

Министерство образования и науки РФ



Национальный исследовательский
Томский государственный университет
Международный факультет управления
Администрация Томской области
Томский филиал Российской академии
народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОДЕРНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ: РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

*Материалы Всероссийской научно-практической
конференции (с международным участием)
Томск, 29–30 марта 2012 г.*



Издательство Томского университета
2012

- привлечение и стимулирование ученых и квалифицированных специалистов к пропаганде научных знаний, непосредственного участия их в повышении экономической и информационной культуры граждан;
- определение общих принципов и перспективных путей развития инновационного потенциала персонала организаций и инновационной культуры общества в целом.

Подводя итог, следует еще раз подчеркнуть, что наиболее значимым ресурсом для обеспечения инновационного развития страны является человеческий капитал – носитель инновационного потенциала и связующее звено в системе создания инноваций и управления ими. Ориентация организаций на развитие инновационного потенциала персонала позволит обеспечивать инновационную активность, осуществлять перспективные научно-исследовательские разработки и реализовывать эффективные инновационные программы.

Литература

1. Беренс В. Руководство по оценке эффективности инвестиций / пер. с англ.; перераб. и доп. изд. / В. Беренс, М. Хавра. – М.: АОЗТ Интерэксперт, Инфра-М, 1995. – 528 с.
2. Лега К.А. Формирование механизма управления инновационным потенциалом персонала корпорации: дис. ... канд. экон. наук / К.А. Лега. – Челябинск, 2008. – 194 с.: ил.
3. Половинко В.С. Управление персоналом в инновационной организации / В.С. Половинко, Е.В. Макарова. – Омск: ОмГУ, 2006.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ДОСТУПНОСТИ

В.В. Копилевич

Томский государственный университет

Аннотация. Исследуется зарубежный опыт обеспечения лекарственной доступности в системе здравоохранения. Изложены различные схемы компенсации затрат пациентов на приобретение лекарственных средств, проведены аналогии и группировки по различным принципам. Представлен авторский взгляд на классификацию типов возмещения расходов населения на лекарственные средства.

Summary. This article is devoted to the study of foreign experience to ensure drug availability in the health care system. The article describes the various schemes of compensation for the costs of patients on the purchase of medicines, and held similar groups according to different principles. This article also contains the author's view on the classification of public reimbursement of medicines.

Проблема совершенствования системы лекарственного обеспечения определяет необходимость изучения различных источников и форм финансирования лекарственного обеспечения населения в других странах.

Расходы на лекарства в лечении больных становятся объектом пристального контроля. С одной стороны действующая система здравоохранения должна обеспечить доступность лекарственных средств для пациентов, с другой – ограничить необоснованное и нерациональное потребление лекарственных препаратов. Угроза продолжающегося роста расходов на здравоохранение в общем и на лекарства в частности актуализирует поиск наиболее экономически целесообразных схем компенсации затрат населения на лекарственные средства.

Системы финансирования базируются на типах систем здравоохранения. Система здравоохранения каждого отдельно взятого государства – это продукт уникальных страновых характеристик, географического положения, истории, политического процесса, законодательства, национальных особенностей населения, менталитета и пр.

Если попытаться определить типы систем, то проведенный анализ говорит о наличии нескольких принципиальных моделей, хотя в чистом виде, вероятно, ни одна из них не используется, а сложившаяся не дублируется в других странах. Исходя из сложившейся практики, можно выделить систему «единого плательщика», систему медицинского страхования работодателем, систему управляемой конкуренции.

В рамках системы здравоохранения, построенной по принципу «единого плательщика», медицинские услуги, оказываемые всем гражданам, финансирует государство. Преимущественный источник финансирования – налоговые доходы бюджета. В расходной части бюджета фиксируется статья «расходы на здравоохранение». Стоимость медицинских услуг, объемы компенсации медицинским учреждениям устанавливает государство. Система может иметь различные модификации от «жесткого варианта» – полного исключения частного медицинского страхования, до «мягкого», когда государственная система дополняется элементами частной.

Норвегия, Португалия, Греция, Великобритания, Канада, Австралия, Дания, Италия, Испания являются государствами, использующими преимущественно государственную систему финансирования здравоохранения [1].

