

Л.Д. ПОПОВИЧ, Институт экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, Москва

DOI: <https://doi.org/10.21518/1561-5936-2019-04-6-16>

Лекарственное страхование – выбор пути

Проблема ценовой доступности лекарственных средств остро встает как перед пациентами, страдающими серьезными заболеваниями, так и перед государством и обществом в целом. Представители регуляторных органов, организаторы здравоохранения, экономисты, врачи, специалисты и эксперты сферы обращения ЛС предлагают разные способы решения проблемы. Один из них – внедрение системы частичного или полного возмещения стоимости лекарственных препаратов при покупке их в аптеке. Эту систему еще условно принято называть системой «лекарственного страхования», главной целью которой является обеспечение гражданам возможности при лечении на амбулаторном этапе получать препараты бесплатно или со значительной скидкой, что гарантировало бы им адекватное и эффективное лечение.



Ключевые слова:

лекарственные средства,
страховое возмещение,
референтные цены,
лекарственное обеспечение

Система страхового возмещения затрат на лекарственные средства (система социального лекарственного страхования) широко применяется во многих странах мира. Вслед за государствами, где она действует с давних времен, к ней довольно быстро пришли страны Восточной Европы в начале 90-х гг. На постсоветском пространстве систему выборочного лекарственного возмещения несколько лет назад внедрила Молдова, там компенсируется часть стоимости лекарств для детей в амбулаторном сегменте.

Модели в разных странах различаются: в одних лекарства по рецепту врача полностью бесплатны для пациентов, в других существуют соплатежи. Наиболее распространена классическая солидарная модель, когда все население делает ежемесячные страховые отчисления, а лекарства получают пациенты при наступлении страхового случая. Как правило, при реализации концепции лекарственного страхования формируются специальные перечни лекарств для возмещения их стоимости. Весьма распространенной практикой является включение в списки возмещения вместо дорогих оригинальных препаратов более дешевых воспроизведенных ЛС с той же эффективностью. Общим для всех моделей является правило, согласно которому выписку препаратов

производят обоснованно, по медицинским показаниям, но в то же время и рационально, с учетом экономических соображений. Для реализации этой задачи используются различные инструменты, прежде всего – продуманная ценовая политика, применение референтных (единых для группы взаимозаменяемых лекарственных препаратов) цен. Большое внимание уделяется надзору за результативностью лекарственной терапии, обоснованностью и рациональностью назначений. Эту функцию выполняют, в частности, страховые компании или больничные кассы.

РОССИЙСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДОСТУПНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Отдельные элементы системы лекарственного возмещения существуют и в нашей стране. Это обеспечение медикаментами льготных категорий граждан (инвалидов, ветеранов, беременных, детей до трех лет и т.п.), больных значимыми социальными недугами (туберкулез, ВИЧ/СПИД, венерические заболевания и т.д.), а также тяжелыми хроническими заболеваниями, требующими высокотратного лечения.

Однако наличие льгот для отдельных категорий населения не снижает остроты проблемы для остальных категорий граждан. Анализ структуры населения, имеющего и не имеющего доступ к льготным лекарственным препаратам в амбулаторном сегменте, показывает, что почти 82% населения в принципе не имеют никаких льгот. Из оставшихся 18%, а это около 26 млн человек, приблизительно половина монетизировали льготы.

Существующий порядок не позволяет оказывать действительно эффективную амбулаторную помощь, потому что бесплатные лекарства для подавляющего большинства населения предоставляются только в стационарном сегменте. Получается парадокс: чтобы получить эффективную фармакотерапию, нужно госпитализироваться, т.е. население

мотивировано на ухудшение состояния здоровья.

Таким же, по сути, является мотивационный сигнал для получения статуса инвалида, поскольку это позволяет приобретать лекарства на льготных условиях.

Исправить ситуацию можно, внедрив корректно выстроенную модель возмещения всем гражданам при возникновении необходимости лечения на амбулаторном этапе частичной или полной стоимости выписанных врачом рецептурных лекарств (страхового лекарственного возмещения), которую условно можно назвать системой обязательного лекарственного страхования (ОЛС).

Одним из важнейших преимуществ этой системы является то, что она фокусирует здравоохранение на снижение рисков развития болезней. Лекарство становится доступным человеку уже в начале заболевания – когда оно еще не перешло в хроническую форму или в стадию обострения. Соответственно, снижаются тяжесть заболевания и затраты на лечение, представляющие для нашей страны серьезную проблему.

