

УДК 33:614.2

В.В. Копилевич**ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ СИСТЕМУ ОМС**

Рассматриваются вопросы совершенствования лекарственного обеспечения. Выделяются современные проблемы недостаточности финансирования лекарственного обеспечения, необходимость разработки национальной лекарственной политики и введения новых механизмов формирования бюджетов лекарственного обеспечения.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, финансирование здравоохранения, национальная лекарственная политика, обязательное медицинское страхование.

Одно из главных направлений государственной политики в области здравоохранения – реализация государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и гарантированное лекарственное обеспечение населения.

Перспективным направлением льготного лекарственного обеспечения является модернизация системы лекарственного обеспечения граждан:

– в амбулаторных условиях перевод из разряда государственной социальной поддержки в разряд оказания медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования;

– процедура государственных закупок лекарственных средств должна быть заменена на возмещение стоимости лекарственных средств, отпущенных гражданам в аптечных учреждениях по назначению врача.

По мере развития государственных программ льготного лекарственного обеспечения и российского фармацевтического рынка все более актуальным становится вопрос оптимизации расходов на льготное лекарственное обеспечение. Вопросы рационального финансирования и сдерживания роста расходов на льготное лекарственное обеспечение в системе отечественного здравоохранения в значительной степени коррелируют с программами импортозамещения как одним из приоритетов развития отечественной фармацевтической промышленности.

С 1 сентября 2010 г. вступил в силу новый закон «Об обращении лекарственных средств в РФ», а 30 ноября 2010 г. президентом была подписана новая редакция закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ», вступившая в силу с 1 января 2011 г. Этот закон предполагает достаточно длинный переходный период, на каждом этапе которого вся система ОМС, как и система здравоохранения, будет претерпевать определенные изменения.

Применительно к новому закону об ОМС можно выделить несколько принципиальных отличий от существующего закона. Они весьма интересны в том смысле, что неизбежно потянут за собой перестройку всей системы здравоохранения.

1. Разграничение полномочий РФ и субъектов РФ в сфере ОМС. Сейчас существует трехуровневая – с точки зрения финансового обеспечения – система организации здравоохранения: федеральный уровень, субъекты, муниципаль-

ципалитеты. А система ОМС, которая сегодня реально существует в РФ, разграничивает два уровня – федеральный и уровень субъектов Федерации. Официально муниципального уровня в системе ОМС нет. Важно то, что с 2012 г. страховые платежи будут поступать в федеральный фонд ОМС и затем будут в виде субвенций перечисляться регионам РФ для обеспечения базовой программы ОМС (того объема бесплатной медицинской помощи, который должен оказываться на территории соответствующего региона). Если регион хочет передать полномочия муниципальному образованию, то он также использует механизм субвенции для обеспечения тех полномочий, реализацию которых он передает на уровень муниципалитета.

2. Переход на полный тариф оплаты медицинской помощи. С 1 января 2013 г. все регионы РФ должны перейти на полный тариф оплаты медицинской помощи. Сейчас через систему ОМС идут не все расходы, а только расходы по пяти статьям: заработная плата, начисления, питание, медикаменты и расходные материалы. В соответствии с новой редакцией закона об ОМС из полного тарифа ОМС будут покрываться все другие статьи, связанные с оказанием медицинской помощи, за исключением масштабных инвестиций и масштабного приобретения оборудования, которые будут специальными целевыми средствами предоставляться медицинским учреждениям и не будут входить в тариф ОМС.

3. Начиная с 2011 г. в законе предусмотрен поэтапный переход к установлению фиксированного платежа на неработающее население, одинакового для всех регионов РФ, в связи с тем, что этот платеж на неработающее население является таким же страховым взносом, как и страховой взнос работодателя в систему ОМС. И он точно так же будет централизован на уровне РФ.

4. Введение порядка выбора страховой медицинской организации, медицинской организации и врача в системе ОМС (этот порядок применяется во всех развитых странах). В законе прописано, что все учреждения, независимо от организационно-правовой формы, будут участвовать в системе обязательного государственного медицинского страхования. Первый, по сути, выбор и лечебного учреждения, и страховой медицинской организации, и врача наши граждане осуществляют в 2011 г. уже применительно к 2012 г.

5. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (предполагается участие в системе ОМС с 2013 г.) и высокотехнологичной медицинской помощи (предполагается участие в системе ОМС с 2015 г.), оказываемой на условиях полного тарифа.

