

К.Е. НОВИЦКАЯ\*

## ПРОГРАММА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РОССИИ: ИНТЕРЕСЫ И ПОВЕДЕНИЕ ОСНОВНЫХ УЧАСТНИКОВ

### Постановка проблемы

Наряду с медицинским обслуживанием и профилактикой заболеваний, лекарственное обеспечение является одним из неотъемлемых элементов системы здравоохранения. Оно решает важнейшие задачи: во-первых, это *преодоление уже возникших социальных рисков* путем снабжения пациентов необходимыми медикаментами; во-вторых, *предотвращение серьезных осложнений, возможных в будущем*. Кроме того, эффективная система лекарственного обеспечения снижает уровень госпитализации и затраты на дорогостоящее лечение.

В нашей стране, где уровень жизни большей части населения относительно низок, а финансирование здравоохранения ограничено, *государственная* система лекарственного обеспечения необходима. Для многих людей, имеющих проблемы со здоровьем, целевая помощь — это залог успешного лечения. К тому же своевременное лекарственное обеспечение позволяет более эффективно расходовать средства.

Между тем, несмотря на недавнее реформирование, действующая в России программа дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан (ДЛО<sup>1</sup>) с трудом выполняет свою задачу. *Принципы организации и схемы финансирования* лекарственной поддержки не имеют четкой теоретической базы. Они не соответствуют решаемым социальным задачам и создают условия для возникновения и закрепления в данной сфере неэффективных *практик взаимодействия* основных участников программы. Эти практики определяются *личными потребностями и интересами* участников.

Организационная и финансовая несостоятельность программы привела к закономерному результату: в 2008 г. около двух третей потенциальных лекарственных льготников покинули ее, реализовав свое право на денежную компенсацию.

Задачи данной статьи — определить роли различных субъектов программы в формировании институциональной структуры льготного

---

**Новицкая Ксения Евгеньевна** — аспирант Государственного университета – Высшая школа экономики. **Адрес:** 117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57. **Телефон:** (495) 424–14–66. **Электронная почта:** novitskaya@pharmexpert.ru

<sup>1</sup> При выделении дорогостоящих групп препаратов в отдельную подпрограмму центральная часть программы была переименована в ОНЛС — обеспечение необходимыми лекарственными средствами.

лекарственного обеспечения; сопоставить интересы основных субъектов и выявить факторы, влияющие на стратегии их поведения. Это поможет выработать механизмы совершенствования государственной системы обеспечения граждан лекарствами.

### Программа дополнительного лекарственного обеспечения

Основная идея российской программы ДЛО заключается в обеспечении льготников качественным амбулаторным лечением в случае острой и хронической болезни, требующей лекарственной терапии. Формирование института лекарственного обеспечения происходило на фоне и под влиянием:

- общего пересмотра системы государственных гарантий в сфере социальной защиты населения,
- сложившейся системы оказания медицинской помощи населению,
- бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения.

С момента запуска программы ДЛО в 2005 г. ее ключевые принципы оставались неизменными:

- четкий, детализированный перечень участников программы, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение;
- бюджетное финансирование «по числу участников», возможность получить денежную компенсацию вместо бесплатных лекарств;
- отсутствие встроенных механизмов рационального сдерживания государственных расходов.

Созданная система лекарственного обеспечения охватывала широкий круг субъектов (рис. 1). Далее мы проанализируем каждую группу участников программы ДЛО по ряду критериев: состав, роль в программе, интересы, отношение к программе, издержки и риски, связанные с участием в ней.

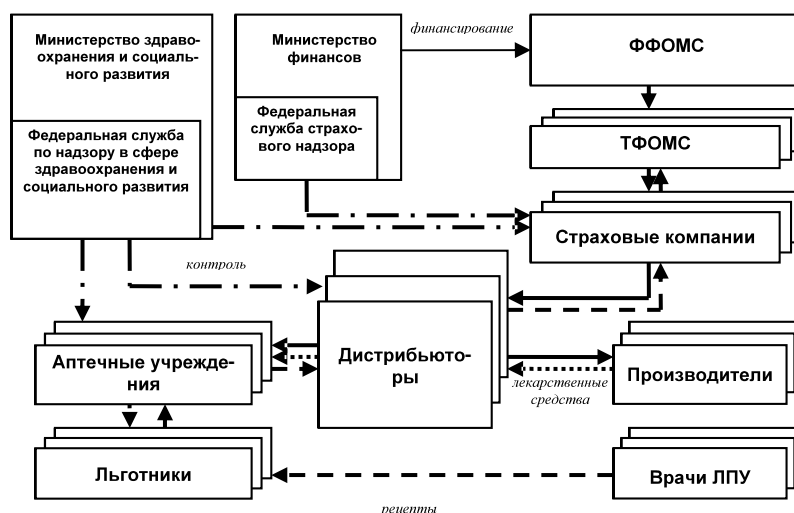


Рис. 1 Первоначальная схема взаимодействия субъектов в области льготного обеспечения лекарственными средствами