ОЛС – ВОЗМОЖНЫЕ КОНСТРУКЦИИ

Любые возможные модели лекарственного обеспечения населения в условиях социального страхования могут включать следующие ключевые элементы:

- государственное регулирование цен,
- выделение категорий льготников,
- формирование ограничительных перечней ЛС,
- механизмы компенсации затрат,
- управление назначением ЛС.

Кроме того, они содержат целый ряд составляющих, которые можно варьировать как кубики конструктора (рис. 1).

При разработке российской модели лекарственного страхования целесообразно исходить из того, что наиболее просто оплату лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении было бы осуществлять аналогично оплате медикаментозной терапии при стационарном лечении, т.е. путем включения лекарственной составляющей в подушевой норматив финансирования программы ОМС. При этом необходимые расходы должны быть предусмотрены в составе тарифов амбулаторно-поликлинической помощи.

На сегодняшний день возможны 4 модели лекарственного обеспечения на амбулаторно-поликлиническом уровне в системе ОМС.

Модель 1 – оплата аптеке части стоимости лекарственных средств, отпущенных застрахованным при амбулаторном лечении, которая производится территориальным фондом ОМС. Условно модель может именоваться «ТФОМС» (рис. 2).

SUMMARY

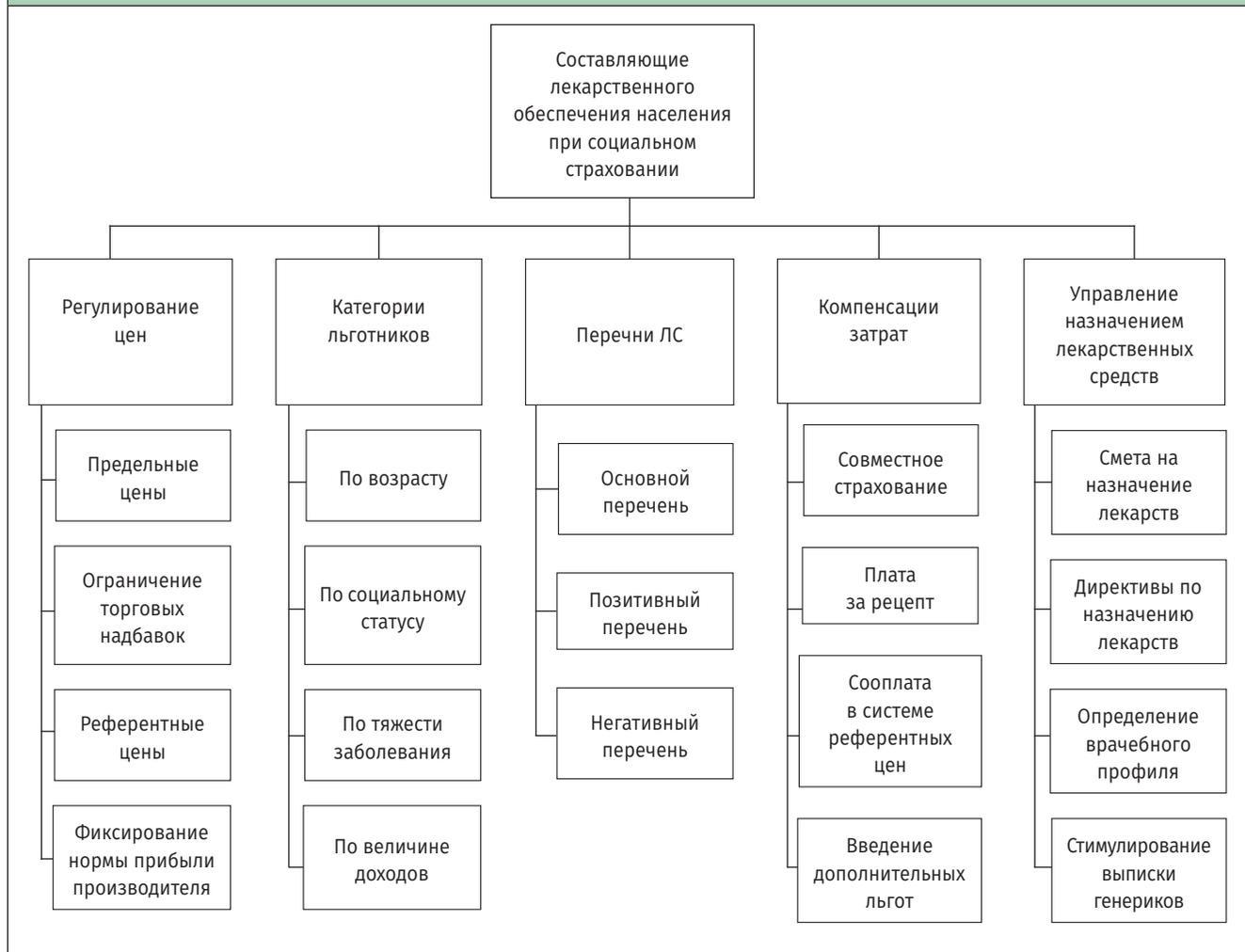
Keywords: drugs, insurance reimbursement, reference prices, drug coverage