6. Реализация Программы модернизации здравоохранения. Ее ожидаемыми результатами будут приведение структуры коечного фонда в соответствие с потребностью населения в медицинской помощи, обеспечение медицинской помощи на основе соблюдения стандартов и т.д. Каждый регион по этому направлению выставляет свои собственные целевые показатели по каждому учреждению, входящему в систему организации здравоохранения. И при этом развитие лечебной сети в регионах РФ происходит на основе структуры заболеваемости и смертности, свойственной каждому соответствующему региону.

7. Совершенствование стандартов оказания медицинской помощи. На эти цели на два года выделяется 136 млрд руб. Стандарты сегодня существуют,

но каждый регион вынужден выполнять их лишь в том объеме, в каком ему позволяют финансовые возможности, вычлняя из этих стандартов только самое необходимое, что он может себе позволить. С опорой на ТФОМС была собрана информация из регионов о стоимости услуг, которые входят сегодня в стандарты оказания медицинской помощи. Обновленные стандарты оказания медицинской помощи, разработанные Министерством здравоохранения и социального развития по каждому профилю совместно с ведущими внештатными специалистами, будут вводиться в течение двух лет для обеспечения двух принципов системы здравоохранения: соответствующее качество и доступность медицинской помощи, а также финансовое обеспечение той качественной помощи, которую государство намерено предоставлять. Выделяемые на 2011–2012 гг. 136 млрд руб. разделятся на две составляющие: амбулаторную помощь и стационарную помощь.

В ближайшие годы планируется принять законы «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами», «О биомедицинских клеточных технологиях» [1].

Существующая система лекарственного обеспечения охватывала широкий круг субъектов. Современное стратегическое направление совершенствования финансирования оказания медицинской помощи, в том числе лекарственное обеспечение, полное внедрение одноканального финансирования, ориентация на региональный уровень. Внедрение системы одноканального финансирования осуществляется с начала национального проекта «Здоровье», в котором активно принимала участие и Томская область. В настоящее время уже увеличиваются поступления в федеральный и территориальный фонды ОМС за счет введения социальных страховых платежей по повышенной ставке (34%) и ликвидации единого социального налога [2], хотя прогнозируется появление дополнительных проблем в связи с активизацией использования серых схем оплаты труда.

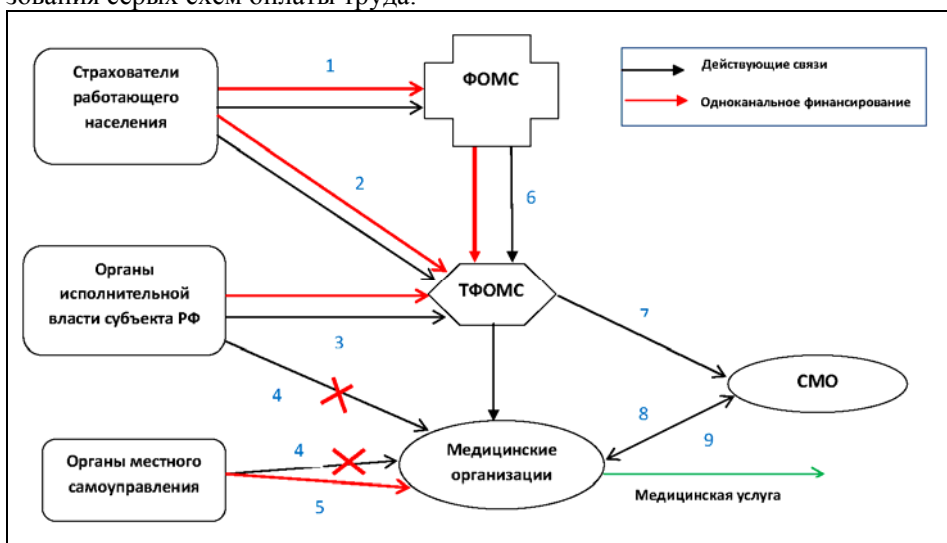


Рис. 1. Изменения в системе организационно-финансового взаимодействия через финансирование по ОМС [3]

На рис. 1 представлена схема изменений в системе организационно-финансового взаимодействия через финансирование по обязательному медицинскому страхованию.

Поскольку основной упор сделан на региональный уровень, интересен опыт перехода на одноканальное финансирование в Российской Федерации регионов. Анализ сложившейся ситуации по переходу на одноканальное финансирование в субъектах Федерации в первом полугодии 2010 г. представлен на графике (рис. 2). Анализ проводился по 25 субъектам Федерации, среди которых находится и Томская область. Ситуация в Томской области близка к среднему уровню по стране.