### **Государственные службы как субъекты макро- и мезоуровня**

**Состав участников.** Министерство здравоохранения и социального развития (Минздрав) и Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор) решают основные задачи программы ДЛО — создают и поддерживают нормативно-правовую базу, утверждают перечень лекарственных средств, предоставляемых на бесплатной основе, регистрируют цены, определяют форму рецептурного бланка и т. д. [1–3]. *Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС)* и подчиненные ему *территориальные фонды* формируют цепочку распределения средств, перечисленных Министерством финансов в качестве субвенций из федерального бюджета.

Чтобы начать реализацию программы, *местные органы управления здравоохранением* должны были определить, какова потребность в льготных лекарственных средствах на подконтрольной им территории. Однако региональные власти были плохо информированы о составе и состоянии здоровья льготников, стандарты лечения не были утверждены, механизмы расчета такой потребности не были опробованы. В результате заявки на лекарства часто формировались приблизительно.

**Роль в программе.** К весне 2005 г. наиболее очевидным сбоем в работе программы стало то, что «льготные» цены на препараты стали заметно превышать розничные. Это вызвало множество разбирательств. Росздравнадзор совместно с Федеральной службой по тарифам проверял обоснованность зарегистрированных цен и торговых надбавок. Заключались соглашения с производителями о сдерживании роста и снижении цен, из «льготного» перечня исключались препараты, цены на которые были сильно завышены. Также разрабатывались рекомендации по установлению цены лекарств в рамках программы ДЛО. Но производители неохотно шли на уступки. В существующих условиях (кредитная форма оплаты, риски возврата, низкая прогнозируемость заказа) снижение отпускных цен делало участие в программе менее рентабельным.

В 2005 г. профицитная работа программы вызвала последовательное расширение Минздравом перечня «льготных» препаратов. К моменту запуска программы в списке было около 2 тыс. торговых наименований (или 360 международных непатентованных наименований). К концу 2005 г. — уже 2,4 тыс. позиций (или 500 МНН). Однако в 2006 г. перечень препаратов сократили до 1,6 тыс. позиций. Основная причина сокращения — нехватка выделяемых средств после выхода из программы значительной части льготников [4, 7]. Очередное сокращение перечня назначено на 2009 год.

В 2006 г. стоимость отпущенных лекарств в два раза превысила бюджет программы. Кризис неплатежей потребовал создания экспертно-аналитической системы для проверки выписанных рецептов и

привлечения дополнительных средств для расчетов с дистрибьюторами. В середине 2007 г. началась оценка реестров лекарств, отпущенных в 2006 г. Из нормированного страхового запаса ФФОМС были выделены 8 млрд рублей для завершения расчетов за эти лекарства. Также удалось привлечь дополнительные средства из федерального бюджета. Однако поиск дополнительных источников финансирования значительно снизил скорость возмещения затрат дистрибьюторов.

Кроме описанных изменений, стоит упомянуть выделение из общего конкурса на поставку лекарств нескольких отдельных подпрограмм. Их специфика — высокие затраты, определенные заболевания и четко очерченный круг льготников, внесенных в общенациональные реестры. В 2007 г. подпрограмм было всего четыре, к 2008 г. их стало уже семь. Ответственность за розыгрыш аукционов по данным программам была сохранена за федеральными властями, а за обеспечение лекарствами основной массы льготников — перешла к региональным властям.

**Интересы.** Мы оставим в стороне проблему превышения полномочий отдельными представителями административного аппарата программы, хотя таковые и имели место. (Достаточно вспомнить коррупционный скандал с арестом высшего руководства ФФОМС, обвинявшегося в нарушении условий проведения конкурсов на поставку лекарств под программу ДЛО). Попробуем обозначить интересы государственных организаций как единого действующего субъекта.

Начиная с 2006 г., первоочередной задачей государственных служб является сокращение расходов по программе. Выписка бесплатных лекарств стала подвергаться административному контролю. Переход от принципа «потребление лекарств льготниками детерминировано потребностями» к привычному для отрасли планированию «исходя из имеющихся ресурсов» произошел достаточно быстро. Для врачей были установлены приоритетные виды заболеваний и негласные лимиты на количество рецептов, наименований, общую стоимость выписываемых лекарств. Перечни бесплатных лекарств не только сокращались, но и «бюрократизировались»: все больше препаратов попадало в раздел назначаемых по решению врачебной комиссии. Подобное административное сдерживание оказалось очень эффективным. Практика финансирования льготных медикаментов параллельно с выплатой компенсаций требовала от государства все более значительных затрат.