The patients suffering from serious diseases, the state and society as a whole throw the issue of drug affordability into sharp relief. Officials of regulatory bodies, public health organizers, economists, physicians, specialists and drug circulation experts offer different ways to solve the issue. One of them is to introduce a partial or full reimbursement system of charges for drugs when they are purchased in a pharmacy. This system is also notionally named as the “drug insurance” system aimed at providing the citizens with an opportunity to receive drugs free of charge or with a significant discount during outpatient treatment, which would guarantee them adequate and effective treatment.

L.D. POPOVICH, Institute for Health Economics, National Research University Higher School of Economics, Moscow

PRESCRIPTION DRUG INSURANCE: CHOOSING A PATH

РИСУНОК 1 Составляющие лекарственного обеспечения при социальном страховании



Организационная схема модели предусматривает взаимодействие следующих субъектов: Минздрава России, Росздравнадзора, Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС), ТФОМС, органа исполнительной власти субъекта РФ, ЛПУ, аптеки, застрахованного лица. Модель 2 – оплата аптеке части стоимости лекарственных средств, отпущенных застрахованным по рецептам врача при амбулаторном лечении, производится страховой медицинской организацией (модель «СМО») (рис. 3). В этой связи организационная схема предусматривает включение во взаимодействие еще одного участника и следующих субъектов: Минздрав России, Росздравнадзор, ФФОМС, ТФОМС, орган исполнительной власти субъекта РФ,

страховая медицинская организация, ЛПУ, аптеки, застрахованное лицо. Модель 3 – оплата аптеке части стоимости лекарственных средств, отпущенных застрахованным по рецептам врача при амбулаторном лечении, производится амбулаторно-поликлиническим учреждением (модель «ЛПУ») (рис. 4). Организационная схема модели 3, как и в случае модели 2, предусматривает взаимодействие следующих субъектов: Минздрав России, Росздравнадзора, ФФОМС, ТФОМС, органа исполнительной власти субъекта РФ, страховой медицинской организации, ЛПУ, аптеки, застрахованного лица. Модель 4 – застрахованный платит аптеке полную стоимость лекарств, а затем компенсация застрахованному части затрат производится страховой медицинской организацией (модель

«Пациент») (рис. 5). Организационная схема модели 4 «Пациент», как и две предыдущие модели, предусматривает взаимодействие следующих субъектов: Минздрава России, Росздравнадзора, ФФОМС, ТФОМС, органа исполнительной власти субъекта РФ, страховой медицинской организации, ЛПУ, аптеки, застрахованного лица. Для всех моделей предусмотрено солидарное участие застрахованных в оплате лекарственной помощи в соответствии с условиями страхования. Условия страхования могут включать как одинаковый, так и разный объем покрытия из государственных источников. Соответственно, объем некомпенсируемой части стоимости лекарств (франшиза) может дифференцироваться по разным категориям населения и разным группам ЛС.

РИСУНОК 2 Модель «ТФОМС»