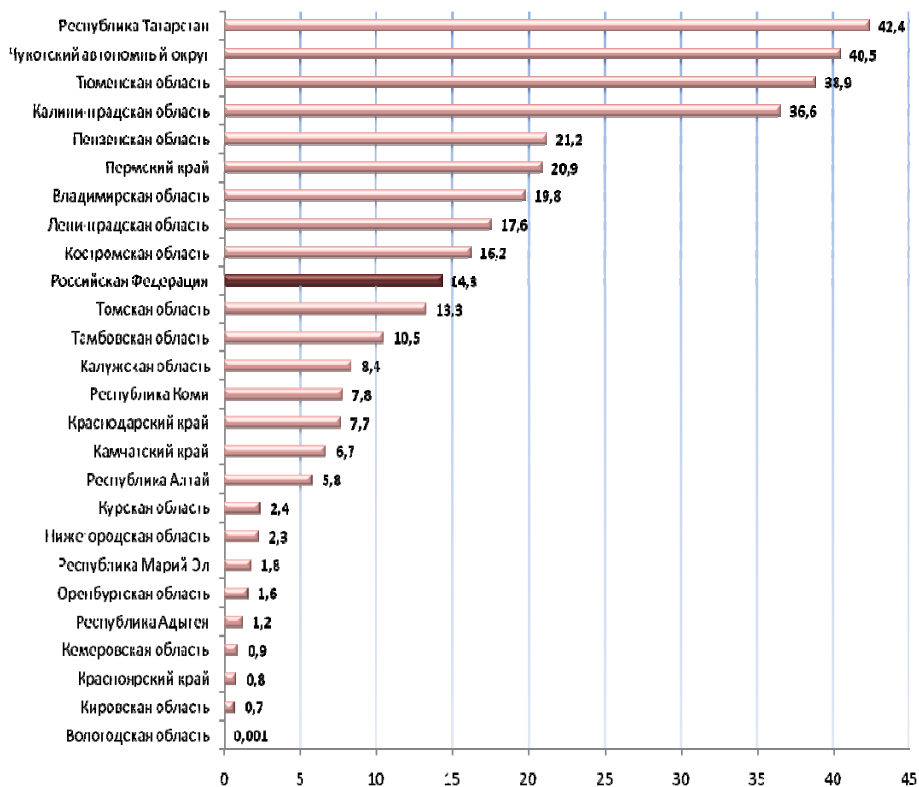


Рис. 2. Доля расходов на медицинскую помощь, оказываемую сверх базовой программы ОМС, в субъектах Российской Федерации, осуществляющих поэтапный переход на одноканальное финансирование в общем финансировании территориальных программ ОМС (%) [4].

Меняется структура тарифа по ОМС, в который включены все расходы лечебного учреждения. Вторая статья расходов по величине – это расходы на медикаменты (рис. 3).



Рис. 3. Структура тарифа по ОМС при переходе на одноканальное финансирование [5]

Принятая Программа модернизации здравоохранения субъектов Федерации определила цель модернизации как улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению. Среди задач программы выделены следующие:

1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.
2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.
3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

Среди источников финансирования названы:

- федеральный фонд обязательного медицинского страхования;
- территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
- консолидированный бюджет субъектов Федерации [6].

При этом, как указано выше, необходимым условием реализации мероприятий по переходу на одноканальное финансирование является работа по созданию финансовых нормативов для территориальных программ ОМС. Во многих ситуациях разрабатываемый норматив по субъекту Федерации выше, чем установленный федеральный норматив. Тогда субъект Федерации вынужден принимать федеральный норматив, а это означает недофинансирование в связи с учетом особенностей региона. Программой определено, что к 2013 г. региональный норматив будет выше или равен федеральному нормативу финансирования.

Уже принято решение о формировании отдельной федеральной целевой программы по развитию фармацевтической промышленности, которая будет финансироваться совместно государством и бизнесом. 123 млрд руб. на ее

реализацию выделяют из федерального бюджета, 63 млрд руб. вложит бизнес-сообщество. Взаимодействие государства и бизнеса именно в фармацевтической отрасли – беспроигрышный, взаимовыгодный вариант, гарантирующий полноценное функционирование отрасли. Ведь сейчас отечественная фармацевтика почти на 100% зависит от импортных субстанций для производства лекарств и на 90% – от зарубежных препаратов. А когда-то советские антибиотики занимали половину мирового рынка [6].

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о необходимости совершенствования лекарственного обеспечения в России и разработки эффективной модели финансирования лекарственного обеспечения населения страны.

