

На правах рукописи



Копилевич Валерия Вадимовна

**СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВАЯ МОДЕЛЬ
ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

08.00.01 – Экономическая теория;
08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Томск 2012

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет», на кафедре мировой экономики и налогообложения.

Научный руководитель: доктор экономических наук, профессор
Гринкевич Лариса Сергеевна.

Официальные оппоненты: **Баранова Инна Владимировна**
доктор экономических наук, профессор,
негосударственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Сибирская
академия финансов и банковского дела», проректор.

Барышева Галина Анзельмовна
доктор экономических наук, профессор
федеральное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Нацио-
нальный исследовательский Томский политехниче-
ский университет», заведующая кафедрой экономики.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
профессионального образования «Байкальский
государственный университет экономики и
права», г. Иркутск.

Защита состоится 29 ноября 2012 г. в 14 час. 15 мин. на заседании диссертационного совета Д 212.267.11 в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет» по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36 (корпус 12 ТГУ, ауд. 121).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет».

Автореферат разослан 24 октября 2012 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



Нехода Евгения Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Одной из приоритетных задач социально ориентированной рыночной экономики является обеспечение граждан качественными социальными услугами, в том числе и качественным лекарственным обеспечением – неотъемлемым элементом системы здравоохранения социально ориентированного государства.

Поскольку лекарственное обеспечение является смешанным общественным благом, участие государства в процессе его предоставления является логичным и обоснованным. Основным вопросом, требующим изучения, является определение правил, видов и объемов участия государства в процессе обеспечения населения лекарствами.

Качество лекарственной терапии при лечении тех или иных патологических состояний человека в современной России зависит от многих факторов, в том числе от уровня совокупных расходов на здравоохранение и от уровня финансовой обеспеченности потребителя лекарственных средств. Модель финансирования лекарственного обеспечения, реализуемая в настоящее время в РФ, не покрывает всех потребностей населения в качественной лекарственной терапии и не гарантирует обеспечение лекарствами пациентов при возникновении заболевания.

Заболев, гражданин получает предусмотренный государством объем бесплатной медицинской помощи, но лекарственная компонента в этот объем не включена (за исключением скорой и стационарной помощи). Государство берет на себя только социальный аспект финансирования лекарственного обеспечения в амбулаторном сегменте, определяя правила доступа к льготному потреблению отдельных категорий населения и объемы финансирования системы льготного обеспечения, фактически не выполняя взятые на себя обязательства в полном объеме.

Главным элементом системы финансирования лекарственного обеспечения должен стать человек и его потребности в лекарствах: система должна опираться не на *возможности* финансирования, а на *потребности* в финансировании. В свою очередь потребности в финансировании могут быть обоснованы государственно утвержденными стандартами оказания медицинской помощи, которые призваны гарантировать обеспечение качества лекарственной терапии. Новая система финансирования лекарственного обеспечения должна быть социально ориентированной, поскольку является необходимым атрибутом социальной рыночной экономики, обеспечивающей высокий уровень благосостояния граждан, и реализует принцип социальной справедливости. Обеспечить необходимые объемы финансирования системы лекарственного обеспечения представляется возможным только при использовании бюджетно-страховой модели финансирования, основанной на объединении государственных и частных источников финансирования, и социальном партнерстве. Кроме того, новая модель финансирования лекарственного обеспечения должна органично встраиваться в существующую систему организации и финансирования здравоохранения.

Таким образом, назрела необходимость модернизации существующей системы и выработки новых подходов к финансированию лекарственного обеспечения, что актуализирует выбранное направление исследования.

Комплексный подход к модернизации системы финансирования лекарственного обеспечения требует изучения и определения экономической сущности лекарственного обеспечения, анализа сложившихся систем финансирования в России и за рубежом и разработки теоретико-методических положений по формированию социально ориентированной бюджетно-страховой модели финансирования лекарственного обеспечения в Российской Федерации.

Степень научной разработанности проблемы. Различные аспекты теории общественных благ и общественного сектора экономики достаточно широко представлены в зару-

бежной и отечественной научной литературе. Свойства общественных благ исследуются в научных трудах таких авторов, как: Э. Аткинсон, Дж. Бьюкенен, В. Де Витти, Г. Линдаль, Б. Маццола, Р. Масгрейв, Р. Инмэн, М. Олсон, В. Парето, П. Самуэльсон, Дж. Стиглиц, Ф. Эджуорт, А. Смит, Л. Вальрас, Дж. Хикс, К. Маркс, А.В. Алексеев, Е.С. Балабанов, А.Б. Берендеев, И.Ф. Герцог, Н.П. Гибало, Г.В. Гутман, А.З. Дадашев, А.В. Дементьев, А.Н. Демин, С.Б. Дигилина, И.Н. Дрогобыцкий, Е.Н. Жильцов, А.В. Ермищина, В.Н. Иванова, В.И. Кошкин, Л.И. Якобсон и др.

Вопросы социального измерения экономики получили освещение в фундаментальных научных исследованиях таких ученых, как С. Брю, К. Макконнелл, В. Нордхаус, Д. Норт, П. Самуэльсон, Дж. Стиглиц, В. Танци, Дж. Тобин, М. Фридман, Ф. Хайек, Р. Штайнер, Й. Шумпетер, Л.И. Якобсон и др.

В основу концепции социального рыночного хозяйства легли идеи таких исследователей, как Ф. Бём, А. Мюллер-Армак, В. Ойкен, В. Репке, А. Рюстов, Л. Эрхард. Различным аспектам сущности, содержания и функций социального рыночного хозяйства, а также места и роли последнего в концепции социального государства посвятили свои научные труды такие ученые, как В.С. Автономов, К.И. Акказиев, И.М. Братищев, А.П. Бутенко, Н.Н. Говрякова, В.Г. Головин, А.М. Волков, С.В. Калашников, П. Козловски, В.Н. Лавриненко, Х. Ламперт, Г. Маккензи, А.С. Макарян, Л.М. Путилова, Ю.Б. Рубин, Ю.П. Филлякин, В. Фишер, М. Штрайт, З. Шульц, Т.В. Юрьева и др.

Концепция социального капитала, его проблематика и современное состояние описаны в работах Р. Патнэма, Дж. Коулмана, М. Грановеттера, А. Портеса, Ф. Фукуямы, Н. Бусовой, И.Е. Дискина, В.В. Радаева, В. Степаненко, Л.В. Стрельниковой, П.С. Адлера, С.У. Квона, С.Ю. Барсуковой, Г.В. Градосельской и других авторов.

Анализ имеющейся научной литературы по проблеме современной экономической теории и методологии здравоохранения показал, что значительный вклад в ее изучение внесли А.И. Вялков, Ф.Н. Кадыров, В.П. Корчагин, Н.А. Кравченко, В.З. Кучеренко, В.Ю. Семенов, Н.Г. Шамшуринов, В.М. Шипова, О.П. Звягинцева и др.

Проблемам российской системы здравоохранения посвящены работы Н.Л. Антоновой, А.Г. Вишневого, А.А. Гудкова, Л.Ю. Ивановой, И.С. Колесниковой, Я.И. Кузьминова, Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.В. Шишкина, И.М. Шеймана, Л.И. Якобсона, Е.Г. Ясина и др. Вопросы формирования и использования финансовых ресурсов государственного и частного сектора в системе здравоохранения исследованы в работах С.В. Барулина, Э.А. Вознесенского, Л.С. Гринкевич, Л.А. Дробозиной, В.П. Иваницкого, А.Ю. Казака, В.Г. Князева, Г.М. Колпаковой, Г.Б. Поляка, В.М. Родионовой, М.В., Романовского, Б.М. Сабанти, В.И. Самарухи, Н.Г. Сычева, С.А. Банина и др. Отраслевой аспект социально-экономических проблем и пути реформирования экономических и финансовых отношений в сфере здравоохранения освещены в работах Н.В. Герасименко, Л.Е. Исаковой, Ю.П. Лисицина, В.И. Стародубова, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина, А.М. Баженова, Г.Э. Улумбековой и других авторов.

Обширный опыт изучения систем лекарственного обеспечения, действующих в других странах, представлен в исследованиях К. Хьютина, П. Р. Нойза, В. Ателла, Т. Христиансена, М. Андерсена, М. Л. Берстолла, Б. Рубена, Э. Рубена, Дж. Харпера, С. Шнеевайса и других западных авторов.

К рассмотрению системы лекарственного обеспечения в рамках общего обзора системы организации финансирования и управления здравоохранения в регионах России обращался коллектив авторов под руководством С. В. Шишкина. Проблемы льготного лекарственного обеспечения затрагивались И. Б. Назаровой, К.Е. Новицкой, А.Э. Авакяном, Г.Т. Глембоцкой, А.В. Гришиным, И.А. Друшляк, Л.Ю. Новиковой. Другие работы, опи-

сывающие опыт организации лекарственного обеспечения, не выходят за пределы описания существующих проблем.

Несмотря на наличие широкого круга работ по проблемам лекарственного обеспечения, проблемы финансирования этого сегмента здравоохранения освещены и проанализированы недостаточно. Недостаточно полными являются исследования по проблемам финансирования лекарственного обеспечения с целью решения задач социальной политики и повышения уровня и качества жизни населения.

Актуальность проблемы, недостаточная теоретическая и практическая разработанность вопросов эффективного лекарственного обеспечения, наличие широкого круга дискуссионных вопросов реформирования системы лекарственного обеспечения, различия в обеспечении лекарственными средствами на региональном уровне предопределили выбор темы настоящего исследования и повлияли на постановку его цели и основных задач.

Область исследования. Диссертационная работа выполнена в рамках раздела «Общая экономическая теория» паспорта специальности ВАК 08.00.01 в соответствии с п. 1.1 «Политическая экономия: теория хозяйственного механизма и его развитие: принципы, закономерности эволюции социально-экономических систем; гуманизация экономического роста»; п. 1.3 «Макроэкономическая теория: теория управления экономическими системами», п. 1.4 «Институциональная и эволюционная экономическая теория: теория переходной экономики и трансформации социально-экономических систем; социально-экономические альтернативы», а также в рамках раздела 1 «Финансы», раздела 2 «Общегосударственные, территориальные и местные финансы» и раздела 7 «Рынок страховых услуг» паспорта специальности ВАК 08.00.10 в соответствии с п. 1.2 «Структуры финансовой системы и органы управления финансовой системой», п. 2.2 «Финансовое регулирование экономических и социальных процессов», п. 7.3 «Финансовое и налоговое регулирование развития и эффективного функционирования обязательного и добровольного страхования».

