимают мероприятия, направленные на улучшение демографической ситуации в стране путем повышения рождаемости и сокращения смертности [2, 3].

Реализация указанных мероприятий призвана обеспечить либо восстановление минимального базиса системы национального здравоохранения, утраченного в результате проведенных в начале 90-х гг. социально-экономических преобразований, либо направлена на решение конкретных целевых задач, носящих ярко выраженный социальный характер.

Очевидно, что в долгосрочном периоде проводимые мероприятия носят разовый характер и являются лишь необходимой предпосылкой для последующей масштабной системной модернизации отечественного здравоохранения.

Представляется, что важнейшей целевой установкой предстоящих преобразований является создание необходимых условий для сохранения здоровья трудового потенциала населения страны. Достижение указанной цели невозможно без обеспечения существенного роста качества и доступности медицинской помощи. Качество медицинской помощи, в свою очередь, во многом определяется доступностью качественной и эффективной лекарственной терапии – неотъемлемой части лечебного процесса.

Реформа отечественной системы здравоохранения должна устранить разницу в возможности доступа к современной качественной медицинской помощи, инновационным лекарственным препаратам. Однако

сегодня расходы российского бюджета на здравоохранение гораздо ниже, чем во многих других странах мира. В частности, доля государственного участия в лекарственном обеспечении составляет лишь 22%. Для сравнения: в Новой Зеландии этот показатель равен 88%, в Чехии – 75%, в Германии – 74%, в Испании – 73% [5].

По показателям подушевого потребления лекарственных средств наша страна уступает многим развитым государствам. Так, стоимостная оценка подушевого потребления лекарственных средств, по данным DSM Group, составляет: в Соединенных Штатах Америки – 704 долл. США, в Японии – 622 долл., в Великобритании – 223 долл., в странах Западной Европы данный показатель варьируется от 245 евро в Италии до 362 евро в Швеции, в России – лишь 82 долл. в год [4, 5].

Следует отметить, что положительная динамика роста данного показателя в последние годы (в 2004 г. данный показатель не превышал 46 долл. США) во многом обусловлена появлением программы льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, ориентированной преимущественно на граждан, уже частично или полностью утративших трудовую функцию.

Действующие в субъектах Российской Федерации модели льготного и бесплатного лекарственного обеспечения до 1 января 2005 г. не обеспечивали принцип равной доступности медикаментов для наиболее социально уязвимых категорий населения.

Первым шагом на пути реформирования системы лекарственного обеспечения явилась реализация Федерального закона от 22.08.2004 № 122 ФЗ в части дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) отдельных категорий граждан.

Новые подходы к решению этой проблемы привели к определенным положительным результатам, а именно к повышению доступности лекарственной помощи, адресного представления лекарств на основе Федерального регистра лиц, имеющих право на государственную социальную помощь. Это позволило впервые в России осуществить персонифицированный учет выписки и оплаты лекарственных средств

Реализация Федерального закона от 22.08.04 № 122 в части дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) гарантирует доступность бесплатного лекарственного обеспечения на уровне первичной амбулаторно-поликлинической помощи.

Реализация Федерального закона № 122-ФЗ выявила серьезные дефекты нормативно-правового характера. Массовый исход льготников их программы обернулся нарушением страхового принципа в реализации государственных гарантий дополнительного лекарственного обеспечения населения. Лекарственная помощь на льготных условиях для многих социальных категорий населения оказалась недоступной из-за дефицита финансовых средств.

Программа ДЛО, призванная обеспечить лекарственными средствами достаточно обширную группу населения (около 10% населения страны), поэтапно превратилась в целевую социальную программу для отдельных категорий граждан, затрагивая около 2,3

млн чел., нуждающихся в дорогостоящей лекарственной терапии. Но исключается возможность ее получения социально незащищенными слоями населения и людьми с неравномерными доходами [1, 3].

Сегодня можно много рассуждать о достоинствах и недостатках программы ОНЛС. Положительной оценки программа ОНЛС заслужила. В ее основу уже были заложены элементы лекарственного страхования. Реализация программы ОНЛС способствовала выводу на рынок большого количества эффективных инновационных лекарственных средств, что не помешало расширить возможности лекарственной терапии с использованием и отечественных препаратов и ожидать других позитивных структурных изменений [1].

Переход на систему, когда выписанные врачом лекарства пациент приобретает в аптеке и при этом их стоимость частично или полностью оплачивается государством, позволит более эффективно решать социально-экономические задачи, существенно повысить показатели продолжительности жизни населения и поднять уровень национального здравоохранения в целом.

Разносторонний характер источников финансирования здравоохранения в настоящее время требует и многовариантности финансового менеджмента, в основу которого положено использование стандартных приемов управления, умение оценить конкретную финансовую ситуацию, принять адекватное управленческое решение, способное оптимально устранить возникшие проблемы.

Поиск пути решения проблемы лекарственного обеспечения социально незащищенного населения определил необходимость среди участников фармацевтического и страхового рынка создать в России новую систему снабжения медикаментами, которая может быть дополнительно профинансирована страховыми компаниями.

Создание новой системы возможно в условиях ОМС и как дополнение к корпоративному полису ДМС. ДМС в России, по оценкам специалистов, развивается активно, растет в объемах примерно на 25–30% в год.

Программы ДМС должны быть актуальны для лиц среднего возраста и старше, которые активно используют услуги системы здравоохранения. Причем это может быть связано сегодня не только с заболеваниями, но и с их отношением к своему здоровью и здоровому образу жизни.