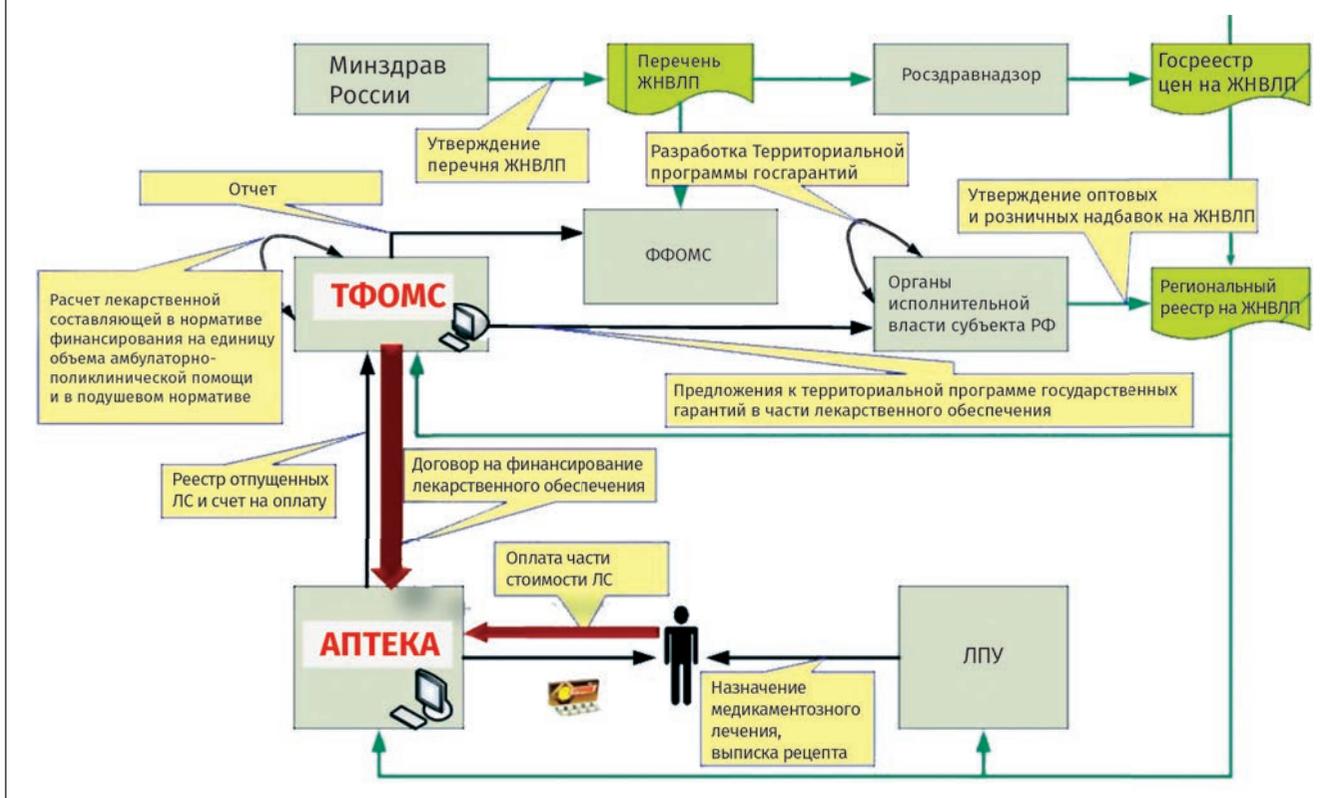
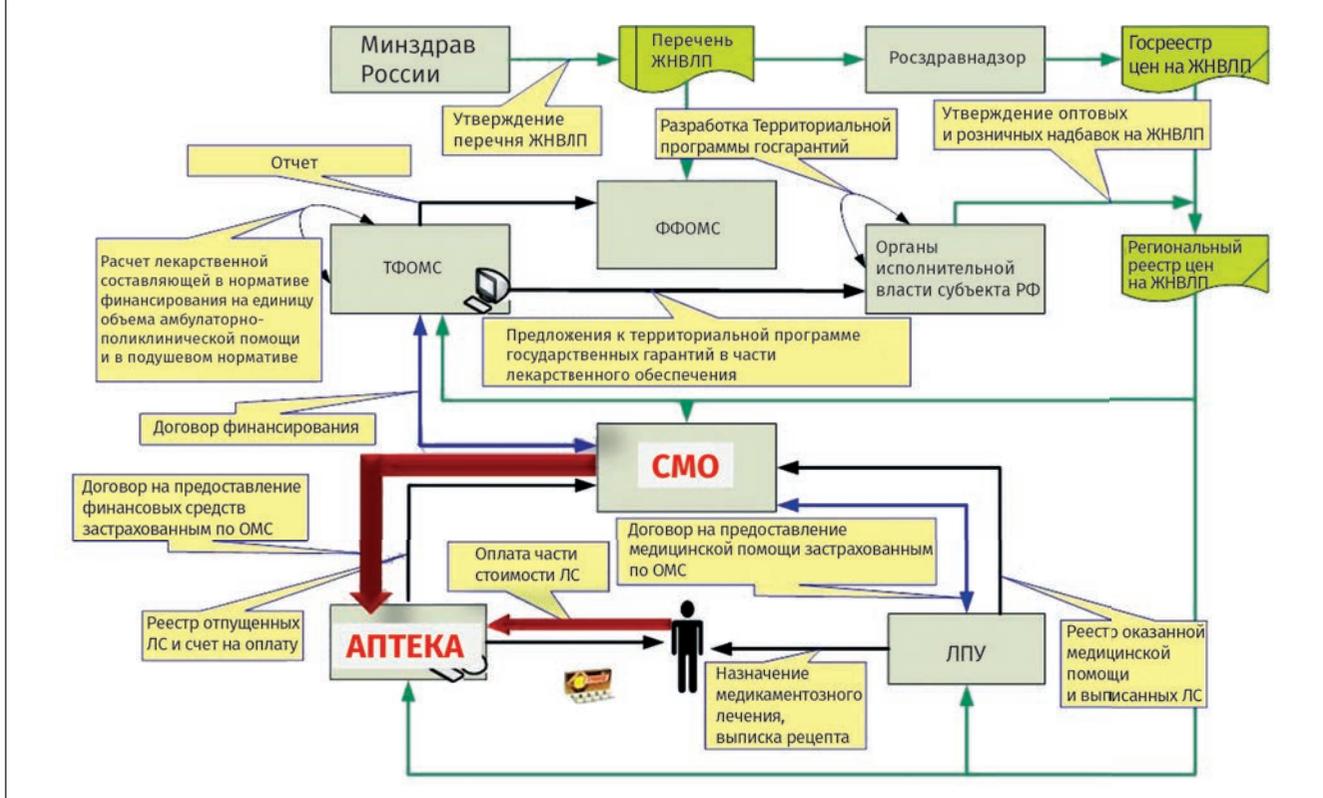