Объектом диссертационного исследования является медицинская компонента экономики общественного сектора в части обоснования системы социальных гарантий и финансирования лекарственного обеспечения.

Предметом исследования являются социальные и финансово-экономические отношения, формирующиеся в процессе функционирования и развития системы лекарственного обеспечения в медицинском обслуживании населения в соответствии с перспективными социальными стандартами лечения.

Цель и задачи исследования. Целью диссертационного исследования является разработка теоретико-методических подходов к формированию социально ориентированной бюджетно-страховой модели финансирования лекарственного обеспечения, гарантирующей реализацию прав населения на доступную, своевременную и качественную лекарственную терапию посредством объединения государственного и страхового финансирования.

Для достижения поставленной цели потребовалось решить следующие задачи, отражающие структуру и содержание диссертационной работы.

1. Исследовать теоретико-методические аспекты лекарственного обеспечения в социально ориентированной экономике.

2. Проанализировать зарубежный и российский опыт финансирования лекарственного обеспечения.

3. Провести комплексную оценку современного состояния финансирования лекарственного обеспечения на основе анализа институциональных основ формирования системы лекарственного обеспечения в России, анализа практического использования современных

методов и источников финансирования лекарственного обеспечения, анализа проблем и перспектив развития отрасли лекарственного обеспечения.

4. Обосновать своевременность и необходимость модернизации отрасли лекарственного обеспечения.

5. Разработать концептуальную модель национального лекарственного обеспечения, основанную на принципах всеобщности, социальной справедливости, бюджетной эффективности, солидарной финансовой ответственности.

6. Разработать и предложить модель финансирования национального лекарственного обеспечения в Российской Федерации.

Теоретической и методологической основой исследования является применение научных принципов и методов познания, использование положений экономической теории и теории финансов, анализ существующих моделей и социально-экономических проблем, возникающих в процессе организации и финансирования здравоохранения, теоретические и практические разработки зарубежных ученых по вопросам финансирования лекарственного обеспечения, работы отечественных авторов, посвященные проблемам финансового обеспечения здравоохранения, роли и места лекарственного обеспечения, анализ системы финансирования льготного лекарственного обеспечения в России.

В процессе исследования использовались такие общенаучные методы познания, как анализ и синтез, системность и комплексность, абстракция, сравнение и логическое обобщение.

Для получения и обоснования основных положений диссертационной работы применялись системный, комплексный и абстрактно-логический подходы, статистические и экономико-математические методы исследования.

Информационную основу исследования составили законодательные акты Российской Федерации, указы президента Российской Федерации, постановления и распоряжения Правительства Российской Федерации, отраслевые нормативные акты министерств и ведомств, нормативно-правовые акты законодательных и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации, регулирующие вопросы в сфере лекарственного обращения и обеспечения населения лекарственными средствами, официальные материалы и данные Счетной палаты Российской Федерации, Министерства финансов Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральной налоговой службы Российской Федерации, Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, отчеты Всемирной организации здравоохранения и Организации экономического сотрудничества и развития, исследования аналитических агентств, мнения экспертов, личные наблюдения автора.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в разработке теоретико-методических основ формирования социально ориентированной бюджетно-страховой модели финансирования лекарственного обеспечения в Российской Федерации, обеспечивающей соблюдение принципов социальной справедливости, бюджетной эффективности и солидарной финансовой ответственности.

Научная новизна более детально раскрывается следующим комплексом **научных результатов**, выносимых на защиту.

Научная новизна, подтверждаемая научными результатами по специальности ВАК 08.00.01 – Экономическая теория:

1. Доказано, что лекарственное обеспечение в зависимости от стадии воспроизводственного цикла, политического выбора, вида медицинской помощи и категории пациента может обладать свойствами общественных благ, мериторных благ и частных делимых

благ, что доказывает принадлежность лекарственного обеспечения к категории смешанных общественных благ.

2. Доказано, что лекарственное обеспечение как смешанное общественное благо, должно быть основано на синтезе рыночных механизмов регулирования и обязательного участия государства в процессе его предоставления. Данный элемент системы здравоохранения является вложением в человеческий и социальный капитал государства, поскольку здоровье не только напрямую влияет на экономический потенциал посредством улучшения физических возможностей людей, но и дает возможность получения социальной отдачи от высокого качества социальных отношений. При разработке государственной политики в области лекарственного обеспечения необходимо соблюдать баланс между рыночной эффективностью (при производстве лекарств) и социальной справедливостью (при их распределении), а также принципы общедоступности и комплементарности индивидуальной и социальной полезности.

3. Предложено авторское определение категории «финансовая доступность лекарственных средств», характеризующееся необходимым объединением государственных и частных источников финансирования с целью обеспечения гарантированной возможности получения или приобретения лекарственных средств согласно стандартам медицинской помощи; предложен авторский подход к классификации лекарственных средств по признаку финансовой доступности на преференциальные и нельготируемые, основанный на взаимосвязи стандартов оказания медицинской помощи и фармакоэкономической классификации лекарственных средств, учитывающий способ назначения (рецептурный/безрецептурный) и наличие генерических замен (негативный перечень).

4. Выявлены противоречия в реализации государственной политики в области лекарственного обеспечения, выражающиеся в отсутствии реального равного доступа к своевременному и качественному лекарственному обеспечению и в недостаточности финансового обеспечения предоставления лекарственных средств даже льготным категориям граждан, а также причины их возникновения, такие как ограничение финансовой доступности лекарственных средств по виду медицинской помощи и категорийно-пациентскому признаку; совмещение модели финансирования льготного лекарственного обеспечения по числу участников с принципом свободного выхода из программы, делегирование государственных полномочий по льготному лекарственному обеспечению на региональный уровень без соответствующего финансирования.

5. Предложена концептуальная модель национального лекарственного обеспечения, сочетающая в себе смешанные источники финансирования, основанная на сущности и функциях лекарственного обеспечения как смешанного общественного блага, включающая в себя цель, базовые принципы, задачи, приоритетные направления и способы реализации модели. Определены ожидаемые эффекты при реализации данной модели, содержащие развитие теории смешанного общественного блага применительно к потребностям накопления и реализации человеческого и социального капитала, систематизированы общие критерии оценки эффективности системы лекарственного обеспечения.

Научная новизна, подтверждаемая научными результатами по специальности ВАК 08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит:

6. Разработана и предложена новая модель финансирования национального лекарственного обеспечения, встраиваемая в современную модель одноканального финансирования медицинской помощи, основанная на критериях финансовой доступности лекарственных средств и финансовой устойчивости системы. Модель предусматривает использование страхового принципа и принципа социальной справедливости, а также классификацию ле-

карственных средств по уровню финансовой доступности. Предложен критерий оценки финансовой устойчивости и механизм его использования при мониторинге достаточности объема финансирования лекарственного обеспечения.

7. Разработан и предложен к использованию в рамках новой модели лекарственного финансирования общий фонд (бюджет) лекарственного обеспечения в составе Фонда обязательного медицинского страхования как основной финансовый инструмент, обеспечивающий ее практическую реализацию, а также механизм его формирования и использования, включающий определение источников финансирования, порядка и условий формирования, а также тарификационный механизм формирования бюджета.

8. Разработаны и систематизированы этапы перехода к Модели национального лекарственного страхования, такие как проведение персонализации всех потенциальных участников; нормативное утверждение системы национального лекарственного обеспечения; разработка и утверждение Федеральных стандартов оказания медицинской помощи, Национального формулярного перечня, Негативного списка лекарственных средств и Перечня орфанных заболеваний, а также создание и нормативное утверждение бюджета лекарственного обеспечения Фонда обязательного медицинского страхования. Предложены также направления корректировки действующего российского законодательства в области лекарственного обеспечения, направленные на обеспечение равноправного доступа всего населения к своевременной и качественной лекарственной помощи и обеспечения финансовой доступности лекарственных средств, заключающиеся в исключении из действующего законодательства внесистемных (вне системы национального лекарственного обеспечения) льгот по лекарственному обеспечению.

Теоретическая значимость результатов диссертационного исследования заключается в возможности использования его результатов, основных положений и выводов органами управления здравоохранением для разработки национальной лекарственной политики, разработки комплекса мер по совершенствованию существующей системы лекарственного обеспечения, оптимизации финансовых потоков и организации лекарственного обеспечения.

Практическая значимость результатов диссертационного исследования. Материалы диссертационного исследования могут быть рекомендованы для использования в образовательном процессе. В процессе работы над диссертацией был подготовлен и читается спецкурс «Финансирование здравоохранения и лекарственного обеспечения: зарубежный опыт и отечественная практика» для студентов направления «Государственное и муниципальное управление». Этот курс будет полезен студентам, обучающимся по специальности «Финансы и кредит», «Социальная работа», в системе переподготовки кадров для организаций здравоохранения, государственных и муниципальных служащих.

Апробация результатов исследования. Основные положения и выводы диссертационной работы обсуждались и получили одобрение на Международной научно-практической конференции «Экономика России: проблемы и перспективы ее реформирования» (Томск, 2003), Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы и противоречия современного этапа развития экономики и управления» (Томск, 2004), на Экономических чтениях в Томском государственном университете (Томск, 2004, 2011), на VIII Международной научно-практической конференции «Макроэкономические проблемы современного общества (федеральный и региональный аспекты)» (Пенза, 2009), на Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции «Актуальные проблемы модернизации управления и экономики: российский и зарубежный опыт» (Томск, 2012).

Выводы, рекомендации и предложения, изложенные в диссертационном исследовании, приняты и одобрены Комитетом организации лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения Томской области, что подтверждается справкой о внедрении.

Публикации материалов исследований. По теме диссертационного исследования опубликовано 11 работ, в том числе 4 работы в рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ. Общий объем публикаций 4,66 п.л., в том числе авторских – 4,66 п.л.

Объем и структура работы. Диссертационное исследование состоит из введения, трех глав, содержащих девять параграфов, заключения, списка использованных источников и литературы, включающего 253 позиции и 7 приложений. Диссертация содержит 205 страниц основного текста, 19 рисунков, 7 таблиц.

Во введении представлена актуальность темы исследования, степень изученности проблемы, теоретические и методологические основы исследования, определена научная новизна, а также практическая значимость результатов работы.