**Изддержки и риски.** Ответственность государственных служб никак не регламентировалась, а отставки и аресты не исправляли ситуацию. Многие недоработки, на которые при запуске программы закрывались глаза, до сих пор не устранены, например, некорректное составление региональными властями заявок на лекарственные средства.

При четком разделении функций *организации и регулирования* (Минздрав), *контроля* (Росздравнадзор) и *финансирования* (ФФОМС) государственным службам трудно добиться эффективной работы программы. Так, при реализации ДЛО возникает необходимость контролировать не только распределение средств, но и выписку и назначение лекарств, а в случае нарушений оперативно применять санкции к конкретным ЛПУ. Для выполнения подобных задач больше подходят не бюрократические, а гражданско-правовые механизмы. Такие механизмы возникают при заключении ЛПУ и страховыми компаниями договоров на оказание медицинской помощи населению.

**Отношение к программе.** Представители *федеральных служб* отмечают такие положительные результаты программы, как большая доступность гражданам жизненно необходимых лекарств, снижение смертности и нагрузки на госпитальный сегмент. В числе проблем — отсутствие в регионах механизмов контроля над выпиской препаратов и использованием средств, некорректное составление заявки, плохая система логистики. Делегирование полномочий выбора поставщиков на региональный уровень призвано подтолкнуть местные власти к совершенствованию методов целевого финансирования, прогноза потребности в лекарствах, контроля над выпиской и управлением запасами.

Представители *региональных органов* управления здравоохранением имеют свой взгляд на проблему. Они связывают ее преодоление с увеличением подушевого финансирования. Дело в том, что последствием проводимой на местах политики сдерживания расходов становится снижение качества медикаментозной терапии. Ряд регионов решают проблему недостаточного финансирования путем выделения средств из местного бюджета (Саратовская, Ярославская, Свердловская и другие области), но большинство требуют дополнительных вливаний из федерального бюджета. С начала 2008 г. Минздрав начал регулярно получать из регионов просьбы о пересмотре размеров дотаций, и, в свою очередь, предлагал обосновать подобные запросы. В итоге, несмотря на отсутствие явных сигналов о дефиците программы ОНЛС–2008, ее бюджет был увеличен на 37% (с 27 до 37 млрд руб.).

#### **Страховые компании**

**Состав участников.** На следующем уровне системы должны были располагаться страховые компании, список которых был утвержден Минздравом. Несмотря на то, что отбор страховщиков происходил без проведения конкурса, их участие помогло бы эффективнее расходовать средства, поскольку именно на них возлагался риск нехватки бюджетного финансирования. Однако участие страховых компаний в программе ДЛО было приостановлено уже в марте 2005 г., а возобновлено, в довольно урезанном виде, лишь в 2007 г.

**Роль в программе.** По замыслу, страховые компании должны были выполнять роль *экспертов*, оценивающих эффективность использования средств и экономическую обоснованность тарифов. Их функция — контролировать выписку лекарственных средств, оформлять медицинскую документацию, привлекать дополнительное финансирование в случаях превышения расходов.

Участие в программе сторонних наблюдателей приносило несомненную пользу. Так, по данным Межрегионального союза медицинских страховщиков, за первый месяц работы удалось выявить, что примерно пятая часть «бесплатных» рецептов попала в руки пациентов, не имеющих права на льготы [6]. Были выявлены случаи бесплатного отпуска медикаментов, не включенных в перечень льготных лекарств. После того как участие страховых компаний в программе было приостановлено, функция оценки *эффективности* использования средств была возложена на ТФОМСы, то есть на агентов, занимающихся *распределением* этих средств.

Исключение из программы страховых фирм привело к неконтролируемому росту выписки льготных лекарств. Врачи получили возможность самостоятельно определять объемы лекарственной терапии, что вкупе с желанием Минздрава исчерпать отложенный спрос со стороны льготников и отсутствием механизмов сдерживания расходов спровоцировало рост предъявленного спроса на бесплатные лекарства [4].

**Интересы.** Первоначально комиссия страховых компаний была определена в размере 3%. В 2007 г. участие страховых компаний в программе было восстановлено на новых условиях. Деятельность по экспертизе выписки, назначения и отпуска лекарств стали осуществлять компании, занятые в системе обязательного медицинского страхования. При этом дополнительного финансирования этой деятельности, выходящей за рамки их работы по программе ОМС, не предусматривалось.

**Издержки и риски.** Таким образом, страховые компании не имеют явной мотивации к оценке работы системы ДЛО. Кроме того, правовые аспекты их деятельности в программе непроработаны [8]. В ситуации постоянного перерасхода бюджетных средств страховым компаниям неразумно проявлять готовность разделить финансовые риски с государством.