Лекарственное обеспечение можно рассматривать как:

1) услугу государства по формированию условий, правил, особенностей предоставления бесплатных лекарств в зависимости от системы государственных гарантий;

2) систему регулирования исследований, апробирования, производства лекарственных средств;

3) систему финансового обеспечения производства и потребления необходимых лекарственных препаратов.

Субъектами системы лекарственного обеспечения являются государство, потребители, научно-производственный комплекс, связанный с разработкой, апробированием и внедрением в производство лекарственных средств (в контексте нашего исследования – это фармацевтическая отрасль). Государство использует инструменты государственного регулирования системы социально-экономических интересов в области лекарственного обеспечения и реализации государственных гарантий. Потребители, в число которых входят лечебно-профилактические учреждения, граждане, предъявляют спрос на лекарственные средства. При этом можно выделить централизованное и децентрализованное начало. В России велика роль самолечения, а следовательно, неконтролируемое потребление лекарственных средств. Но, кроме того, потребитель, обратившись к врачу, полностью зависит от рекомендаций врача, другими словами, именно врач определяет спрос на то или иное лекарственное средство для данного больного.

Значительно возрастает роль разработки стандартов лечения и состава лекарственных средств, но наука идет вперед. Уже много говорилось об оригинальных лекарствах и «дженериках». В научно-производственный комплекс включаются производители в широком смысле – предприятия фармацевтической промышленности, и наука функционирует в рамках реализации основных направлений развития системы здравоохранения и фармацевтической отрасли.

В лекарственном обеспечении населения задействована совокупность субъектов, интересы которых в принципе различаются. В силу влияния определенных факторов возникает ряд противоречий, изучение которых в рамках данного исследования позволяет выявить возможные направления совершенствования лекарственного обеспечения и повышения эффективности финансирования данного направления реализации социальной политики государства.

Анализ произошедших изменений показал, что институт социальной защиты граждан претерпел существенные изменения, выразившиеся в значи-

тельной централизации управления и финансирования, расширении параметров государственного участия, а также в универсализации предлагаемых гарантий.

Выявление и осмысление социального механизма становления практики льготного лекарственного обеспечения в России позволяет сделать следующие выводы:

1. От реализации программ дополнительного лекарственного обеспечения выиграли прежде всего дистрибьюторы, они максимизировали свою прибыль.

2. Неудовлетворенность системой лекарственного обеспечения выразилась в отказе льготников от участия в программе, что означает нарушение страхового принципа.

3. Большую заинтересованность в присоединении к программе льготного лекарственного обеспечения должны проявлять люди, нуждающиеся в препаратах по медицинским показаниям. Вышли из программы льготники, менее других заинтересованные в лекарствах.

Существует и альтернативный взгляд на проблему оттока льготников из программы. Некоторые аналитики полагают, что в системе дополнительного лекарственного обеспечения льготные категории граждан были определены по формальному принципу (включение социально незащищенных групп населения), тогда как программа льготного лекарственного обеспечения, реализуемая за счет налоговых средств, должна быть направлена не столько на решение проблемы социального обеспечения *бедных*, сколько на помощь больным. Между тем включение в программу малообеспеченных участников, не испытывающих потребности в жизненно необходимых лекарствах, наряду с предоставлением им возможности выхода из программы, неизбежно приведет к тому, что они отдадут предпочтение «живым» деньгам в ущерб здоровью.

Таким образом, становится необходимым менять принципы льготного лекарственного обеспечения и разрабатывать новую национальную лекарственную политику, формирующую новый механизм лекарственного страхования и финансирования лекарственного обеспечения.

Литература

1. Кублицкая Т. Государственное сознание (навеяно форумом «Национальная лекарственная политика») // Регион: Российская Федерация. 12 января 2011 года. URL: [http:// www. gian.ru/ esopomy](http://www.gian.ru/esopomy)

2. Основные направления бюджетной политики на 2011 год и плановый период 2012 и 2013 годов // Финансы. 2010. № 8.

3. Царева О.В. Финансирование российского здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования: основные направления и перспективы URL: [http://www. minzdravsoc.ru/social/social](http://www.minzdravsoc.ru/social/social)

4. Шишкин С.В., Шейман И.М. Перспективы реформирования российского здравоохранения. URL: <http://www.liberal.ru>

5. Региональная программа модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы // КонсультантПлюс.

6. Министерство здравоохранения и социального развития. URL: [http:// www. minzdravsoc.ru/ social/social](http://www.minzdravsoc.ru/social/social)