В первой главе представлены теоретико-методологические аспекты лекарственного обеспечения в социально ориентированной экономике. Дана политико-экономическая характеристика категорий «медицинская услуга» и «лекарственное обеспечение», приведена классификация благ в системе здравоохранения, определены общие особенности лекарственного потребления как элемента медицинской услуги, применен методологический подход к классификации признаков общественных благ к лекарственному обеспечению, определена специфика лекарств как товара, доказана принадлежность лекарственного обеспечения к категории смешанных общественных благ. Рассмотрена категория «социальный капитал» и определена роль социально ориентированного государства в обеспечении доступности общественных благ, сохранении и развитии социального капитала. Изучены действующие классификации лекарственных средств и предложен новый классификационный тип, основанный на признаке финансовой доступности. Предложено авторское определение финансовой доступности лекарственных средств. Разработаны критерии классификации лекарств по признаку финансовой доступности, основанные на стандартизации медицинской помощи и фармакоэкономической классификации.

Вторая глава посвящена изучению действующих за рубежом и в России моделей финансирования лекарственного обеспечения. Определены источники и формы финансирования лекарственного обеспечения в развитых зарубежных странах, проведен межстрановой сравнительный анализ. Проанализирована современная система лекарственного обеспечения в России: представлены институциональные основы формирования системы, описаны организация, преимущества и недостатки современной системы финансирования, выявлены противоречия в реализации государственной политики в области лекарственного обеспечения, их причины и следствия.

Третья глава посвящена вопросам модернизации системы лекарственного обеспечения в РФ. Представлены перспективы совершенствования системы финансирования лекарственного обеспечения через систему обязательного медицинского страхования, проанализированы предлагаемые модели финансирования лекарственного обеспечения в условиях внедрения лекарственного страхования. Разработана и предложена концептуальная модель национального лекарственного обеспечения, содержащая принципы, задачи, приоритетные направления и способы ее реализации. Определены ожидаемые эффекты от реализации предлагаемой модели. Также разработана и предложена модель финансирования национального лекарственного обеспечения, определены и систематизированы критерии эффективности предлагаемой модели и критерий финансовой устойчивости системы. Предложе-

ны новые финансовые инструменты, обеспечивающие практическую реализацию модели. Разработаны и систематизированы этапы перехода к модели национального лекарственного обеспечения.

В заключении описаны основные результаты проведенных исследований, даны краткие характеристики предлагаемых моделей и сформулированы выводы к диссертационной работе.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

Научная новизна, подтверждаемая научными результатами по специальности ВАК 08.00.01 – Экономическая теория:

1. Доказано, что лекарственное обеспечение в зависимости от стадии воспроизводственного цикла, политического выбора, вида медицинской помощи и категории пациента может обладать свойствами общественных благ, мериторных благ и частных делимых благ, что доказывает принадлежность лекарственного обеспечения к категории смешанных общественных благ.

В сфере социальных услуг преобладают смешанно-общественные блага, или так называемые социально значимые услуги. Их организация и финансирование строится на смешанной государственно-рыночной основе, а организационно-правовые формы предполагают деятельность как государственных, муниципальных, так и разнообразных негосударственных институтов при оказании социальных услуг.

Сложность осмысления категории «общественные блага» заключается в ряде причин. Во-первых, в экономике редко встречаются чисто общественные товары. Во-вторых, отсутствие соперничества в использовании и неспособность перекрыть доступ или заставить платить услугой за услугу взаимосвязаны. Оба основных используемых признака можно объединить в одно понятие – общедоступность. Общественным благом называют товар, который, став доступным для одних потребителей, становится практически доступным и для всех остальных.

Противоречивая природа социально значимого блага создает иногда объективную основу для противоречий между текущими индивидуальными и долгосрочными общественными предпочтениями в отношении потребления и использования медицинских услуг. Возникает необходимость государственного вмешательства для разрешения этих противоречий и установления обязательного порядка потребления услуг здравоохранения.

Различные блага, производимые и потребляемые в системе здравоохранения, традиционно подразделяются на три вида: общественные, смешанные и смешанные общественные блага (таблица 1).

Лекарства составляют обязательную часть медицинской услуги. В здравоохранении товаром называется блага, являющиеся условием оказания медицинской услуги. Таким образом, лекарство как товар является обязательным элементом медицинской деятельности. Этот тезис достаточно просто обосновывается внутренней структурой медицинской услуги.

С учетом рассмотренной в диссертации систематизации медицинских услуг, принимая во внимание мнения других экономистов, можно сделать вывод, что лекарственные средства являются особым товаром, потребление которого характеризуется следующими свойствами:

1. Лекарственные препараты обладают высоким социальным приоритетом, они жизненно важны для населения и поэтому не могут быть отнесены к простым потребительским товарам.

2. В большинстве случаев нет отложенного спроса, то есть если есть необходимость в получении лекарственного лечения, то важно оказать его как можно скорее.

3. Результат лекарственного лечения появляется не сразу.
4. Не всегда прослеживается прямая связь между затратами и результатами.
5. Наличие информационной асимметрии в области использования лекарственных средств.
6. Наличие фактора случайности возникновения спроса на лекарственные препараты.
7. Отсутствие взаимозаменяемости для тяжелых форм заболеваний.
8. Высокая степень индивидуальности.
9. Неконкурентность в оценке качества лекарств. Врач обладает значительной коммуникативной компонентой, ограниченность знаний пациента дает возможность медицинским работникам влиять на мнение пациента о качестве предоставляемых услуг.

Таблица 1 – Классификация благ в системе здравоохранения

	Общественные блага	Смешанные блага	Смешанные общественные блага
Внешние экстерналии	1. Источник финансирования – система налогообложения; 2. Бесплатность для потребителя	1. Использование рыночных механизмов; 2. Источник оплаты – доходы потребителя	1. Предоставление благ на основе конкуренции; 2. Использование рыночного механизма ценообразования при предоставлении услуг как государственным, так и частным сектором (система государственного заказа и частного бизнеса); 3. Полезность налоговых платежей, сборов, взносов.
Экономические интересы	1. Общественные; 2. Коллективные	Частные	1. Общественные; 2. Коллективные; 3. Частные
Способ покрытия	Бюджетное финансирование	На рыночных условиях	1. Бюджетное финансирование (преобладает); 2. Индивидуальное; 3. Ведомственное; 4. Смешанное
Признаки	1. Неопределенность конечного потребителя; 2. Общедоступность; 3. Отсутствие конкуренции производителей	1. Платность; 2. Ограниченная доступность в зависимости от доходов потребителя; 3. Наличие конкуренции производителей	1. Четкое разделение платности и бесплатности для потребителя услуг; 2. Общедоступность; 3. Наличие конкуренции производителей; 4. Контроль качества предоставления услуг со стороны государства
Эффекты	1. Для общества: повышение качества трудовых ресурсов, экономический рост, рост благосостояния населения; 2. Для индивидуума: повышение качества жизни, увеличение продолжительности жизни	1. Наличие вмененных издержек; 2. Неоднозначность повышения уровня качества жизни; 3. Дифференциация по положительным и отрицательным эффектам у населения	1. Рост благосостояния населения; 2. Обеспечение доступности и качества медицинских услуг; 3. Экономический рост; 4. Наличие вмененных издержек; 5. Возможность государственного регулирования частного сектора в здравоохранении; 6. Обоснование формируемого налогового климата

Лекарство призвано вернуть человека к прежнему состоянию баланса его удовлетворенности/неудовлетворенности. В случае успеха при лечении, в который, безусловно, верит пациент, его проблема будет решена. Значит, во время болезни человек должен ценить лекарство очень высоко, высшим образом. Экономическая теория определяет такой вид товара как товар первой необходимости и неэластичного спроса по цене.

В диссертационном исследовании применен методологический подход к классификации признаков общественных благ к лекарственному обеспечению, с которым можно ознакомиться в тексте диссертации.

В системе лекарственного обеспечения можно одновременно наблюдать:

– лекарственное обеспечение, имеющее свойства общественных благ (не предназначенное для индивидуального потребления, поступает в распоряжение всего общества, не может быть исключено из потребления на основании требований о выплате определенной цены, предельные издержки их предоставления нулевые, например, вакцинация);

– лекарственное обеспечение, имеющее свойства мериторных благ (эти блага могут предоставляться на платной основе, но поскольку они обладают ярко выраженным внешним эффектом и представляют собой вложения в социальный капитал, то государство предоставляет их в определенных границах на бесплатной основе, например, обеспечение лекарственными средствами при оказании скорой и стационарной помощи, бесплатное обеспечение лекарствами отдельных категорий граждан);

– лекарственное обеспечение, имеющее свойства частных делимых благ (потребление лекарств связано с потребностями отдельного человека и с его уровнем доходов, например, лекарственная терапия в амбулаторных условиях).

Следует отметить, что на классификацию лекарственного обеспечения в системе благ в значительной степени влияет стадия воспроизводственного процесса в которой в настоящий момент находится лекарственное обеспечение, поскольку для разных государств характерна различная степень вмешательства в процессы производства благ и их распределения. И здесь решающим фактором становится политический выбор государства, так как соотношения доли вмешательства регулируются декларируемой национальной политикой в области здравоохранения вообще и лекарственного обеспечения в частности.

Таким образом, лекарственное обеспечение является смешанным общественным благом, поскольку оно обладает свойствами общественного блага и свойствами частного исключаемого блага. Сущность и функции лекарственного обеспечения как смешанного общественного блага необходимо учитывать при модернизации системы лекарственного обеспечения.

2. Доказано, что лекарственное обеспечение как смешанное общественное благо, должно быть основано на синтезе рыночных механизмов регулирования и обязательного участия государства в процессе его предоставления. Данный элемент системы здравоохранения является вложением в человеческий и социальный капитал государства, поскольку здоровье не только напрямую влияет на экономический потенциал посредством улучшения физических возможностей людей, но и дает возможность получения социальной отдачи от высокого качества социальных отношений. При разработке государственной политики в области лекарственного обеспечения необходимо соблюдать баланс между рыночной эффективностью (при производстве лекарств) и социальной справедливостью (при их распределении), а также принципы общедоступности и комплементарности индивидуальной и социальной полезности.

Одной из ключевых задач для большинства государств мира является создание и справедливое распределение общественных благ. Сам по себе факт, что одни индивиды и группы могут выигрывать от предоставления общественных благ больше, чем другие, не влияет на их определение. Однако он может влиять на предпочтения избирателей и направление государственной политики.