**Отношение к программе.** При условии включения лекарственного обеспечения в программу ОМС страховые компании могли бы быть заинтересованы в эффективном снабжении граждан лекарствами как в одном из методов сокращения суммарных медицинских расходов. Однако сегодня, пока этого не произошло, страховые компании воспринимают лекарственное обеспечение как второстепенную зону ответственности, не представляющую для них материального интереса.

### **Дистрибьюторы**

**Состав участников.** В первые годы действия программы ДЛО количество дистрибьюторов было невелико (не более 10). Они отбирались из числа крупных компаний, способных обеспечить поставки в целый ряд регионов или монополизировавших поставки в одном, но крупном субъекте Федерации.

В 2008 г. обеспечение регионов лекарствами стало задачей местного значения, решаемой путем проведения открытых аукционов, и ситуация изменилась. На это поле вышли и местные игроки, что значительно увеличило число дистрибьюторов (более чем до 150). От участника аукциона теперь требовались лишь своевременность поставок на уполномоченный региональный склад и соответствие продукции заявленному лоту. Таким образом, были созданы возможности для проведения аукционов на понижение цены. Залогом их реализации стала готовность местной администрации проводить конкурентный отбор поставщиков.

**Роль в программе.** Дистрибьюторы обеспечивают поставку препаратов в регионы согласно рассчитанной региональными властями потребности. До 2008 г., поскольку механизм поставок не был отлажен, они решали и задачу создания непрерывной товарной цепочки — от производителя к аптекам и потребителю. Дистрибьюторы с нуля выстраивали новый канал сбыта: увеличивали запасы на региональных складах, заключали договора с аптеками, вникали в принципы ценообразования и оплаты поставок, налаживали информационный учет.

Государство платило за отпущенные лекарства напрямую дистрибьютору, который затем распределял деньги вверх и вниз по товарной цепочке — производителям и аптекам. Такое положение усиливало позиции дистрибьютора, но и накладывало на него ряд обязательств: выставять счета и осуществлять первичную экспертизу обслуженных рецептов. (Эти задачи первоначально вменялись страховым компаниям, позже исключенным из программы).

Дистрибьюторы также активно участвовали в программах ознакомления врачей и фармацевтов с основными принципами системы ДЛО. В особенности — касающихся выписки препаратов не по торговой марке, а по международному непатентованному названию. Таким образом, в первые годы реализации программы на дистрибьюторов была возложена не только логистическая функция, но и такие задачи, как информационное сопровождение, ведение отчетности, выстраивание системы взаиморасчетов с остальными участниками.

**Интересы.** Программа ДЛО предоставила дистрибьюторам новый и емкий рынок. В 2005 г. сегмент льготного отпуска лекарств составил чуть меньше пятой части от всех коммерческих продаж через аптеки. Открывшиеся возможности позволяли поставщикам увеличить

коммерческие отгрузки, выстраивая партнерские отношения с аптеками и укрепляя свои позиции на «подведомственных» территориях.

Функция «делящего пирога» давала дистрибьюторам возможность получать значительную долю установленной государством предельной торговой наценки, иногда в ущерб интересам аптек. Дистрибьюторы шли и на создание собственных аптечных сетей, обслуживающих льготников по программе ДЛЮ. Это избавляло их от необходимости заключать соглашения с аптеками, оптимизировало поставки и унифицировало внутренний учет. Отсутствие четкого контроля над ассортиментом и долевой расчет торговой наценки (процент от первоначальной стоимости препарата) провоцировали поставки дорогостоящих медикаментов, что делало программу убыточной.

**Издержки и риски.** В случае срыва поставок дистрибьюторы формально рисковали штрафными санкциями и потерей территорий. При этом они не получали компенсаций за несвоевременную оплату произведенных отгрузок. По закону, оплата лекарств, отпущенных аптекой по рецепту ФФОМС, должна производиться не позднее, чем через 180 дней после отпуска. На практике дефицит программы приводил к задержкам выплат на срок до одного года. Для коммерческой организации такая ситуация влекла за собой нехватку оборотных средств и сокращение внутренних инвестиций. Поскольку неправильно оформленные рецепты или противозаконно отпущенные лекарства не оплачивались, дистрибьюторы были вынуждены предъявлять особые требования к системе учета льготного отпуска, хотя это лишь частично защищало их от потерь.

Дистрибьюторы также столкнулись с нехваткой части предусмотренных программой препаратов, которая возникла по причине превышения спроса над предложением — суммарно в розничном сегменте и по программе ДЛЮ. Многие компании-производители и импортеры оказались просто не готовы к резкому увеличению спроса на их продукцию.

Дополнительные риски были связаны с некорректно составленными региональными заявками и частыми изменениями в официальном перечне лекарств. Невостребованный льготниками товар возвращался к дистрибьютору без компенсации затрат на транспортировку, иногда в нетоварном виде.