РИСУНОК 3 Модель «СМО»



Модели могут быть реализованы в двух вариантах: при выписке рецептов по международным непатентованным наименованиям (МНН) и торговым наименованиям (ТН). Наиболее рациональным ограничением является требование наличия препаратов в списке жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП).

Общими для моделей 1–3 являются следующие элементы:

Программа страхования: Перечень ЖНВЛП.

Контингент: все население, за исключением больных, входящих в программу ОНЛС (в случае добровольного перехода эти больные включаются в систему страхования). Решение о включении больных, обеспечиваемых по программе «12 высоко затратных нозологий», в страховую модель в части обеспечения препаратами, не предусмотренными федеральной льготой, принимается региональными органами власти.

Сумма компенсации: часть зарегистрированной стоимости препарата + региональные оптовые и розничные надбавки.

Порядок отпуска: по рецепту.

Технология: пациенту на приеме в ЛПУ назначается необходимое медикаментозное лечение и выписываются рецепты на ЛС, включенные в перечень ЖНВЛП. Рецепты выписываются по МНН или по ТН. Пациент в соответствии с рецептом в аптеке, участвующей в системе страхового лекарственного обеспечения, приобретает за часть стоимости необходимое ЛС (франшиза). Аптека фиксирует факт продажи ЛС на POS-терминале, оснащенный ПО для формирования реестра отпущенных ЛС и содержащем следующие данные: дату отпуска ЛС; код ЛПУ, выписавшего рецепт; серию, номер полиса ОМС пациента; штрихкод ЛС в цифровом выражении; МНН ЛС; торговое наименование ЛС; форму выпуска ЛС; отпущенное количество ЛС; отпускную цену; стоимость отпущенного ЛС; сумму, оплаченную пациентом; сумму, подлежащую компенсации аптеке.

После проверки счет оплачивается аптеке (за исключением стоимости отпущенных ЛС, не включенных в Перечень ЖНВЛП). Стоимость ЛС, включенных в Перечень ЖНВЛП, но отпущенных по цене, превышающей установленную, оплачивается по установленной цене (референтная цена возмещения).

Сформированный реестр отпущенных ЛС (РОЛС) вместе со счетом на оплату с установленной периодичностью направляется в организацию, уполномоченную компенсировать аптекам затраты сверх объема франшизы: в территориальный фонд ОМС (модель 1), в СМО (модель 2) или в ЛПУ (модель 3).

В случае выписки рецептов по МНН оплата производится следующим образом: получивший счет уполномоченный плательщик осуществляет проверку реестра на предмет наличия отпущенных ЛС в Перечне ЖНВЛП и соответствия их стоимости ценам, зарегистрированным в установленном порядке (региональный реестр цен на ЖНВЛП). После проверки счет оплачивается аптеке (за исключением стоимости отпущенных ЛС, не включенных в Перечень ЖНВЛП). Стоимость ЛС, включенных в Перечень ЖНВЛП, но отпущенных по цене, превышающей установленную, оплачивается по установленной цене (референтная цена возмещения).