Важнейшей задачей государства является обеспечение баланса между рыночной эффективностью и социальной справедливостью. Рынок сам по себе не может создать мощной социальной сферы. Рыночная эффективность базируется на государственной политике поддержания конкуренции. Социальная политика опирается на поиск компромиссов между группами, имеющими противоположные интересы, а также на прямое участие государства в предоставлении социальных благ.

Социальная политика патернализма предполагает отношение к человеку как к пассиву, на который государство должно тратить деньги. Опыт реализации национальных проектов показывает, что привычная патерналистская политика в социальной сфере зашла в тупик. В свете проводимых реформ России необходимо выстроить социальную политику, основанную на отношении к человеку как к активу, в который государство вкладывает деньги. Необходимо рассматривать социальные отрасли как обычные отрасли производства.

Здоровье не только напрямую влияет на экономический потенциал посредством улучшения физических возможностей людей, но и является обязательной составляющей стабильного экономического развития.

Формирование и развитие социального капитала дает возможность получения социальной отдачи от высокого качества социальных отношений. Социальный капитал общества составляет основу для поддержания социального единения, успешного и эффективного функционирования и взаимодействия многих структур и институтов государства.

Лекарственное обеспечение является важной компонентой системы социального обеспечения и социальной защиты населения и одной из главных составляющих системы здравоохранения, необходимых для ее успешного функционирования. Необходимо помнить, что большая доля врачебных назначений приходится на лекарственную компоненту.

Снабжение населения медикаментами, наряду с медицинским обслуживанием и профилактикой, рассматривается в большинстве развитых стран как один из неотъемлемых элементов здравоохранения, решающий ряд важнейших задач. Во-первых, лекарственное обеспечение нацелено на *преодоление уже возникших социальных рисков* путем снабжения большинства пациентов необходимыми медикаментами. Во-вторых, в своем профилактическом ключе оно способствует *предотвращению серьезных осложнений, возможных в будущем*.

Потребление смешанного общественного блага в виде лекарственного обеспечения основано на высоком социальном приоритете и наличии экстерналистного эффекта. Нельзя не заметить, что внешний эффект лекарственного обеспечения как части медицинских услуг возникает не только у непосредственных участников деятельности, связанной с лекарственным обеспечением, но и у лиц, являющихся посторонними по отношению к данной деятельности. По долгосрочности своего воздействия на будущие поколения внешний эффект бессрочен. Долгосрочный характер и масштабность внешнего эффекта здравоохранения вообще и лекарственного обеспечения в частности делают невозможным количественно и качественно измерить и оценить вклад усилий каждого субъекта производства медицинских услуг в общий внешний эффект.

Поскольку лекарственное обеспечение объективно является смешанным общественным благом, в процессе производства и распределения лекарственных средств необходимо сочетать рыночные и государственные механизмы регулирования в силу высокой социальной важности этого элемента здравоохранения.

Ввиду ограниченности финансовых ресурсов, государство вынуждено ограничивать индивидуальные интересы потребителей в интересах общества в целом ради снижения общественных издержек. Лекарственное обеспечение нуждается в обязательном использовании принципа комплементарности индивидуальной и социальной полезности, допускающей существование групповых интересов наряду с предпочтениями индивида, что характерно для обществ, обладающих социальным капиталом.

В сегодняшнем здравоохранении существует неравенство качества медицинских услуг, оказываемых разным слоям населения, основанное на множестве частных платежей за медицинские услуги и лекарственные препараты, которые недоступны большинству населения. Возникает еще один элемент, требующий специального теоретического анализа, который может лечь в качестве обоснования разрабатываемой концептуальной модели финансирования лекарственного обеспечения – финансовая доступность как важнейший элемент возможности потребления необходимых лекарственных средств.

3. Предложено авторское определение категории «финансовая доступность лекарственных средств», характеризующееся необходимостью объединения государственных и частных источников финансирования с целью обеспечения гарантированной возможности получения или приобретения лекарственных средств согласно стандартам медицинской помощи; предложен авторский подход к классификации лекарственных средств по признаку финансовой доступности на преференциальные и нельготируемые, основанный на взаимосвязи стандартов оказания медицинской помощи и фармакоэкономической классификации лекарственных средств, учитывающий способ назначения (рецептурный/безрецептурный) и наличие генерических замен (негативный перечень).

В современной литературе доступность лекарственных средств характеризуется и конкретизируется следующими аспектами: территориальная доступность, техническая доступность и финансовая доступность.

Для формирования модели финансирования лекарственного обеспечения следует опираться на понятие финансовой доступности лекарственных средств. С точки зрения автора, под *финансовой доступностью лекарственных средств* следует понимать *гарантированную возможность получения (в определенных случаях – приобретения) перечня лекарственных средств в соответствии со стандартами медицинской помощи по конкретному диагнозу, обеспеченную объединением государственных и частных источников финансирования.*

Изучив и систематизировав имеющиеся подходы к классификации лекарственных средств, представляется возможным выделить семь базовых классификаций, представленных на рисунке 1.

Данные классификации предлагается дополнить новым классификационным типом, который построен на принципе финансовой доступности лекарственных средств. В основу разработки данной классификации легли данные о системе обеспечения финансовой доступности лекарственных средств в российской практике. Однако данная классификация может быть применена и в глобальной системе группировки лекарственных препаратов по идентичным принципам.

Предлагаемая классификация базируется на разделении всех лекарственных препаратов, разрешенных к применению на территории России, на преференциальные и нельготируемые (рисунок 2).