**Отношение к программе.** За четыре года реализации программы оптимистичные оценки перспектив ее развития уступили место сдержанно-настороженным. Постоянные изменения, задержки выплат за отпущенные препараты, исключение из программы гаранта этих выплат — страховых компаний, недоработки в методике формирования заявок — все эти факторы снижают готовность дистрибьюторов участвовать в программе. Возврат к децентрализованной системе лекарственного снабжения оценивается многими дистрибьюторами отрицательно,



поскольку региональные органы здравоохранения зачастую плохо разбираются в механизмах проведения аукционов и организации поставок. Таким образом, несмотря на то, что дополнительное лекарственное обеспечение стало для дистрибьюторов значимым сектором бизнеса, участие в нем остается для них достаточно рискованным.

### **Производители лекарственных средств**

**Состав участников.** Чтобы принять участие в программе ДЛО, производитель должен был пройти выборочный контроль производства, организовать фармакологический надзор и контроль качества выпускаемой продукции. Кроме того, он давал обязательство не поставлять продукцию для программы по ценам, превосходящим отпускные для коммерческого рынка. Для подтверждения соответствия заявленной цены затратам, отечественные компании должны были подготовить калькуляцию себестоимости производства, а зарубежные — рассчитать отпускные цены с учетом таможенных издержек.

Постулировалось, что отечественные производители получают преференции для участия в программе. Однако на старте программы принять в ней участие решили лишь 60 отечественных компаний, тогда как иностранных, располагающих большим инвестиционным капиталом, набралось около 110. В дальнейшем доля отечественных компаний лишь сокращалась.

**Роль в программе.** Фармацевтические компании являются главным кредитором программы ДЛО. Они поставляют продукцию надлежащего качества, соответствующую предъявленному спросу, с отсрочкой платежа.

**Интересы.** Интересы производителей очевидны. Гарантированный госзаказ традиционно является источником пусть и не заоблачной, но стабильной прибыли. Для западных компаний дополнительным плюсом был рост информированности российских врачей о препаратах «нового поколения». Иностранные производители добивались включения своих препаратов в список «бесплатных» любыми способами, чтобы продвинуться на российском рынке. Нередко они мотивировали врачей к назначению тех или иных лекарств. Стоит отметить, что в 2005 – начале 2006 гг., при отсутствии строгих ограничений, врачи довольно охотно выписывали высокоэффективные препараты.

**Издержки и риски.** Несмотря на все плюсы, участие в программе является для производителей лекарств делом крайне рискованным. Отечественным производителям обеспечение товарного кредита дается нелегко, а после наступления кризиса неплатежей в конце 2006 г. большинству из них и вовсе пришлось приостановить свое участие в программе. Иностранные производители, обладая большей рентабельностью, успешнее справлялись с финансовыми рисками.

Производитель может столкнуться с такой проблемой, как невозможность произведенных или завезенных под программу лекарств по причине их исключения из «бесплатного» перечня или неправильного расчета регионом потребности в медикаментах. Невозможность надолго спланировать загруженность предприятия затрудняет участие в программе производств с небольшими мощностями, скромными оборотами или длительными циклами, не имеющих обширных складских помещений. Таким компаниям трудно обеспечить неожиданно возникший спрос.

**Отношение к программе.** В 2005 г. участие в программе ДЛО представлялось отечественным производителям весьма привлекательным, однако перспективы были значительно переоценены. Позднее, по причине высоких рисков, отношение отечественных компаний к программе стало достаточно сдержанным. Многие из них сократили масштабы участия в государственных поставках. Иностранные компании рассматривают программу ДЛО как платформу для запуска на российский рынок инновационных препаратов, но их также тревожат постоянные изменения схемы лекарственного обеспечения.

Негативное отношение к программе ДЛО при осознаваемой выгоде государственных вливаний приводит к тому, что представители фармбизнеса проявляют интерес к иным схемам государственной поддержки населения в области лекарственного обеспечения, более соответствующим рыночным механизмам. Среди таких схем — создание в рамках программы ОМС особого блока лекарственного страхования, внедрение специальных программ частичной оплаты лекарств для малоимущих граждан. Эти схемы предполагают регулярность поставок, конкуренцию отечественных препаратов и производителей и не требуют искусственного формирования спроса через определение «потребности».

### **Аптеки**

**Состав участников.** Первоначально для участия в программе аптека должна была заключить с дистрибьютором договор, регулирующий их отношения. В этом договоре оговаривалось выполнение установленных Минздравом требований к обслуживанию льготников. В 2008 г. компанию, осуществляющую локальную логистику и продвижение поступивших в регион лекарств, стали выбирать в рамках отдельного аукциона на уровне субъекта Федерации. Наиболее вероятный победитель такого аукциона — региональное объединение государственных аптек или аптечная сеть, располагающая значительным административным ресурсом.

