

## Обзор состояния лекарственного обеспечения в России

Власов В. В., Плавинский С. Л.

*Общество специалистов доказательной медицины*

Рассмотрена сложившаяся практика обеспечения населения Российской Федерации лекарствами, отмечается отсутствие системного подхода к решению этой задачи. Обращается внимание на сложности в проведении мер по контролю над ценами на лекарственные препараты. Делается вывод об отсутствии очевидного решения проблемы, подходящего как по размеру необходимых средств, так и по структуре системы лекарственного обеспечения.

**Ключевые слова:** лекарственное обеспечение, бесплатные лекарства, амбулаторное лечение, соплатежи, социальная помощь, контроль за ценами на лекарства

В результате принятых ранее решений в России примерно четверть населения имеет право на бесплатные лекарства при амбулаторном лечении. Для большинства населения страны вопрос о доступе к лекарствам не выглядит заметной проблемой, лишь пока семья не сталкивается с серьезным заболеванием ее члена. Связанные с тяжелым заболеванием расходы для большинства российских семей становятся катастрофическими в том смысле, что приводят к сокращению возможностей выживания семьи из-за затрат на лекарства. Несовершенство унаследованного от СССР решения не предоставлять бесплатно лекарства при амбулаторной помощи, давно осознано специалистами в области организации здравоохранения. Попытки предоставлять лекарственную помощь амбулаторным больным предпринимались в середине 1990-х годов в некоторых регионах.

Закон об обязательном медицинском страховании 1993 г. не запрещал такую помощь, но в течение 1995-2010 годов вопрос о ней поднимался только в экспертных кругах при обсуждении перспективных решений. В 2011 г. при обсуждении обновленного варианта стратегии социально-экономического развития страны до 2020 года введение всеобщего лекарственного обеспечения было названо в числе важнейших задач развития здравоохранения.

Принятие в 2010 году закона «Об обязательном медицинском страховании» и в 2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепило в федеральном законе непредоставление лекарственной помощи при амбулаторном лечении, чего ранее не было. В последнем законе введено явное определение в п. 3 ст. 80: «3. При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ... не подлежат оплате за счет личных средств граждан: 1) ... назначение и применение лекарственных препаратов ... по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи».

При власти коммунистов и позднее бесплатное лекарственное обеспечение было важнейшей «льготой» которая предоставлялась в разных размерах детям младшего

возраста, беременным женщинам, ветеранам, инвалидам, больным отдельными «значимыми» заболеваниями. Ни 50 лет назад, ни в последние годы государство не выполняло удовлетворительно взятых на себя обязательств.

Система этих обязательств складывалась хаотически. Первоначально были введены бесплатные лекарства для начальства. Затем бесплатные лекарства стали предоставлять больным «социально значимыми» заболеваниями. К перечню «социально значимых» примыкали заболевания, при которых отсутствие лекарственной терапии приводит к быстрым нежелательным последствиям (диабет, психические болезни) или цена препаратов столь велика, что они недоступны для приобретения гражданами (противораковые препараты). Нищенское пособие пенсионерам и инвалидам определило еще при советской власти появление льгот на приобретение лекарств и бесплатное предоставление лекарств этим группам населения (50% скидка или полная бесплатность).

Обращение к приоритетам в оказании медицинской помощи привело к бесплатному лекарственному обеспечению детей и беременных. Западные образцы и лоббирование пациентских организаций и производителей лекарств подтолкнули к созданию программы «7 нозологий», которая является прототипом программы лекарственного обеспечения при орфанных болезнях. В результате Россия имеет лекарственное обеспечение населения, собранное из программ-клочков, каждая из которых имеет свое более или менее рациональное обоснование, но при этом вместе они не представляют собою системы и оставляют без лекарственного обеспечения значительную часть населения, в первую очередь – экономически активного.

На начало 2012 года лекарствами бесплатно или за 50% стоимости должно обеспечиваться в стране около 15 млн. человек и еще около 3 млн. вместо лекарств получают денежную компенсацию (данные Минздрава России). В это число не включены еще 4-6 млн. человек, проходящих военную службу или приравненных к военнослужащим, имеющих доступ к бесплатным лекарствам в ином порядке (чиновники), и около миллиона заключенных. Большая часть граждан, имеющих право на бесплатное или со скидкой получение лекарств – это обеспечиваемые по постановлению правительства №890 от 1994 года лекарствами граждане в регионах (14,3 млн.). Во всех регионах страны возможность реализовать право на бесплатные лекарства, например, для ребенка в возрасте до 3 лет, крайне ограничена. Весьма ограничен доступ к бесплатным лекарствам у заключенных и военнослужащих.

Бесплатные лекарства в рамках социальной помощи, предусмотренной Федеральным законом N178-ФЗ «О государственной социальной помощи», получают в последние годы 10-30% от числа лиц, имеющих право на такую помощь. Такая ситуация сложилась вследствие принципиального дефекта программы «монетизации льгот», в которой имеющие право на социальную помощь граждане получили личное право на данный объем помощи в виде денег. Этот дефект не является следствием погрешностей в

реализации лекарственной части программы, а присущ самому принципу построения ФЗ «О государственной социальной помощи».

Реализация ФЗ «О государственной социальной помощи» осуществлялась также без опоры на какие-либо концептуальные рамки или экономические оценки. Важнейшая проблема была заложена изначально в виде отказа от какого-либо обоснования содержания лекарственного обеспечения лиц, имеющих право на получение социальной помощи, отсутствия принципов выбора спектра и объема финансируемых лекарств.