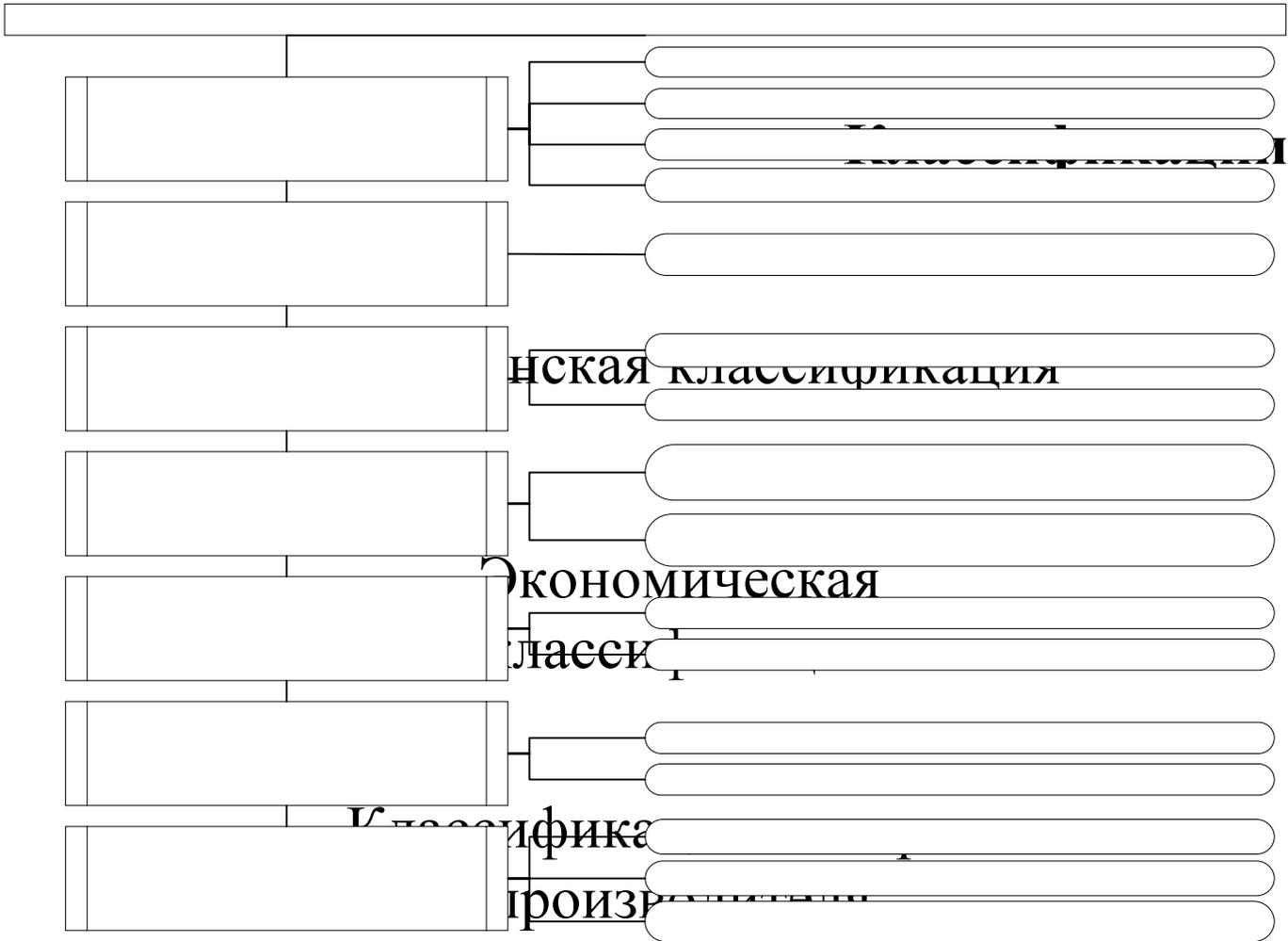


Рисунок 1 – Виды классификаций лекарственных средств

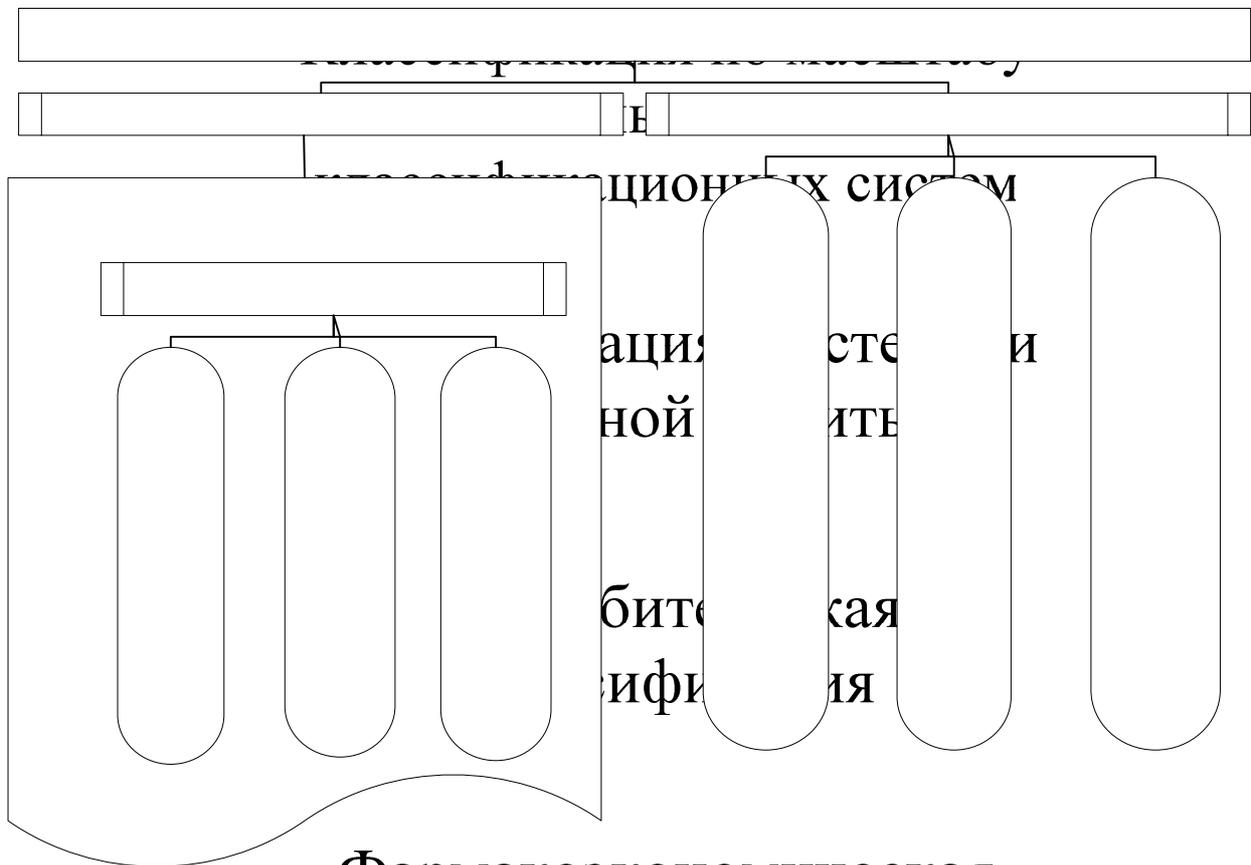


Рисунок 2 – Классификация лекарственных средств по степени финансовой доступности

Фармакоэкономическая классификация

Группа преференциальных лекарственных средств относится только к рецептурному отпуску. При назначении лекарств медицинский работник должен руководствоваться федерально утвержденными стандартами оказания медицинской помощи, в которых указывается перечень препаратов для лечения данного вида заболевания. Классификация рецептурных преференциальных лекарственных средств основана на модифицированной фармакоэкономической классификации VEN (VEN – директивная сегментация «необходимости» лекарственных средств: V-Vital – жизненно-важные, E – Essential – необходимые, N – Non-essential – второстепенные. Классификация VEN должна точно соответствовать утвержденным стандартам лечения).

Преференциальные лекарственные средства на условиях льготирования либо сооплаты предоставляются потребителю своевременно и в полном объеме по мере возникновения потребности в лекарственной терапии.

Стоимость *нелюгутируемых лекарственных средств* как рецептурного, так и безрецептурного отпуска не компенсируется приобретателю за счет каких бы то ни было источников.

Следует отметить, что данная классификация затрагивает амбулаторный сегмент лекарственного обеспечения, поскольку при оказании скорой и стационарной помощи все лекарственные средства в рамках медицинской помощи предоставляются пациентам на бесплатной основе за счет средств ОМС.

Предложенная классификация позволяет не только упорядочить назначение и отпуск лекарственных средств, но и прогнозировать требуемые объемы финансирования потребления лекарственных средств на основе данных медицинской статистики по уровню заболеваемости с учетом стандартов оказания медицинской помощи. Следовательно, данная классификация является основой для обеспечения финансовой доступности лекарств.

4. Выявлены противоречия в реализации государственной политики в области лекарственного обеспечения, выражающиеся в отсутствии реального равного доступа к своевременному и качественному лекарственному обеспечению и в недостаточности финансового обеспечения предоставления лекарственных средств даже льготным категориям граждан, а также причины их возникновения, такие как: ограничение финансовой доступности лекарственных средств по виду медицинской помощи и категорийно-пациентскому признаку; совмещение модели финансирования льготного лекарственного обеспечения по числу участников с принципом свободного выхода из программы, делегирование государственных полномочий по льготному лекарственному обеспечению на региональный уровень без соответствующего финансирования.

Проведенный автором анализ нормативно-правового регулирования и сложившейся практики лекарственного обеспечения позволил выявить ряд противоречий в реализации государственной политики в области обеспечения лекарственными средствами граждан РФ.

Первое противоречие связано с отсутствием реального равного доступа граждан РФ к своевременному и качественному лекарственному обеспечению.

Так, в соответствии с действующим законодательством лекарственное обеспечение в рамках медицинской помощи не предусматривается. Исключение составляет только оказание экстренной и стационарной медицинской помощи, при которой лекарственное сопровождение предусмотрено. Что касается амбулаторной медицинской помощи, то, в соответствии с законодательством Российской Федерации (ст. 29, 323-ФЗ), нормативно предусматривается обеспечение лекарственными препаратами только определенных категорий граждан.

Ситуация, сложившаяся в сфере лекарственного обеспечения, показывает, что лекарственными средствами в амбулаторных условиях население РФ обеспечено в 5,6 раза меньше, чем в странах ОЭСР, в доле ВВП – в 3,6 раза меньше. Общие подушевые расходы на лекарственные средства в амбулаторных условиях в год составили около 190 дол. по ППС, при этом из государственных источников покрывается не более 24% (45 дол. по

ППС), в то время как в странах ОЭСР из государственных источников покрывается 60% расходов (250 дол. по ППС).

Существующая в России система лекарственного обеспечения базируется на принципе государственной компенсации расходов на лекарства для отдельных категорий населения. Категории выделяются по следующим признакам: отнесение граждан к льготной категории, пациенты, страдающие социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, характеризующимися как высокочрезвычайные. За пределами компенсационных механизмов лекарственное обеспечение может осуществляться исключительно за счет личных средств граждан. Проводимые в этой области исследования показывают, что значительная часть граждан РФ, как имеющих право на льготы, так и не имеющие их, *вынуждена* отказываться от покупки лекарственных средств. В условиях глобальной коммерциализации сферы производства лекарственных препаратов, доступ как к потреблению лекарств, так и как к качественной лекарственной терапии отсутствует, в том числе и по причине ограничения финансовой доступности.

Несмотря на то что в России декларируется равный доступ к медицинской помощи, важный ее компонент остается за пределами государственных гарантий.

Второе противоречие лежит в плоскости декларируемых социальных льгот. Государственная политика социального обеспечения предусматривает финансирование приобретения лекарственных средств отдельным категориям граждан (пациентов). Однако в силу определенных причин государство не выполняет взятые на себя обязательства в полном объеме. Для изучения причин возникновения данного противоречия необходимо рассмотреть федеральный и региональный аспект льготного лекарственного обеспечения.

Схема взаимодействия участников программы льготного лекарственного обеспечения предполагала реализацию лекарственного обеспечения в виде особой социальной страховой программы, полностью финансируемой и регулируемой государством. Однако выбранные механизмы *финансирования* и *организации* государственной программы лекарственного обеспечения несли в себе целый ряд изъянов, вызвавших комплекс социальных, экономических и политических последствий.

Совмещение модели финансирования по числу участников с принципом свободного выхода из программы (вступившим в действие в 2006 г.) вызвало *нарушение финансовой устойчивости программы*, объясняемое действием правила неблагоприятного отбора участников. Закрепленная в законе возможность получения денежной компенсации предусматривала право выбора, что не могло не сказаться на бюджете программы. На протяжении всего срока действия программ тенденция к сокращению количества участников программы остается неизменной. Право получателей федеральной льготы на выход из программы разрушило страховой принцип. Граждане, не нуждающиеся в помощи государства в приобретении лекарственных средств, забрав деньги и выйдя из программы, ухудшили финансовые риски и повысили убыточность системы. Это значит, что риски «низкого качества», оставшиеся в программе, стали требовать более высокого подушевого норматива финансирования. Однако конструкция закона такова, что при увеличении финансирования натуральной части льготы необходимо увеличивать ее монетизируемую часть.

В программе не были предусмотрены адекватные механизмы сдерживания затрат. Попытки ограничить затраты внутри программы путем введения квот и ужесточений правил выписки рецептов, пересмотра и сокращения списка лекарственных средств, приводят к тому, что уход из программы продолжается, и, следовательно, все больше усугубляется проблема финансового обеспечения программы, адекватного рискам.

Схема нормативно-правового регулирования льготного лекарственного обеспечения такова, что подразумевает возможность монетизировать федеральную льготу и сохранить возможность получения лекарственных средств по льготному рецепту, финансируемому за счет средств региональных бюджетов.

Согласно Постановлению Правительства № 890 субъектам Федерации вменяется в обязанность лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан согласно перечню за счет средств региональных бюджетов. Практика показывает, что региональные бюджеты, даже с учетом межбюджетных трансфертов на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения, не в состоянии профинансировать приобретение лекарственных средств всем категориям граждан, имеющим право на льготу.

Основной проблемой была, есть и останется в обозримой перспективе проблема превышения потребности в лекарственных средствах над финансовыми возможностями региональных бюджетов. Это приводит к формированию «отсроченных рецептов». Помимо задержки обслуживания рецепта, недостаток финансовых возможностей региона провоцирует ограничение выписки льготных рецептов, т.е., ссылаясь на недостаточность финансирования, Департаменты здравоохранения регионов регламентирует выписку рецептов *только* по жизненным показаниям. В этом плане показательна (но не исключительна) статистика Томской области. В связи с ограниченностью финансовых ресурсов, бесплатными лекарствами обеспечивается не более 40% региональных льготников, причем основной объем средств (до 87%) направляется на обеспечение граждан, страдающих сахарным диабетом и бронхиальной астмой. Остальные группы населения и граждане, страдающие другими заболеваниями, из-за недостаточности средств обеспечиваются по остаточному принципу.