**Роль в программе.** Аптека, участвующая в программе ДЛО, должна не только отпускать лекарства льготникам, но и решать многие задачи: производить первичную оценку выписанных рецептов,

отслеживать наличие лекарств, управлять торговыми запасами, собирать информацию о спросе на дефицитные препараты, инициировать их поступление со склада. Поэтому важным условием участия в программе является автоматизация аптеки и квалифицированные кадры.

**Интересы.** В 2005–2007 гг. аптечные учреждения работали в программе на условиях получения части торговой наценки, определенной Минздравом для конкретного региона. Процент вознаграждения часто бывал весьма скромным, поскольку основную прибыль оставлял себе дистрибьютор. С 2008 г. размер компенсации не зависит от стоимости отпущенных медикаментов и определяется соглашением с компанией, выигравшей в регионе право на организацию льготного отпуска лекарств.

**Издержки и риски.** Поскольку компенсация аптеки определяется не исходя из ее затрат, а по договоренности с дистрибьютором или логистической компанией, участие в программе ДЛО для нее часто оборачивается финансовыми убытками. Для большинства частных аптек это участие нецелесообразно еще и потому, что оно требует дополнительных расходов на лицензирование торговли наркотическими и сильнодействующими препаратами. По причине частичного перераспределения ресурсов участие в программе может привести даже к снижению роста коммерческой выручки.

**Отношение к программе.** Нерентабельность деятельности аптек в рамках программы ДЛО приводит к формированию негативного отношения к ней. Ситуацию обостряет тот факт, что продолжающаяся коммерциализация муниципальных и государственных аптек уменьшает число учреждений, принуждаемых отпускать лекарства льготникам. Набирающий силу частный сегмент аптечного рынка неохотно участвует в программе, что актуализирует переоценку затрат аптеки на осуществление льготного отпуска лекарств.

### **Врачи**

**Состав участников.** Выпиской бесплатных препаратов призваны были заниматься врачи первичного звена — поликлинических медицинских учреждений.

**Роль в программе.** На заре реализации программы, ввиду отсутствия медицинских стандартов назначения лекарственных средств, объемы выписываемых «бесплатных» лекарств практически ничем не ограничивались, за исключением психологической неготовности врачей назначать современные, дорогостоящие препараты. Однако благодаря семинарам, посвященным системе ДЛО, многие врачи узнали о возможности выписывать такие препараты из «льготного» перечня и смогли по достоинству оценить эффект от их назначения. Впоследствии, когда количество выписываемых лекарств стало контролироваться, врачи стали играть роль «буфера» между пациентами и властями.

**Интересы.** Ввиду отсутствия стандартов выписки лекарственных средств, необходимости согласования назначений со страховыми компаниями, имели место различные нарушения. Среди них — незаконная или некорректная выписка препаратов, использование возможностей программы для участия в акциях по продвижению препаратов и т. п. Подобные случаи были единичны, однако они позволили государственным службам ввести административный контроль над выпиской лекарств. Медики, между тем, продолжают выписывать дорогостоящие препараты. Заявления представителей госаппарата о неоправданности таких решений в условиях тотальной экономии разбиваются об их уверения, что во многих случаях после перевода пациентов на современные схемы лечения вернуться к препаратам предыдущего поколения практически невозможно. В итоге, если ранее врачи имели возможность использовать программу ДЛО для помощи пациентам, то теперь они вынуждены выбирать между активным сопротивлением руководству ЛПУ и участием в тотальной профанации.

**Издержки и риски.** Реализация программы ДЛО потребовала от медиков новых знаний. Перечень лекарств был крайне широк, внедрялся новый принцип выписки по международному непатентованному названию, а не по торговой марке. Актуализировался вопрос квалификации медицинских кадров. Руководству медучреждений потребовалось доскональное изучение рекомендаций по назначению кадров, медикам — посещение тренингов и семинаров.

**Отношение к программе.** Как и у многих других участников программы ДЛО, у врачей сложилось о ней неоднозначное мнение. В их глазах благородная задача была дискредитирована крайне неудачным исполнением.

### **Льготники**

**Состав участников.** Правом на бесплатное получение лекарств по федеральной программе наделялись инвалиды трех групп, инвалиды и участники Великой отечественной войны, а также ветераны боевых действий, блокадники, дети-инвалиды и члены семей погибших участников войны [1]. В определенный Пенсионным фондом список лиц, имеющих право на льготное получение медикаментов, в 2004 г. вошло порядка 14 млн чел., а в 2006 г. — более 16 млн чел. [9].

**Роль в программе.** Не будет преувеличением сказать, что поведение льготников оказало решающее воздействие на ход реализации программы. Закрепленная в законе возможность перехода на *денежную компенсацию* позволяла льготникам выбирать экономически выгодную для них стратегию поведения. В 2006 г. 46% льготников «проголосовали» за выход из программы, что вызвало лавинообразное сокращение ресурсов при незначительном снижении расходов. Нарушение страхового принципа стало тем более неожиданным, что

модель финансирования программы была непроработанной. Ее участниками становились лишь некоторые категории граждан, их количество, состав и, главное, медикаментозные потребности не были четко определены.