Участие страховых компаний в реализации системы возмещения стоимости ЛС может быть, конечно, рискованным. Риск состоит в том, что чем меньше статических данных у страховых компаний на сегодняшний день, тем сложнее рассчитать тариф, выработать условия страхования, спрогнозировать динамику по виду страхования, убыточность, прибыль, спрос на определенные виды программы. В итоге, как никогда, возникает необходимость в определении емкости рынка для лекарственного страхования, основанная на современных методах математического и статистического анализа при управлении территориальной программой льготного лекарственного обеспечения.

Для лекарственного страхования только законодательство в соответствии с международными стандартами может обеспечить должные условия рыночным компаниям, ориентированным на рисковое страхование с наименьшей стоимостью программы, что может стать интересным бизнесом для всех страховщиков на российском рынке.

Российское законодательство построено таким образом, что все финансовые вопросы по медицинскому страхованию решаются сегодня между страховщиком и медицинским учреждением без участия самого застрахованного. В западных системах страхования у страхователя есть возможность участвовать в этом процессе, он может сам предоставить в страховую компанию финансовые документы и получить по ним возмещение в полном объеме или определенный процент в соответствии с программой индивидуального его страхования.

Таким образом, для России интересно может быть и распространенная в Европе программа сооплаты. Пациент, если желает получить фармакотерапию медикаментами, которых нет в перечне страхового договора, просто оплачивает разницу между желаемым препаратом и тем, который прописан в договоре. Этот механизм обеспечения лекарственными средствами очень эффективен, но в России он не работает из-за особенностей существующей законодательной базы, в связи с чем необходима либерализация законодательства и введение новых программ лекарственного обеспечения, например лекарственного страхования.

В России разрешено только страховое возмещение медицинских услуг, но не лекарственного обеспечения. Таким образом, необходимо предусмотреть отдельный вид страхования, включить в существующий закон аптечные учреждения, так как только с их участием возможна выписка медикаментов и реализация лекарственного страхования.

Лекарственное страхование должно иметь строго определенную систему с адекватными требованиями. Данный вид страхования должен работать в комбинации с государственными медицинскими программами.

При этом необходимо определить, как это будет соотноситься с программой дополнительного лекарственного обеспечения. Системы разные, но они способны дополнить друг друга.

Важно продолжить разработку медицинских стандартов лечения, начать разработку фармацевтических стандартов для оптимизации фармацевтического консультирования и качества оказания медицинской помощи, что упрощает и возмещение затрат, и оптимизирует выполнение условий страхования.

Таким образом, указанные выше тенденции частно-государственного партнерства могут выступать как основа концепции и перспективы повышения доступности населения к качественной и эффективной лекарственной терапии в программе всеобщего обязательного лекарственного страхования – одного из важнейших компонентов предстоящих системных преобразований национальной и территориальной систем здравоохранения.

#### Литература

1. Данилов И. Лекарственное страхование решит проблему низкой доступности дорогих лекарств. – Режим доступа: <http://pharm-medexpert.ru> (дата обращения 03.05.2012).
2. Указ Президента Российской Федерации об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года № 1351 от 9 октября 2007 г. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/konceptiya/konceptiya25.html> (дата обращения 03.05.2012).
3. Концепция лекарственного страхования 24.03.2008. – Режим доступа: [http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/search?127107\\_SEARCH\\_471271854.p\\_action=ListForm&p\\_msg\\_id=&127107\\_SEARCH\\_471271854.p\\_search=&p\\_pg\\_num\\_doc=1&p\\_pg\\_num\\_page=1&p\\_max\\_rs=10&p\\_ord\\_by=p\\_form\\_id=p\\_pt\\_id=1](http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/search?127107_SEARCH_471271854.p_action=ListForm&p_msg_id=&127107_SEARCH_471271854.p_search=&p_pg_num_doc=1&p_pg_num_page=1&p_max_rs=10&p_ord_by=p_form_id=p_pt_id=1) (дата обращения 03.05.2012).
4. Лященко А. Лекарственное страхование как социальная гарантия // Московские аптеки. – 2011. – № 10. – Режим доступа: <http://info@mosapteki.ru> (дата обращения 03.05.2012).
5. Степанова И. Право на таблетку // Медицинская газета. – 2012. – 14 марта.
6. Об итогах Всероссийской переписи населения 2010 года. – Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/perepis2010/perepis\\_itogi\\_1612.htm](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/perepis_itogi_1612.htm) (дата обращения 03.05.2012).
7. Росстат. Демография. – Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/demo/per-itog/rg-14-12.doc](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/per-itog/rg-14-12.doc) (дата обращения 03.05.2012).
8. Щербакова Е. Демографические итоги 2011 года (I часть) // Демоскоп Weekly. – 2012. – № 497–498. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0497/barom01.php> (дата обращения 03.05.2012).
9. Щепин О.П., Роговина А.Г., Белов В.Б. Современная медико-демографическая ситуация в России // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2009. – № 6. – С. 3–8.

**Координаты для связи с авторами:** Казакова Елена Васильевна – доцент кафедры фармакологии и клинической фармакологии ДВГМУ, тел.: 8-(4212)–30–53–11, e-mail: e1ena201268@mail.ru; Капитоненко Николай Алексеевич – проректор по лечебной работе ДВГМУ, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья, тел.: 8-(4212)–30–54–26, e-mail: rec@mail.fesmu.ru.