Отсюда следует, что государство не выполняет взятые на себя обязательства по лекарственному обеспечению населения в рамках социальных гарантий.

Выявленные системные противоречия наглядно показывают, что сложившаяся практика лекарственного обеспечения в Российской Федерации требует модернизации. Несмотря на рост объемов государственных затрат, ситуация с доступностью лекарственных средств для всех категорий граждан России продолжает ухудшаться. Промедление с началом реформирования программы лекарственного обеспечения год от года значительно усугубляет ситуацию.

5. Предложена концептуальная модель национального лекарственного обеспечения, сочетающая в себе смешанные источники финансирования, основанная на сущности и функциях лекарственного обеспечения как смешанного общественного блага, включающая в себя цель, базовые принципы, задачи, приоритетные направления и способы реализации модели. Определены ожидаемые эффекты при реализации данной модели, содержащие развитие теории смешанного общественного блага применительно к потребностям накопления и реализации человеческого и социального капитала, систематизированы общие критерии оценки эффективности системы лекарственного обеспечения

Концепция лекарственного страхования, предложенная Министерством здравоохранения и социального развития (сейчас – Министерства здравоохранения) совместно с Фондом обязательного медицинского страхования, предлагает переход на паритетное финансирование приобретения большинства лекарственных средств всеми категориями пациентов при условии монетизации федеральных льгот. При этом новых механизмов обеспечения лекарственной доступности Концепция не предлагает. Финансирование остается многоканальным, источники покрытия дефицита финансирования программы не обозначены, организационная структура не ясна, система не обладает признаками простоты, рациональности и целостности.

Существующие противоречия и проблемы в области лекарственного обеспечения, описанные ранее, требуют реформирования и реализации новых концептуальных подходов к финансированию лекарственного обеспечения в РФ.

Предлагаемая для реализации модель национального лекарственного обеспечения представлена на рисунке 3.

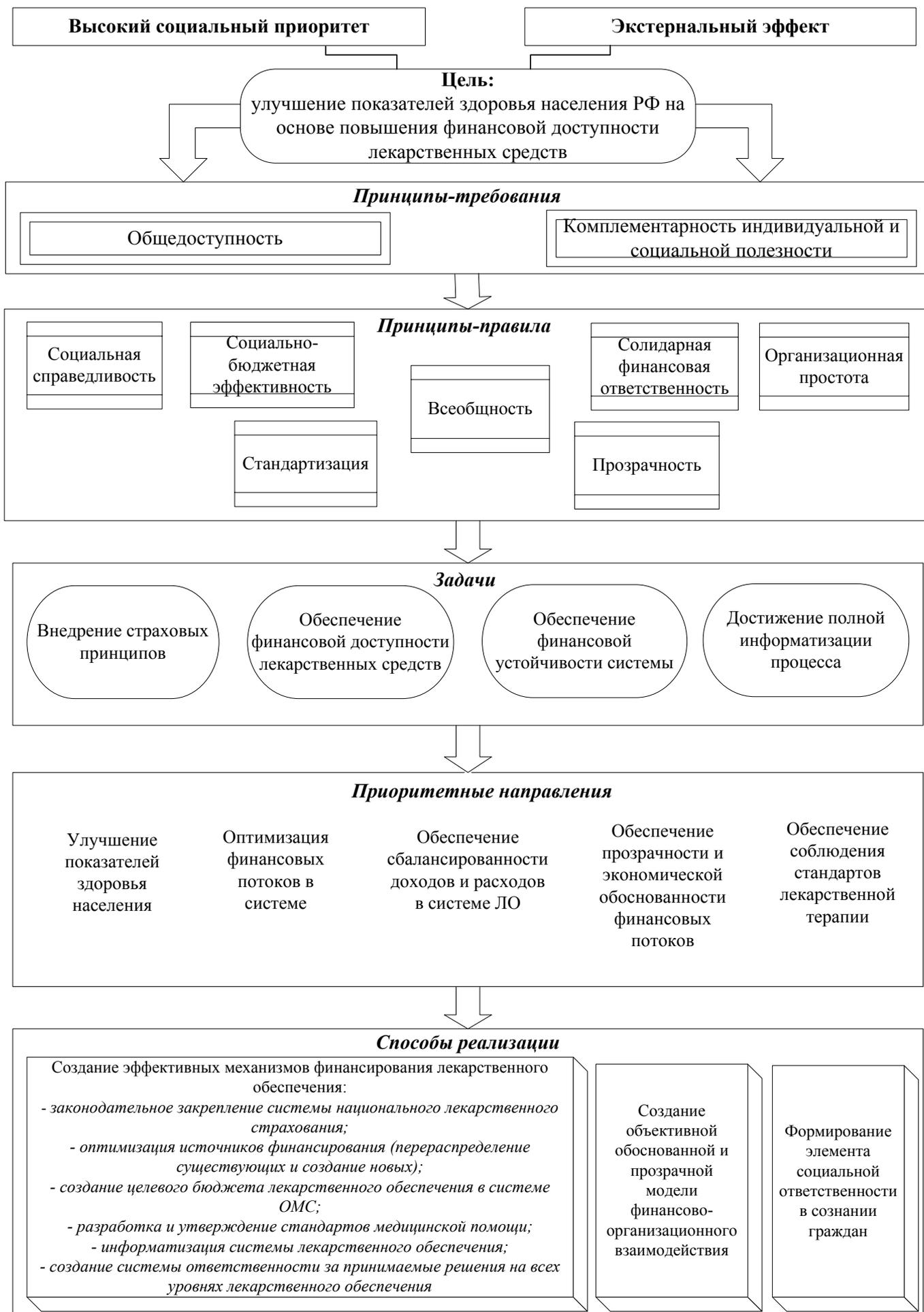


Рисунок 3 – Концептуальная модель национального лекарственного обеспечения

Представленная модель ориентирована одновременно на выполнение социальных обязательств государства в рамках декларируемых государственных гарантий и на сохранение здоровья населения, не утратившего частично или полностью трудовую функцию; преследует цель повышения качества и доступности медицинской помощи посредством повышения доступности населения к качественной и эффективной лекарственной терапии. Модель предусматривает обеспечение финансовой доступности лекарственных средств в рамках стандартов оказания медицинской помощи для всех категорий населения Российской Федерации вне зависимости от пола, возраста, уровня доходов или диагноза заболевания. Использование страховых принципов, принципов солидарной финансовой ответственности, социальной справедливости, социального партнерства позволяют создать финансово устойчивую модель лекарственного обеспечения, способную оказывать положительный эффект на социальный капитал нации.

Эффективная система лекарственного обеспечения населения позволит синтезировать известную триаду эффектов: социальный эффект, экономический эффект и бюджетно-финансовый эффект, которые представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Ожидаемые эффекты от использования модели национального лекарственного страхования

Социальный эффект	Экономический эффект	Бюджетно-финансовый эффект
<p>Стопроцентное финансирование потребности в лекарственных средствах социально уязвимых групп населения</p> <p>Беспрепятственная возможность всего населения приобретать лекарственные средства на льготной основе</p> <p>Формирование индивидуальной социальной ответственности в сознании граждан</p> <p>Устранение социального неравенства в области обеспечения лекарственными средствами</p> <p>Повышение уровня социальной защищенности населения</p> <p>Преодоление возникших социальных рисков и предотвращение осложнений в будущем</p>	<p>Продление активного трудоспособного возраста.</p> <p>Снижение смертности трудоспособного населения.</p> <p>Снижение числа дней нетрудоспособности.</p> <p>Наращивание человеческого капитала, состояние которого способно оказывать прямое влияние на макроэкономические показатели.</p>	<p>Оптимизация финансовой нагрузки на федеральный и региональные бюджеты.</p> <p>Упорядочение и оптимизация финансовых потоков в системе.</p> <p>Формирование финансовой ответственности на каждом уровне принятия решений.</p> <p>Прогнозируемость, прозрачность и контролируемость бюджетных средств, направляемых в систему.</p>

Указанные выше эффекты содержат развитие теории смешанного общественного блага применительно к потребностям накопления и реализации социального капитала. Основной реализацией такой потребности является совершенствование механизма обеспечения населения лекарственными средствами.

Социально-экономические критерии, которые могут быть использованы для оценки эффективности системы лекарственного обеспечения, должны отвечать следующим требованиям: быть объективными, адекватными, измеряемыми, чувствительными к происходящим в системе изменениям, однако устойчивыми к незначительным изменениям исходных данных.

Основополагающим критерием эффективности предлагаемой модели социального лекарственного страхования является наличие условий, обеспечивающих равный доступ к льготному лекарственному обеспечению всем категориям граждан.

Результативность системы лекарственного обеспечения должна оцениваться не по величине полученных доходов, а учитывать степень защищенности населения; степень реализации прав застрахованных; целевое использование средств социального лекарственного страхования; финансовую устойчивость системы.

Частными критериями эффективности в процессе реализации модели могут являться следующие: снижение уровня обращаемости в ЛПУ; уменьшение заболеваемости и смертности; увеличение продолжительности жизни населения; снижение удельного веса осложнений; снижение удельного веса летальных исходов; уровень качества лекарственных назначений, исследуемый в динамике; сокращение количества жалоб потребителей на ограничение физической доступности лекарственных средств, на качество врачебных назначений; снижение числа госпитализированных.

Научная новизна, подтверждаемая научными результатами по специальности ВАК 08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит:

6. Разработана и предложена новая модель финансирования национального лекарственного обеспечения, встраиваемая в современную модель одноканального финансирования медицинской помощи, основанная на критериях финансовой доступности лекарственных средств и финансовой устойчивости системы. Модель предусматривает использование страхового принципа и принципа социальной справедливости, а также классификацию лекарственных средств по уровню финансовой доступности. Предложен критерий оценки финансовой устойчивости и механизм его использования при мониторинге достаточности объема финансирования лекарственного обеспечения.

Современная система обеспечения лекарственными средствами пациентов при амбулаторном лечении представлена на рисунке 4.