В случае выписки рецептов по ТН оплата производится следующим образом: при отпуске в аптеке препарата с ТН, соответствующим выписанному, общая стоимость ЛС, компенсируемого за счет личных средств застрахованного (франшиза) и за счет уполномоченного плательщика, соответствует цене отпуска и не может быть больше утвержденной в установленном порядке. При отпуске в аптеке препарата с иным ТН, относящегося к данному МНН, но имеющего более высокую цену по сравнению с выписанным ЛС, аптеке компенсируется стоимость в соответствии с ценой выписанного ЛС (референтная цена возмещения). При отпуске в аптеке препарата с иным ТН, относящегося

к данному МНН, но имеющего более низкую цену по сравнению с выписанным ЛС, аптеке компенсируется стоимость в соответствии с ценой отпущенного препарата (референтная цена возмещения).

Следует отметить, что включение в модель (2 или 3) СМО позволяет реализовать дополнительные противозатратные механизмы. При выявлении фактов оказания некачественной медицинской помощи, связанной с назначением ЛС, не показанных застрахованному с данным диагнозом, СМО оплачивает аптеке счет, но удерживает с ЛПУ стоимость отпущенного пациенту выписанного, но не показанного больному ЛС (в модели 2). В модели 3 стоимость не показанного больному ЛС удерживается в платеже ЛПУ. При выявлении впоследствии у пациента нарушений состояния здоровья, связанного с приемом не показанного ему ЛС, СМО может применить к ЛПУ финансовые санкции.

Имеет свои особенности и модель №4. При обращении пациента в аптеку с рецептом, выписанным на препараты из Перечня ЖНВЛП, он оплачивает полную стоимость ЛС. Аптека погашает предъявленный рецепт штампом «ЛС отпущено, дата отпуска, подпись рецептара» и возвращает пациенту протаксированный бланк рецепта, по которому в аптеке отпущено ЛС, а также кассовый чек. Пациент направляет в СМО для оплаты погашенный бланк рецепта, по которому было получено ЛС, и кассовый чек. Копии погашенного бланка рецепта и кассового чека остаются у пациента. Получив документы от пациента, СМО проверяет наличие отпущенного ЛС в Перечне ЖНВЛП и соответствие оплаченной пациентом стоимости ЛС цене, зарегистрированной в установленном

порядке (региональный реестр цен на ЖНВЛП). После проверки СМО частично компенсирует расходы пациента на оплату ЛС (производит страховую выплату в соответствии с референтной ценой возмещения). Стоимость отпущенных препаратов, не включенных в Перечень ЖНВЛП, не возмещается. Стоимость ЛС, включенных в Перечень ЖНВЛП, но отпущенных по цене, превышающей установленную, возмещается застрахованному по установленной цене (референтная цена возмещения является монетарным выражением лимита ответственности СМО). Аптека с установленной периодичностью направляет в СМО перечень отпущенных ЛС для ретроспективной оценки качества медикаментозного лечения застрахованных.

При отпуске пациенту более дорогого аналога компенсация осуществляется по цене выписанного препарата. В случае отпуска более дешевого аналога компенсация осуществляется по цене этого ЛС.

Для функционирования всех вышеописанных моделей лекарственного обеспечения на амбулаторно-поликлиническом уровне в системе ОМС в качестве основы для программы лекарственного обеспечения используется Перечень ЖНВЛП, разработываемый Министерством здравоохранения РФ и утверждаемый правительством РФ.

На основании Перечня ЖНВЛП орган исполнительной власти субъекта РФ разрабатывает региональный перечень и определяет с учетом величины оптовых и розничных торговых надбавок, утвержденных в установленном порядке, предельные отпускные цены на ЛС, вошедшие в региональный перечень. При этом номенклатура ЛС, вошедших в региональный Перечень ЖНВЛП, не может быть меньше номенклатуры ЛС Перечня ЖНВЛП, утвержденного правительством РФ. Утвержденный органом исполнительной власти субъекта РФ региональный реестр цен на ЖНВЛП доводится до всех участников программы лекарственного обеспечения на амбулаторно-поликлиническом

уровне в системе ОМС субъекта РФ (ТФОМС, страховые медицинские организации, ЛПУ, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь застрахованным, аптеки, осуществляющие отпуск ЛС населению). ТФОМС с учетом регионального реестра цен на ЖНВЛП и других данных проводит расчет лекарственной составляющей в нормативе финансирования единицы объема амбулаторно-поликлинической помощи и подушевом нормативе финансирования программы ОМС и представляет в виде соответствующих предложений к проекту территориальной программы государственных гарантий органу исполнительной власти субъекта РФ. После утверждения территориальная программа государственных гарантий публикуется в открытой печати.

ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ МОДЕЛЕЙ

Для того чтобы оценить недостатки и преимущества предлагаемых моделей лекарственного обеспечения на амбулаторно-поликлиническом уровне в системе ОМС, необходимо учесть следующее:

- насколько предлагаемые модели просты и удобны для застрахованного;
- существует ли возможность включения противозатратных механизмов при выписке медикаментов;
- как обеспечивается возможность контроля качества медикаментозного лечения;
- возможность контроля отпуска ЛС;
- насколько просты организационная и технологическая реализация.

Под удобством для застрахованных нужно понимать минимизацию затрат собственных денежных средств пациентов при приобретении лекарств, минимизацию необходимости участия пациентов в финансовом взаимодействии с другими субъектами лекарственного обеспечения и физическую доступность препаратов.

Если оценивать модели по этой сумме критериев, то видно, что из предложенных моделей менее удобной для застрахованных представляется

модель 4, в которой пациент оплачивает в аптеке полную стоимость ЛС, а затем должен активно взаимодействовать со страховой медицинской организацией, направляя ей обслуженные рецепты и кассовые чеки с целью получения полагающейся компенсации (страховой выплаты). Для других моделей участие пациента ограничивается оплатой в аптеке установленной доли стоимости препаратов (франшизы).

Физическая доступность препаратов для пациента определяется наличием необходимых ЛС в аптеке и ее территориальной доступностью для пациента. В связи с этим модель 4 наиболее предпочтительна, поскольку предполагает более широкий круг аптек, которые могут быть участниками программы. При реализации остальных моделей в системе будут участвовать только аптеки, заключившие договоры с уполномоченными плательщиками (ТФОМС, СМО, ЛПУ). Таким образом, физическая доступность препаратов в этих моделях будет более низкой.

Противозатратные механизмы лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении в системе ОМС предполагают заинтересованность медицинских учреждений в выписке эффективных ЛС, обеспечивающих более низкую стоимость курсового лечения, а также в предупреждении стремления аптек к отпуску наиболее дорогих препаратов из выписанных. В первом случае противозатратные механизмы представляют собой совокупность решений, стимулирующих, например, выписку дженериков или отечественных препаратов. Мотивирование медицинских учреждений к такой выписке заключается в сохранении за медицинским учреждением средств, сэкономленных из финансовых ресурсов, предназначенных для оплаты отпущенных лекарств. Это возможно при финансировании медицинского учреждения по тарифам, содержащим лекарственную составляющую. Такая возможность может быть реализована в модели 3. Модель 2 дает опосредованную возможность

включения этих механизмов за счет санкций в системе ОМС, поскольку адекватность назначенной медикаментозной терапии состоянию больного должна контролироваться в рамках вневедомственного контроля страховой медицинской организацией. В моделях 1 и 4 этот механизм не включается, поскольку ТФОМС, как правило, не проводит экспертизы обоснованности назначений лекарственных препаратов в ЛПУ.

Предупреждение стремления аптек к отпуску наиболее дорогих ЛС обеспечивается выпиской рецептов по конкретному ТН лекарства (а не по МНН), что не позволит аптеке произвольно осуществлять замену выписанного препарата на его более дорогой аналог, хотя и относящийся к тому же МНН. Кроме того, стремлению отпустить более дорогой препарат может препятствовать введение

медицинской помощи, рассматривая контроль качества медикаментозного лечения как неотъемлемую часть лечебно-диагностического процесса. При этом возможна организация такого контроля в ТФОМС. Для этого могут использоваться как возможности, предоставляемые ИТ-обеспечением, так и экспертные заключения врачей-экспертов. К контролю качества, а правильное, к обеспечению качества медикаментозного лечения также можно отнести снижение возможности самолечения. Этого можно достичь сокращением до минимума возможности безрецептурного отпуска ЛС и жестким контролем соблюдения правил их отпуска. С этой целью вводят в практику норму, устанавливающую, что отпуск препаратов при амбулаторном лечении в системе ОЛС должен осуществляться только по рецептам врача. Возмож-

ЛС путем сопоставления наименований и цены отпущенных препаратов с региональным реестром цен на ЖНВЛП, а также с реестром оказанной медицинской помощи и выписанных ЛС. Источниками информации для контроля отпуска препаратов являются аптечные реестры отпущенных ЛС, предоставляемые аптекой в ТФОМС (модель 1), страховую медицинскую организацию (модель 2), медицинское учреждение (модель 3), или протасированные рецепты и кассовые чеки по отпущенным ЛС, представляемые застрахованным для компенсации затрат в страховую медицинскую организацию (модель 4). Таким образом, можно говорить о равнозначности моделей в отношении этого параметра.