Система медицинского страхования по месту работы требует от работодателей обеспечивать своих работников медицинской страховкой, зачастую через «больничные кассы». Эти страховые фонды имеют частный характер, но при этом размер взносов и выплат устанавливается государством. Зачастую такие взносы представляют собой просто

разновидность налога на зарплату и выплачиваются напрямую в соответствующий фонд.

Япония, Германия, Израиль, Австрия, Бельгия, Франция развивают финансирование здравоохранения через страховые модели.

В рамках системы управляемой конкуренции оказание медицинских услуг остается в частных руках, но этот рынок носит несколько искусственный характер, находясь под контролем и регулированием государства [12].

В большинстве случаев государство ориентирует и стимулирует граждан приобретать медицинскую страховку, иногда через систему штрафов. Часто система самостоятельного, добровольного страхования сочетается с обязанностью работодателя страховать своих работников. Минимальный страховой «пакет» устанавливается государством. Страховые компании конкурируют друг с другом по ценам, перечню покрытия и уровню со-финансирования медицинских услуг. К государствам, проводящим политику стимулирования частного страхования в системе здравоохранения относятся США, Швейцария, Нидерланды.

В рамках существующих моделей финансирования здравоохранения функционируют и модели финансирования лекарственного обеспечения. Как правило, они тождественны друг другу, но формы и объемы финансирования медицинских услуг и лекарственного обеспечения могут значительно отличаться в зависимости от сложившейся на территории государства практики. К примеру, амбулаторный терапевтический прием любые категории населения получают в рамках существующей системы здравоохранения бесплатно, а рецептурный отпуск лекарств будет во многом зависеть от категории пациента, заболевания и типа медикаментозной терапии.

Типы финансирования лекарственного обеспечения можно разделить на 4 типа:

1. Стопроцентное фондовое финансирование (полное покрытие стоимости препарата за счет бюджетных средств, средств страховых или иных фондов). Такой тип финансирования обеспечивает льготный отпуск лекарств.

2. Со-финансирование. Осуществляется на долевой (процентной) основе. Определенный процент от стоимости препарата возмещается из фондовых источников, часть оплаты производится самим пациентом.

3. Со-оплата. Предусматривает фиксированную стоимость оплаты препарата или рецепта пациентом.

4. Полная оплата пациентом.

Следует отметить, что данное исследование затрагивает только рецептурный отпуск.

Во многих странах проблема финансирования лекарственного обеспечения населения потребовала пристального внимания и контроля со стороны государства. Пересмотр государственных гарантий и сокращение бюджетных затрат на медикаменты были необходимы, поскольку фармацевтические расходы в здравоохранении росли, создавая серьезные проблемы для бюджета. В ходе реформирования отрасли были снижены максимальные торговые наценки аптек и введены более серьезные ограничения по компенсации стоимости лекарственных препаратов – установлены лимиты оплаты каждого лекарственного средства за счет средств социального страхования (так называемые референтные цены) и внедрено правило замены дорогого препарата на более дешевый аналог или самостоятельной оплаты разницы пациентом.

Обратимся к опыту зарубежных стран, где используются различные методы государственного регулирования процесса организации и финансирования лекарственного обеспечения. Эти модели базируются на разных принципах, роль государства и населения в финансировании получения лекарств разная, но вместе с тем изучение этого опыта может дать дополнительное обоснование к использованию тех или иных принципов и моделей в условиях совершенствования государственного участия в системе финансирования здравоохранения и лекарственного обеспечения.

Несмотря на различия в системах финансирования здравоохранения, практически все экономически развитые страны используют в той или иной степени элементы обеспечения лекарственной доступности.

Одной из приоритетных задач в сфере обеспечения лекарственными препаратами на льготных условиях для большинства государств является удовлетворение лекарственных потребностей социально незащищенных категорий населения.

Бюджетно-страховой принцип субсидирования расходов на лекарственное обеспечение определенных категорий населения используют Австралия, Австрия, Бельгия, Великобритания, Германия, Дания, Испания, Италия, Норвегия, Япония.

Тот же принцип, но в отношении отдельных категорий пациентов, страдающих хроническими, тяжелыми и орфанными заболеваниями, используют Австрия, Бельгия, Дания, Испания, Италия, Норвегия, Франция.