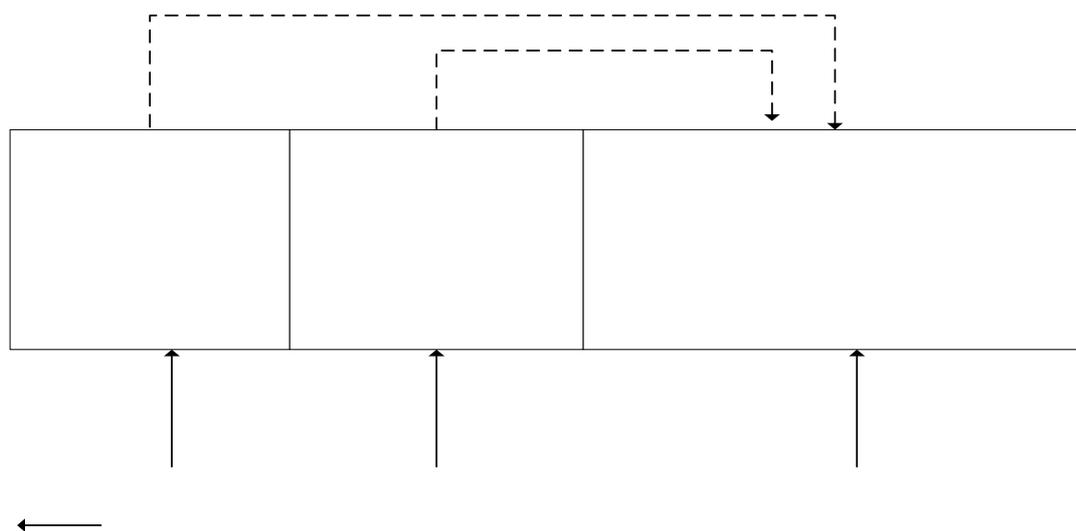


Рисунок 4 – Действующая модель финансирования амбулаторного лекарственного обеспечения

Предлагаемая Модель финансирования национального лекарственного обеспечения, получившая название «Модель национального лекарственного страхования», представлена на рисунке 5.

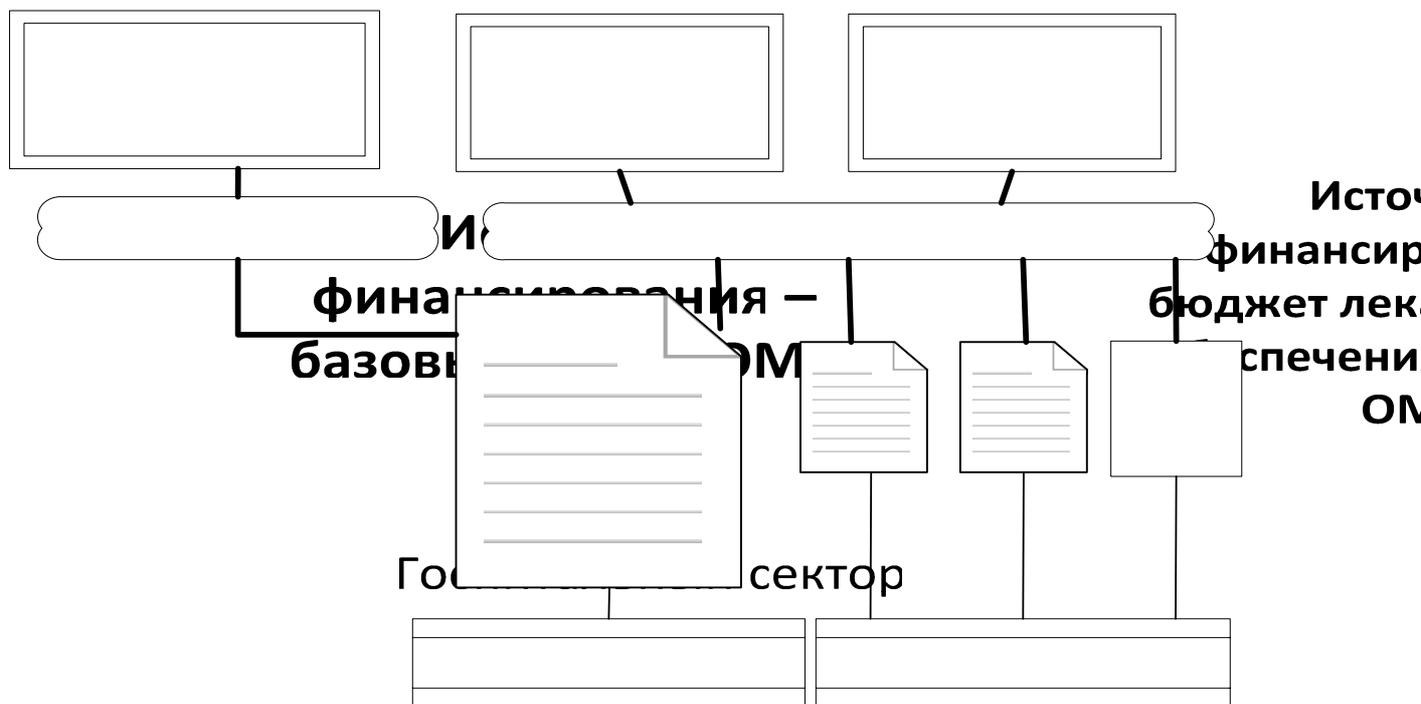


Рисунок 6 – Источники финансирования лекарственного обеспечения в новых условиях

Очевидными преимуществами предлагаемой Модели национального лекарственного страхования являются:

1. Простота и прозрачность решения.
2. Наличие организационной схемы решения. Нет необходимости создания новых структур. Происходит модернизация ныне существующих.
3. Возможность использования страховых принципов в финансировании лекарственного обеспечения.
4. Снижение финансовой нагрузки на региональные бюджеты.
5. Возможность контроля амбулаторного лекарственного обеспечения.
6. Возможность качественного управления товарными запасами.
7. Создание необходимых условий для сокращения ожидания обслуживания рецепта.
8. Создание системы мотивации, контроля и ответственности ЛПУ за расходованием денежных и лекарственных средств.
9. Возможность выстраивания модели без модификации системы ОМС.
10. Сокращение количества транзакций в системе.
11. Сдерживание излишней коммерциализации в секторе льготного лекарственного обеспечения.

Важным критерием эффективности финансирования системы национального лекарственного обеспечения является ее финансовая устойчивость.

Исследования показывают, что оценка финансовой устойчивости основывается преимущественно на коэффициентном методе. Традиционно выделяют следующие подходы к оценке финансовой устойчивости: традиционный, ресурсный, ресурсно-управленческий, основанный на использовании стохастического анализа, основанный на использовании теории нечетких множеств. Однако большинство методик разработаны и применяются для оценки финансовой устойчивости организаций и неприменимы для оценки социально-экономических систем. По нашим исследованиям, оценку финансовой устойчивости системы лекарственного обеспечения можно проводить по аналогии с оценкой финансовой устойчивости, применяемой в страховых организациях.

Наиболее логичным с точки зрения практического применения при оценке финансовой устойчивости системы лекарственного обеспечения является использование практики

оценки финансовой устойчивости страховых организаций. Критерии финансовой устойчивости страховой организации, такие как степень вероятности дефицитности средств и коэффициент финансовой устойчивости страхового фонда, используются в методиках финансового анализа В.В. Ковалева, Н.В. Фадейкиной, Ф.В. Коньшина и других авторов.

Представляется возможным использовать в качестве основы для модифицированного варианта коэффициент финансовой устойчивости страхового фонда. Предлагается использовать коэффициент достаточности финансирования системы лекарственного обеспечения, который представляет собой соотношение планируемого объема финансирования лекарственного обеспечения к планируемому объему потребления лекарственных средств в денежном выражении:

$$\text{Коэффициент достаточности} = \frac{V \text{ финансирования}}{V \text{ потребления}}$$

Поскольку система лекарственного обеспечения должна формироваться только в условиях достаточности финансирования, представляется необходимым установить нормативное значение данного коэффициента равным единице.

Экономический расчет минимальных и максимальных значений строился на анализе настоящих и прогнозируемых объемов фармацевтического рынка, без учета госпитального сегмента. Минимальный объем финансирования должен покрыть льготный сектор потребления лекарственных средств и рецептурный отпуск коммерческого розничного фармацевтического сегмента. Максимальное значение рассчитывалось исходя из необходимости обеспечения льготного отпуска по категориям ныне существующего сектора ОНЛС/ВЗН и розничного коммерческого сектора в полном объеме с учетом совокупной прогнозируемой динамики рынка.

Расчет пороговых значений коэффициента достаточности на основе объема лекарственного рынка представлен в таблице 3

Таблица 3 – Расчет допустимых значений коэффициента достаточности в РФ за 2011 г.¹

№	Показатель	Сумма, млрд руб.
1	Совокупный объем лекарственного рынка (без учета госпитального сегмента)	552,7
1.1	в т.ч.: объем рынка ЛС по программе ОНЛС	46,5
1.2	объем рынка по программе ВЗН	38,2
1.3	коммерческий розничный сектор	468
1.3.1	в т.ч. рецептурный розничный сегмент	247,1
1.3.2	безрецептурный розничный сегмент	220,9
2	Минимально необходимый объем финансирования (1.1 + 1.2 + 1.3.1)	331,6
3	Минимальное значение коэффициента достаточности (2 / 1)	0,6
4	Максимально необходимый объем финансирования	552,7
5	Оптимальное значение коэффициента финансирования (4 / 1)	1,0
6	Прогнозный объем лекарственного рынка с учетом динамики цен и объемов потребления	608
7	Максимальное значение коэффициента достаточности (для обеспечения будущих потребностей) (6 / 1)	1,10

¹ Расчет строился на данных аналитического отчета «Фармацевтический рынок России. Итоги 2011 г.» DSM Group.

Таким образом, реализовав на практике бюджетно-страховую модель лекарственного обеспечения, государство получает действенный финансово-организационный механизм обеспечения финансовой доступности лекарственных средств для всех категорий населения.

7. Разработан и предложен к использованию в рамках новой модели лекарственного финансирования общий фонд (бюджет) лекарственного обеспечения в составе Фонда обязательного медицинского страхования как основной финансовый инструмент, обеспечивающий ее практическую реализацию, а также механизм его формирования и использования, включающий определение источников финансирования, порядка и условий формирования, а также тарификационный механизм формирования бюджета.