**Интересы.** При запуске программы сумма подушевых затрат на одного льготника составляла 350 руб. в месяц [1]. Тем не менее, постулировалось, что затраты государства на одного больного не будут ограничиваться, поскольку лечение тяжелобольных пациентов может потребовать приобретения инновационных лекарств на миллионы рублей. Поскольку обеспечение некоторых участников производилось за счет льготников с меньшими потребностями, последние могли счесть денежную компенсацию более привлекательной. Поскольку решение о выходе из программы ее участник принимает на год, столь близкий горизонт планирования позволяет ему правильно оценивать возможные риски и выбирать оптимальную на данный момент стратегию поведения.

**Издержки и риски.** Основной проблемой, с которой столкнулись льготники, стало отсутствие части лекарств в «бесплатном» перечне. В ряде случаев речь действительно шла о несоответствии утвержденного списка потребностям льготника, иногда же отсутствовал препарат с популярным торговым названием, который заменяли аналогичным лекарством с эквивалентным действующим веществом. Тем не менее, регулярный пересмотр перечня лекарств создавал предпосылки для недовольства.

Вторая проблема была связана с непростой схемой оформления рецептов у врачей. Лекарства нельзя было выписать сразу на значительную сумму или на несколько месяцев вперед. Получение же денежной компенсации давало определенную свободу.

Третий дестабилизирующий момент — трудности с получением прописанного лекарства в аптеке. Правильно оформленный рецепт не являлся залогом получения лекарства, которое могло отсутствовать в конкретной аптеке или даже населенном пункте. Льготнику предлагалось встать на «отложенное обслуживание». Это означало, что аптека запрашивала лекарство у дистрибьютора, который брал на себя обязательство поставить его со склада (формально — в течение 10 дней). В ряде случаев, когда требуемое лекарство не входило в утвержденную регионом заявку и, следовательно, просто отсутствовало на местных складах, его получение становилось еще более проблематичным. Для льготника механизм поставок оставался неясным, а наличие прописанного препарата в розничной торговле и отказ аптеки отпустить его бесплатно подрывали веру в программу.

**Отношение к программе.** Вышеперечисленные сложности привели к формированию отрицательного отношения к программе у большинства льготников. К 2007 г. ситуация осложнилась настолько,

что крайне отрицательное отношение к программе ДЛО высказали половина ее участников [9]. В 2008 г. две трети участников ее покинули.

### **Заключение**

Проект государственной программы ДЛО создавался спонтанно, в контексте общего пересмотра системы государственных гарантий и монетизации льгот. Априори в страховой программе была сохранена возможность «обналичить» право на получение бесплатных лекарств. В состав лекарственных льготников были включены лишь наиболее социально уязвимые категории граждан. На системе ДЛО отразились такие проблемы российского здравоохранения, как незначительная роль страховых компаний, отсутствие эффективных схем оценки рациональности медицинских затрат, недостаточное распространение стандартов лечения и т. д. В результате возникла схема взаимодействия участников программы, выгодная наиболее влиятельным из них. Стратегии ресурсообеспеченных участников — представителей государственных служб и дистрибьюторов — были направлены на решение их собственных задач, во многом противоположных: сокращение расходов государства и максимизацию прибыли фармпоставщиков. Обладающие незначительными ресурсами производители, в первую очередь отечественные, аптечные учреждения, врачи и льготники следовали стратегии адаптации к заданным условиям.

Отсутствие обещанных преференций для локальных производителей вызвало их вынужденный отток из программы. В результате были упущены возможности развития отечественной фармацевтической индустрии, а программа лишилась потенциала экономии бюджетных средств за счет более дешевой местной продукции. Аптеки понуждались к выполнению скудно финансируемой социальной функции. Врачи оказались в привычной ситуации невыполнения государством гарантий в сфере здравоохранения.

В случае с льготниками стратегия адаптации к сложившимся условиям повлекла за собой стремительное уменьшение числа участников программы. Выход большинства льготников из программы является социально неприемлемым результатом. Сопутствующее ему уменьшение бюджета программы сокращает возможности лечения целевых категорий граждан. В то же время, получение льготниками денежной компенсации не гарантирует целевого расходования бюджетных средств, что сводит к минимуму положительные аспекты государственной программы ДЛО.

Для изменения ситуации с лекарственным обеспечением в России наиболее адекватным представляется превращение программы ДЛО из несостоявшейся страховой программы в программу целевую, направленную на лечение *редких* болезней или болезней, требующих использования *крайне дорогостоящих* медикаментов. Предпринятое в

2007–2008 гг. выделение специфических лекарственных групп в индивидуальную программу с собственным финансированием представляет собой первый этап такого перехода.