Привязку к утвержденному перечню лекарственных препаратов в системе 100 % субсидирования используют Великобритания, Италия, Канада, Норвегия, Финляндия, Швеция.

Принцип освобождения от оплаты при наличии страховки используется в Нидерландах и США. Следует отметить, что в США этот прин-

цип работает только в ограниченном контексте и при соблюдении особых условий.

Иногда льготы начинают (прекращают) действовать при достижении определенных стоимостных параметров. К примеру, в Финляндии 100 % субсидирование «запускается» в том случае, если расход пациента на лекарственные средства превышает 553 EUR в год, в США лимит на бесплатный отпуск ограничен суммой 2500 USD, в Дании – 3700 DKK (около 500 EUR) [3].

Режим софинансирования также достаточно распространен в международной практике. Софинансирование в процентном соотношении в разных странах базируется на различных принципах: по категории лекарственных средств, по уровню расходов, по категории населения или пациентов или по факту рецептурного отпуска.

Практика применения режима софинансирования обобщена и представлена в табл. 1.

Таблица 1

Практика софинансирования приобретения лекарственных препаратов за рубежом

Государство	Процент софинансирования (часть доплаты пациентом)
Бельгия	25, 50, 60 % в зависимости от категории ЛС
Дания	50 % – 501–1200 DKK (67–161 EUR) 25 % – 1201–2800 DKK (161–377 EUR) 15 % – свыше 2800 DKK (377 EUR)
Израиль	Гибкая система скидок в зависимости от вида ЛС, категории пациента, места приобретения ЛС
Испания	Менее 10 % стоимости для некоторых видов ЛС
Италия	(Цена препарата класса Б – 1,5 EUR) × 0,5
Канада	В среднем 20 % для нетрудоспособного населения и пенсионеров
Норвегия	31 % от стоимости ЛС
Португалия	40 % и более
Сингапур	50 % – препараты второй линии (дорогостоящие)
США	Medicare (без финансирования рецептурного отпуска) – 50%. Medicare (part D): - расход на ЛС до 2250 USD – 25 % - катастрофические расходы на лекарства (расход на ЛС более 3850 USD) – 5 %
Словения	25 % – ЛС первой группы; 75 % – препараты 2 группы
Финляндия	(Цена препарата – 8,7 EUR) × 0,5 (Цена препарата – 8,7 EUR) × 0,25 для пациентов с хроническими заболеваниями
Франция	35, 65 % в зависимости от категории ЛС
Швейцария	Дифференцированная 20, 10 % при выборе дженерика
Швеция	50 % – 901–1700 SEK (100,7–190 EUR) 25 % – 1701–3300 SEK (190–369 EUR) 10 % – 3301–4300 SEK (369–481 EUR)
Япония	Около 40 % стоимости ЛС (при отсутствии льгот)

Софинансирование – достаточно широко распространенный способ обеспечения лекарственной доступности, но не единственный. Некоторые страны используют системы сооплаты – фиксированной оплаты рецепта или упаковки препарата. В некоторых странах эта система заменяет софинансирование, в некоторых – дополняет.

Чаще всего система сооплаты согласована с понятием «упаковка». За каждую упаковку лекарственного средства пациент платит фиксированную сумму:

- в Австралии 3,5 AUD (2,7 EUR) для пенсионеров; 23,1 AUD (18,14 EUR) – для большинства пациентов;
- в Австрии – 4,45 EUR за упаковку;
- в Великобритании – 6,85 GBP (7,95 EUR) за упаковку;
- в Германии – 4,1/4,6/5,1 EUR в зависимости от размера упаковки [9].

В Сингапуре соплата пациента составляет 1,4 USD (1,81 EUR) за каждый день лечения препаратами первой линии (ЖВП).

В Италии и Финляндии соплата интегрирована в систему софинансирования через внесение части оплаты пациентом, носящей название «безусловная франшиза». Процентные скидки с цены рецептурного лекарственного препарата применяются только после оплаты фиксированной части стоимости лекарственного средства: в Италии 1,5 EUR за препараты класса А и Б, в Финляндии – 8,7 EUR [4].

Как уже отмечалось ранее, для сдерживания расходов, связанных с обеспечением доступности лекарственных средств многие государства используют так называемые референтные цены. Если цена назначенного препарата превышает максимальный размер возмещения стоимости лекарства за счет средств социального страхования, разницу доплачивает пациент. Систему референтных цен используют Австралия, Германия, Дания, Испания, Италия, Нидерланды, Финляндия, Швеция.