Неготовность системы здравоохранения к реализации нового вида работ – на всю подготовку выделялось менее полугода – в совокупности с финансированием, несоответствующим заявленным обязательствам, привели к социальной напряженности, следы которой сохраняются в обществе до сих пор.

В ряду планомерных действий, предпринятых правительством России в течение последних 10 лет, были новые меры стимулирования отечественного производства лекарств, в первую очередь дженериков, и введение системы контроля над ценами на лекарства. Об эффективности усилий в первом направлении нам вскоре предстоит узнать.

Что же касается контроля над ценами, то, как это и должно было быть, сдерживание роста цен на одни препараты привело к ожидаемым последствиям – замедлению роста цен, в то время, как применительно к другим привело к вымыванию их из ассортимента торговли как ставших невыгодными для производителя. Одновременно эта мера продемонстрировала высокие операционные издержки – каждый год процесс регистрации цен затягивался, препараты, на которые не были своевременно зарегистрированы цены, изымались из продажи. Очевидно, что проблема с контролем над ценами состоит не в злонамеренности исполнителей и не в невозможности контролировать цены – просто технология контроля слишком тяжела для реализации, что и демонстрируют эти издержки. Поскольку эти два направления действий – развитие фармацевтической промышленности, конкурентного фармацевтического рынка, его регулирование, в том числе в виде контроля над ценами, в основном выходят за пределы обсуждаемой проблемы – создания системы обеспечения населения лекарствами – далее они будут затрагиваться в минимально необходимой степени.

Вызванная Пироговским движением врачей и подстегнутая электоральным циклом дискуссия о перспективах здравоохранения вызвала к жизни и обсуждение перспективы лекарственного обеспечения населения при амбулаторном лечении. В концепции развития здравоохранения до 2020 года лекарственное обеспечение населения названо в числе самых важных задач. В конце концов, в 2012 году даже министр здравоохранения и социального развития признала необходимость лекарственного обеспечения населения при амбулаторном лечении. Однако, введение такого обеспечения рассматривалось ей как отдаленная перспектива – далее 2015 года, т.е. даже далее, чем перспектива оплаты услуг медицинских организаций по полному тарифу ОМС. Очевидной причиной

откладывания этого важного решения является недостаток средств в системе здравоохранения. Тем не менее, в одном из своих первых указов президент В. Путин постановил «разработать до 1 января 2013 г. с участием общественных организаций Стратегию лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и план ее реализации».

Ранее дискуссия о лекарственном обеспечении проходила в основном с использованием выражения «лекарственное страхование» для обозначения лекарственного обеспечения. Таким образом цель и услуга обозначаются одним выражением, описывающим конкретный механизм финансирования этой услуги.

Соответственно, далее решение рассматривалось в ключе возможности введения дополнительных страховых взносов, возможно даже целевых взносов, на получение гражданином лекарственного обеспечения. Поскольку общим местом дискуссий о налогообложении в 2011-2012 годах является невозможность дальнейшего повышения налогообложения, постольку, в зависимости от ситуации, или признается невозможность лекарственного обеспечения, или дискуссия трансформируется в дискуссию о соплатежах.

Далее, поскольку соплатежи выглядят политически мало приемлемыми, решение опять-таки признавалось почти невозможным. Тем не менее, большинство обнародованных в 2012 заявлений, отчетов и проектов, касающихся системы лекарственного обеспечения, исходят из необходимости соплатежей населения за лекарства. Учитывая, что население сегодня полностью оплачивает лекарства, любой размер сокращения расходов населения был бы прогрессом. Важно, однако, что лекарственное обеспечение не может рассматриваться только с позиций экономики. Его конечной целью является улучшение медицинской помощи и, шире, здравоохранения. Поэтому и решение о создании системы не может базироваться только на том, как получить достаточные средства для некоторой, непонятно как выявленной потребности населения в лекарствах.

Дороговизна лекарств ведет к тому, что люди не лечатся систематически. Это является одной из причин выхода на инвалидность и высокой смертности. Ограниченная доступность лекарств ограничивает и врачей в использовании прогрессивных лекарственных технологий. Отсутствие возможности лечиться амбулаторно приводит людей к попыткам лечиться в стационаре, где лекарства бесплатны. Это приводит к высокой загруженности больниц и огромным нерациональным расходам. Оплата населением лекарств из своих средств означает, что в бедных регионах объективно граждане получают ограниченное лечение, и государство не может повлиять на это неравенство.

Создание системы лекарственного обеспечения всего населения представляется сегодня задачей важной, как никогда, и осознанной, как никогда ранее. Задача осознана не только как важная для функционирования российского общества, но и как путь к решению проблем неэффективности российской системы здравоохранения. Главным препятствием

к формулированию решения этой задачи оказывается неочевидность решения, подходящего для России, как по размеру необходимых для лекарственного обеспечения средств, так и по структуре системы лекарственного обеспечения.

## Review of the state of drug supply in Russia

**Vlasov V. V., Plavinski S. L.**

*Society for Evidence-Based Medicine*

The current practice of providing the population of the Russian Federation with medicines is considered. A lack of systematic approach to solving this problem is stated. Authors draw attention to the difficulty in carrying out price control measures for medicines. Conclusion is made that there is no obvious solution to the problem due to the amount of the necessary funds, and to the existing structure of drug supply.

**Key words:** drug supply, free medicines, outpatient treatment, copayments, social assistance, drug price control