Лекарственное обеспечение основной массы льготников и более широких слоев населения следует реализовать по истинно страховому принципу, превратив в общегосударственную программу с *обязательным* участием. Опыт развитых стран [5, 10–20] показывает, что для рационального сдерживания расходов в системе лекарственного обеспечения необходимы механизмы контроля индивидуального потребления, включая систему референтных цен и соплатежи населения. Система референтных цен создаст дополнительные стимулы к потреблению недорогих препаратов и откроет более обеспеченным пациентам доступ к медикаментозной терапии с желаемыми параметрами. Соплатежи, сдерживая индивидуальное потребление, позволят обеспечить более широкие возможности лечения, нежели те, которые доступны при полностью государственном финансировании. Льготникам, участвующим в универсальной программе лекарственного обеспечения, следует предоставить особые условия, сохранив доступное им ранее право на бесплатные медикаменты.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 17 июля 1999 года №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации от 18 июля 1999 г. № 29 ст. 3699.
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 18.09.2006 № 665 «Об утверждении перечня лекарственных средств» // Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Банк документов [online]. Дата обращения 15.03.2009. URL: <<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/272>>.
3. Приказ Министерства здравоохранения России от 23.08.1999 № 328 «О рациональном назначении лекарственных средств, правилах выписывания рецептов на них и порядке отпуска аптечными учреждениями (организациями)» // Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Банк документов [online]. Дата обращения 15.03.2009. URL: <<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/515>>.
4. Российская экономика в 2005 году. Тенденции и перспективы / Институт экономики переходного периода. Вып. 27. М.: ИЭПП, 2006.
5. Антонов Д.П. Зарубежный опыт формирования финансовых ресурсов в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. № 6.
6. Вислогузов В. Препаратная вертушка // Власть. 2005. № 11 (614).
7. Громов А., Матвеева А. Травматология // Эксперт. 2006. № 44 (538).
8. Рейхарт Д.В. Вернуть в программу ДЛО отказников — одна из главных задач Федерального ФОМС // Фармацевтический вестник. 2007. № 7 (454).

9. Тельнова Е.А. Состояние, проблемы и перспективы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в 2008 году и дальнейшие перспективы развития в период 2009–2010 гг. // Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития; Материалы 6-го открытого заседания Формулярного комитета РАМН «Справедливость и доступность медицинской помощи», 2008 [online]. Дата обращения 15.03.2009. URL: <[http://www.rspor.ru/mods/congress/krit/Telnova\\_E.A.ppt](http://www.rspor.ru/mods/congress/krit/Telnova_E.A.ppt)>.
10. Austvoll-Dahlgren A., Aaserud M., Vist G., Ramsay C., Oxman A.D., Sturm H., Koesters J. P., Vernby A. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use / Cochrane Database of Systematic Reviews, Article Number CD007017, 2008.
11. Burstall M.L. Co-payments for medicines — how much should patients pay? // *Pharmacoeconomics*. 1994. Vol. 6. P. 187–192.
12. Burstall M.L., Reuben B.G., Reuben A.J., Pricing and reimbursement regulation in Europe: An update on the industry perspective // *Drug Information Journal*. 1999. Vol. 33. P. 669–688.
13. Henriksson F., Hjortsberg C., Rehnberg C. Pharmaceutical expenditure in Sweden // *Health Policy*. 1999. Vol. 47 (2). P. 125–144.
14. Huttin C. The use of prescription charges // *Health Policy*. 1994. Vol. 27. P. 53–73.
15. Huttin C. Income distribution and consumer demand for health services. The case of prescribed medicine in the USA // *Applied Economics*. 1997. Vol. 29. P. 497–503.
16. Johnson R.E., Goodman M.J., Hornbrook M.C., Eldredge M.B., The effect of increased prescription drug cost-sharing on medical care utilization and expenses of elderly health maintenance organization members // *Medical Care*. 1997. Vol. 35. P. 1119–1131.
17. Jonsson B. Cost sharing for pharmaceuticals — The Swedish reimbursement system // *Pharmacoeconomics*. 1996. Vol. 10. P. 68–74.
18. Noyce P.R., Huttin C., Atella V., Brenner G., Haaijer-Ruskamp F.M., Hedvall M.-B., Mechtler R. The cost of prescription medicines to patients // *Health Policy*. 2000. Vol. 52. P. 129–145.
19. Schneeweiss S. Reference drug programs: Effectiveness and policy implications // *Health Policy*. 2007. Vol. 81. P. 17–28.
20. Tamblyn R., Laprise R., Hanley J.-A., Abrahamowicz M., Scott S., Mayo N., et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons // *The Journal of the American Medical Association*. 2001. Vol. 285. P. 421–429.



This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.