Некоторые государства с целью контроля за расходами применяют негативные списки лекарственных средств – перечни препаратов, назначение которых подразумевает полную оплату их стоимости пациентами вне зависимости от каких либо факторов. К их числу относятся Бельгия, Великобритания, Германия, Испания.

Обобщая представленные данные, можно сделать вывод, что все экономически развитые страны имеют в своем арсенале инструмент распределения финансовой нагрузки в сфере обеспечения лекарственными средствами в виде совместной оплаты.

Кроме того, подавляющее большинство государств использует широкий диапазон льгот, которые предоставляются на определенных условиях и освобождают пациента от оплаты лекарственных средств.

Однако не представляется возможным увязать типы систем финансирования здравоохранения с доминированием того или иного способа льготирования или со-платежей за лекарства.

Рассмотрим пример: больной 53 лет проходит реабилитацию после инфаркта миокарда в домашних условиях. Лечащим врачом выписаны следующие лекарственные средства: «Капотен» – 12,5 мг 2 раза в день; «Фуросемид» – 40 мг 1 раз в день; «Зокор» – 10 мг перед сном; Ацетилсалициловая кислота – 75 мг 2 раза в день.

В Великобритании пациент оплатит 70 % лекарств, в Финляндии – 55 % стоимости рецепта. Во Франции в рамках данного примера больной освобожден от со-платежей. В Германии уровень расходов пациента составляет около 20 % от стоимости рецепта.

Рассмотрим иной пример: 17-летний школьник страдает бронхиальной астмой при физическом напряжении. Ему требуется ежедневная поддерживающая терапия. Рецепт: «Бекотид» – две ингаляции в день; «Салбутамол» – 1–2 ингаляции перед физической нагрузкой.

Пациенты Великобритании и Германии получают медикаменты бесплатно, пациенты Франции оплатят 35 % стоимости лекарственного препарата. Для других рецептурных сценариев закономерности изменения стоимости лекарственных средств могут быть другими [2].

Обращает на себя внимание то, что в обоих рассмотренных примерах механизм льготирования в полном или частичном объеме присутствует.

Привлечение пациентов к оплате прописанных им лекарств широко распространено, поскольку при полностью бесплатном предоставлении лекарств расходы на медикаментозную терапию больных увеличиваются неконтролируемыми темпами, как в силу ничем несдерживаемого роста цен на продукцию фармацевтических корпораций, так и из-за неоправданного увеличения пациентами потребления лекарственных средств. Совместная оплата позволяет решить данную проблему [13]. В то же время отсутствие со-платежей, тотальное сокращение льготного перечня делает медикаментозную терапию недоступной, что противоречит базовым принципам здравоохранения в цивилизованном мире.

Из вышеописанного следует:

1. В разных странах сложились свои национальные системы здравоохранения, финансируемые из бюджета, взносов работодателей и физических лиц через систему страхования, а также за счет прямых платежей населения в различных долевых соотношениях.

2. Национальные правила финансирования лекарственного обеспечения не синхронизируются с системой финансирования прочих медицинских услуг.

3. Для финансирования лекарственного обеспечения применяются четыре в той или иной степени сочетанные формы: стопроцентное фондовое финансирование через страховое покрытие (льготирование); софинансирование – оплата определенного процента от стоимости лекарства; со-оплата – оплата фиксированной стоимости при приобретении препаратов и самофинансирование.

4. Во всех экономически развитых странах существует система финансовой поддержки приобретения лекарственных средств, основанная на совместной оплате.

Проведенный анализ показал, что в современном мире существуют достаточно эффективные способы управления финансированием лекарственного обеспечения. Обращает на себя внимание большая роль государства в осуществлении достаточного лекарственного обеспечения через бюджетное финансирование. Изучение системы сокращения бюджетных расходов на лекарства за счет замещения известных брендов «дженериками», сокращения расходов на компенсацию лекарств путем изменения статуса препарата (с рецептурного на безрецептурный), введения совместных платежей позволяет сделать вывод о возможности использования применяемых подходов и в лекарственном обеспечении в России. Следует разработать элементы и принципы новой модели финансирования лекарственного обеспечения в России, которая позволила бы реализовать принципы доступности и качества лекарственного обеспечения как одного из существенных направлений социальной политики государства.