Предлагаемая авторская модель национального лекарственного страхования построена с учетом выполнения следующих условий:

1. Программы льготного лекарственного обеспечения реализуются посредством новой системы лекарственного обеспечения.
2. Федеральный фонд ОМС становится учетно-распределительным финансовым центром.
3. Исключение из системы страховых медицинских организаций. Системообразующим элементом становятся территориальные фонды обязательного медицинского страхования.
4. Введение отдельного бюджета «Бюджет лекарственного обеспечения» в составе бюджета Фонда обязательного медицинского страхования. Данный бюджет должен иметь строго целевое назначение.
5. Создание сети больничных аптек (аптек ЛПУ), основной функцией которых является обеспечение рецептурного отпуска.
6. Тотальная информатизация системы лекарственного обеспечения.
7. Синхронизация перечня преференциальных лекарственных препаратов со стандартами лечения.

Потенциальные участники системы финансирования национального лекарственного обеспечения и тарификационный механизм представлен в таблице 4 .

Таблица 4 – Потенциальные участники и тарифы взносов в Модели национального лекарственного страхования

Участники системы НЛО	Источники финансирования	Тарифы
Лица – получающие доходы: – работающее население; – получатели пособий; – получатели пенсий	Страховые взносы участников	Среднемесячный доход до 10000 руб. – 1% Среднемесячный доход от 10000 до 20000 руб. – 1,5% Среднемесячный доход от 20000 до 50000 руб. – 2% Среднемесячный доход свыше 50000 руб. – 2,5%
Дети, студенты, безработные	Региональный бюджет	Годовой тариф – 1 000 рублей на каждого авторизованного в системе
Пациенты, страдающие орфанными заболеваниями Участники программы «7 нозологий»	Федеральный бюджет	Не тарифицируется. Финансирование согласно реестру пациентов по факту

Автором проведена апробация модели финансирования на базе фактических и статистических данных за 2010–2011 гг.

Объем потребления представляет собой совокупный объем лекарственного рынка за вычетом госпитального сегмента. Объем финансирования из федерального бюджета остается на уровне фактического с учетом сумм монетизированных льгот. Объем финансирования из регионального бюджета рассчитан на основе опубликованных официальных статистических данных и установленного тарифа страховых взносов.

Объем потенциального финансирования за счет взносов участников рассчитывался исходя из статистических данных о доходах населения с разбивкой по уровню дохода, данных Пенсионного фонда России об объеме пенсионных выплат и среднем размере пенсии и данных Фонда социального страхования об объеме выплаченных пособий.

Сводные данные по источникам формирования представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Объем финансирования системы национального лекарственного обеспечения по источникам формирования

Источник финансирования	Объем финансирования, млрд руб.
Федеральный бюджет	168
Региональные бюджеты	40
Заработная плата	341
Пенсии	41
Государственные пособия	6
<i>Итого</i>	<i>596</i>

Коэффициент достаточности в новых условиях финансирования равен 1,08.

Следует отметить, что экономические расчеты производились с соблюдением принципа консерватизма (осмотрительности). Не корректировался коммерческий сектор на рецептурный отпуск (в настоящее время уровень рецептурного отпуска в этом сегменте составляет 53%). Заложено потенциальное увеличение объема обязательств федерального бюджета по лекарственному обеспечению в рамках системы социального лекарственного страхования за счет утверждения перечня орфанных заболеваний. Пенсии и пособия тарифицировались по минимальному тарифу.

8. Разработаны и систематизированы этапы перехода к Модели национального лекарственного страхования, такие как проведение персонализации всех потенциальных участников; нормативное утверждение системы национального лекарственного обеспечения; разработка и утверждение Федеральных стандартов оказания медицинской помощи, Национального формулярного перечня, Негативного списка лекарственных средств и Перечня орфанных заболеваний, а также создание и нормативное утверждение бюджета лекарственного обеспечения Фонда обязательного медицинского страхования; предложены направления корректировки действующего российского законодательства в области лекарственного обеспечения, направленные на обеспечение равноправного доступа всего населения к своевременной и качественной лекарственной помощи и обеспечения финансовой доступности лекарственных средств, заключающиеся в исключении из действующего законодательства внесистемных (вне системы национального лекарственного обеспечения) льгот по лекарственному обеспечению.

Программа действий для разработки и реализации предлагаемой модели финансирования лекарственного обеспечения должна включать в себя несколько этапов.

1. Проведение персонализации всех потенциальных участников программы, застрахованных в системе ОМС. Данная процедура должна включать в себя эмиссию индивидуальных электронных карт, содержащих персональные данные застрахованного, антропометрические данные, гендерные характеристики, сведения о заболеваниях, посещениях врача, госпитализациях, операциях, манипуляциях, результаты анализов и иных методов диагностики, а также врачебные назначения. В дальнейшем данная карта должна содержать информацию о доступе /отказе в доступе к системе национального лекарственного обеспечения.

2. Нормативное утверждение на федеральном уровне системы лекарственного обеспечения путем принятия Федерального закона «О национальном лекарственном обеспечении». Закон должен содержать основные понятия и положения, порядок лекарственного страхования для тех или иных категорий населения, условия страхования, права и обязанности участников системы страхования и ответственность сторон.

3. Утверждение Перечня орфанных заболеваний (согласно Федеральному закону «Об охране здоровья граждан в РФ») и создание федерального реестра больных, страдающих орфанными заболеваниями. Данная мера необходима для определения размера ассигнований из федерального бюджета на обеспечение лекарственными средствами пациентов, страхуемых за счет государства.

4. Разработка и утверждение Стандартов оказания медицинской помощи по всем диагнозам МКБ. Без тщательной научной проработки и утверждения Стандартов реализовать на практике принципы стандартизации, прозрачности, а также обеспечить эффективность как лекарственной терапии, так и рациональности расходования средств бюджета лекарственного обеспечения невозможно.

5. Создание в финансовой структуре Фонда обязательного медицинского страхования любого уровня бюджета лекарственного обеспечения, имеющего строго целевой характер. Доходная часть формируется за счет трех источников:

- ассигнования из федерального бюджета;
- страховые взносы на неработающее население из региональных бюджетов;
- страховые взносы граждан – получателей доходов.

6. Создание и утверждение Национального формулярного списка по классификации VEN. Помимо национального формулярного списка должен быть сформирован Негативный перечень – перечень оригинальных, брендированных препаратов, имеющих генерическую замену.

7. Доведение до потенциальных участников программы информации о преимуществах включения в систему, правилах участия, условиях приостановки доступа и пр.

Анализ нормативно-правового регулирования сферы лекарственного обеспечения показал, что на федеральном и региональном уровнях существует значительное количество льгот, предоставляемых отдельным категориям потребителей лекарственных средств по признаку принадлежности к определенной группе населения.

Для обеспечения всеобщего равного доступа к лекарственному обеспечению и гарантирования финансовой доступности лекарственных средств, с целью оптимизации бюджетных расходов на лекарственное обеспечение, предлагается система поправок в действующие нормативно-правовые акты, с которой можно ознакомиться в тексте диссертационного исследования.

Основные положения диссертации изложены в следующих публикациях:

Статьи в журналах, рекомендованных ВАК:

1. *Копилевич В.В.* Финансовые источники медицинской помощи / В.В. Копилевич // Вестник Томского государственного университета. Приложение : материалы всероссийской научно-практической конференции «Проблемы и противоречия современного этапа развития экономики и управления». – 2004. – № 12. – С. 67–70 (0,25 п.л.).
2. *Копилевич В.В.* Анализ западных систем предоставления медицинских услуг населению / В.В. Копилевич // Вестник Томского государственного университета. Приложение. Сер. Труды докторантов, аспирантов и молодых ученых ТГУ. – 2006. – № 20. – С. 95–98 (0,25 п.л.).
3. *Копилевич В.В.* Управления развитием коммерческого здравоохранения: стратегии и возможные последствия / В.В. Копилевич // Вестник Томского государственного университета : бюллетень оперативной научной информации. – 2006. – № 121. – С. 55–68 (0,75 п.л.).
4. *Копилевич В.В.* Перспективы совершенствования финансирования лекарственного обеспечения через систему ОМС / В.В. Копилевич // Вестник Томского государственного университета. – 2011. – № 2 (14). – С. 149–155 (0,44 п.л.).

Публикации в других научных изданиях:

1. *Копилевич В.В.* Формирование модели регулирования рынка в системе здравоохранения России / В.В. Копилевич // Современные технологии менеджмента: макро- и микроаспект : сб. ст. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2003. – С. 196–205 (0,5 п.л.).
2. *Копилевич В.В.* Модель регулируемого рынка в системе здравоохранения России / В.В. Копилевич // Экономика России: проблемы и перспективы ее реформирования : материалы междунар. науч.-практ. конф. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2003. – С. 368–378 (0,63 п.л.).
3. *Копилевич В.В.* Проблемы развития платной медицины в России / В.В. Копилевич // Экономические чтения : докл. регион. науч.-практ. конф. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2004. – Вып. 6. – С. 431–435 (0,25 п.л.).
4. *Копилевич В.В.* Телемедицина как способ предоставления высококвалифицированной медицинской помощи / В.В. Копилевич // Актуальные проблемы управления и экономики России на современном этапе : материалы регион. науч.-практ. конф. – Томск : Изд-во НТЛ, 2008. – С. 84–88 (0,23 п.л.).
5. *Копилевич В.В.* Государственное регулирование цен на лекарственные средства как элемент совершенствования системы управления здравоохранением / В.В. Копилевич // Макроэкономические проблемы современного общества (федеральный и региональный аспекты) : сб. ст. VIII Междунар. науч.-практ. конф. – Пенза, 2009. – С. 91–94 (0,25 п.л.).
6. *Копилевич В.В.* Использование зарубежного опыта обеспечения лекарственной доступности / В.В. Копилевич // Актуальные проблемы модернизации управления и экономики: российский и зарубежный опыт : материалы Всерос. науч.-практ. конф. (с международным участием). – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2012. – С. 206–214 (0,47 п.л.).
7. *Копилевич В.В.* Проект социально ориентированной бюджетно-страховой модели финансирования лекарственного обеспечения в России / В.В. Копилевич // Теория и практика общественного развития. – 2012. – Т. 4, вып. 7. – С. 88–99 (0,64 п.л.).

Подписано в печать 22.10.2012 г.
Формат А4/2. Ризография
Печ. л. 1,5. Тираж 120 экз. Заказ № 10/10-12
Отпечатано в ООО «Позитив-НБ»
634050 г. Томск, пр. Ленина 34а