Литература

1. Антонов Д.П. Зарубежный опыт формирования финансовых ресурсов в здравоохранении [Электронный ресурс] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. Москва, 2009. – Электрон. дан. – URL: www.zdrav.net/publisher/magazine/prinzdrav/archive

2. Вассерман Б.А. Сравнительная характеристика механизмов сооплаты лекарственных средств в странах Западной Европы [Электронный ресурс] / Б.А. Вассерман // РосМедСтрах. – Москва. – Электрон. дан. URL: www.rosmedstrah.ru/articles.php?bik=0&thcmc=15&show=1&id=61

3. Возмещение затрат на лекарства – нормальная практика для развитых стран [Электронный ресурс] // Центр изучения проблем здравоохранения и образования. Архив журнала «Здравоохранение за рубежом». – 2007. – №3. – Электрон. дан. – URL: www.centrzdrav.com/

4. Гладкий А. Финская модель здравоохранения // Здоровье Украины. – 2006. – №22.

5. Иванникова Л.И. Использование опыта шведской модели для формирования социально-ориентированной экономики России [Электронный ресурс] / Л.И. Иванникова, С.А. Мишке. // Научные публикации филиала РГСУ г. Красноярск. – Красноярск, 2008. – Электрон. дан. – URL: kraspubl.ru/content/view/262/37/

6. *Нагребецкий А.* Здравоохранение Австрии, или Что такое современная европейская медицина / А. Нагребецкий // *Здоровье Украины*. 2007. – №8. – С. 10–11.
7. *Николаев О.Н.* Аптеки Италии [Электронный ресурс] / О.Н. Николаев // *PRO здоровье*. – СПб., 2009. – Электрон. дан. – URL: www.prozdorovie.spb.ru/content/articles/644/
8. *Реферат* обзора: Бельгия, 2010 г. [Электронный ресурс] // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Электрон. дан. – URL: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/155549/E94245sumR.pdf
9. *Тельнова Е.Н.* Международный опыт организации лекарственного обеспечения льготной категории населения / Е.Н. Тельнова // *Фармация*. – 2005. – №6. – С. 35–38.
10. *Шель И.* Рискованные реформы здравоохранения Швейцарии // *Медицинский вестник*. – 2011. – №6.
11. *Юргель Н.В.* Региональный аспект лекарственного обеспечения // *Здравоохранение*. – 2008. – №2.
12. *Alain Enthoven.* The History and Principles of Managed Competition // *Health Affairs*. – 1993. – № 12. – P. 24–48.
13. *Anis A.H.* When patients have to pay a share of drug costs: effects on frequency of physician visits, hospital admissions and filling of prescriptions / A.H. Anis, D.P. Guh, D. Lacaille, C.A. Marra, A.A. Rashidi, X. Li, J.M. Esdaile // *Canadian Medical Association Journal*. – 2005. – Nov. 22.

МОДЕРНИЗАЦИЯ РОССИЙСКОЙ ЭКОНОМИКИ И УСТОЙЧИВОЕ РАЗВИТИЕ ВАЛЮТНОЙ СИСТЕМЫ РОССИИ

Н.В. Андреева

Томский государственный университет

Аннотация. Устойчивое развитие национальной валютной системы. Роль устойчивого развития НВС в развитии и модернизации экономики России. Причины интереса к проблеме устойчивого развития НВС. Либерализация государственного валютного регулирования ЦБ РФ и проблемы, которые в связи с данными изменениями могут возникнуть.

Summary. Sustainable development of the national currency system. The role of the sustainable development of the national currency system in the development and modernization of the Russian economy. Reasons for interest in the sustainable development of the national currency system. The liberalization of exchange control of state Bank of Russia and problems that may arise in connection with these changes.

Нигде консервативные воззрения так сильно
не укоренились, как в области денежных проблем,
и вместе с тем нигде так не сказывается
необходимость выбора новых ориентиров.

Джон Мейнард Кейнс [1, с. 8]

Устойчивая к сложным и кризисным ситуациям национальная валютная систем (НВС) – это система, функционирующая в условиях устойчивого развития.