Такой критерий, как **организационная и технологическая простота** реализации, подразумевает возможность максимального использования сложившихся в ОМС организационной и информационной инфраструктур, минимизацию дополнительных функций и взаимодействий для субъектов лекарственного обеспечения на амбулаторно-поликлиническом уровне, наличие кадровых ресурсов для экспертизы качества медикаментозного лечения больных в системе ОМС.

Для реализации модели 1 (при внешней простоте организационной схемы) потребуется организация дополнительных взаимодействий ТФОМС с аптеками. Для выполнения функций, связанных с контролем качества медикаментозного лечения, придется устанавливать дополнительные договорные отношения и с медицинскими учреждениями. Кроме того, организация контроля качества медикаментозного лечения потребует дополнительного привлечения значительного числа квалифицированных специалистов, в настоящее время не предусмотренных штатными расписаниями ТФОМС.

Внедрение модели 2 потребует дополнительно взаимодействия страховой медицинской организации с аптеками, но для анализа

При отпуску пациенту более дорогого аналога компенсация осуществляется по цене выписанного препарата. В случае отпуска более дешевого аналога компенсация осуществляется по цене этого ЛС.

правила компенсации затрат аптеки по наиболее дешевому дженерику, относящемуся к соответствующему МНН, включенному в региональный перечень ЖНВЛП. Изложенное условие может быть реализовано во всех моделях при выписке ЛС по торговому наименованию.

Таким образом, все модели по указанному параметру равнозначны, ключевым является порядок выписки препаратов – по МНН или по ТН.

Возможности контроля качества медикаментозного лечения заключаются в сопоставлении назначенной медикаментозной терапии со стандартами медицинской помощи (клиническими рекомендациями) и проведении соответствующих экспертиз. Независимый контроль качества медикаментозного лечения может осуществлять страховая медицинская организация в рамках установленных процедур контроля объемов и экспертизы качества

контроля качества медикаментозного лечения в рамках действующего законодательства, регламентирующего экспертную деятельность, может быть реализована в полном объеме во 2, 3 и 4-й моделях и в ограниченном объеме – в 1-й модели. Однако, как и в системе ОМС, во всех случаях этот контроль предполагает только ретроспективную экспертизу выписанных медикаментов и не влияет на качество лекарственной терапии, получаемой пациентом в момент выписки.

Контроль отпуска ЛС позволяет не только выявить возможные нарушения и ошибки в оформлении реестров и счетов аптек, предъявляемых к оплате (что может предупредить нерациональное расходование финансовых ресурсов), но и проверить получение больными именно тех лекарств, которые выписаны врачом. Контроль отпуска осуществляется по номенклатуре и стоимости

качества медикаментозного лечения представляется принципиально возможным использовать имеющиеся в страховых медицинских организациях информационную инфраструктуру и кадровые ресурсы.

При реализации модели 3 медицинским учреждениям потребуется организация дополнительного взаимодействия со значительным числом аптек, а также выполнение существенного объема дополнительных функций по контролю реестров отпущенных ЛС и оплате счетов аптек.

Реализация модели 4 потребует от страховщиков ОМС организации и осуществления постоянного взаимодействия с большим числом застрахованных по приему от них и обработке рецептов и кассовых чеков, формирования базы данных полученных пациентами препаратов и ее проверки, постоянного осуществления значительного числа выплат застрахованным небольших сумм денежных средств. Проведение этих мероприятий потребует привлечения дополнительного персонала и значительных дополнительных расходов со стороны страховщика.

Суммарные результаты анализа критериев оценки моделей представлены в таблице.

Из приведенной таблицы следует, что наибольшее число позитивных элементов имеется в моделях 2 и 3.

Если удобство для застрахованных и возможность контроля качества медикаментозного лечения в этих моделях можно оценить как одинаковые, то возможность реализации противозатратных механизмов выше в модели 3, что обеспечивается мотивацией медицинского учреждения к выписке более эффективных, с точки зрения фармакоэкономики, ЛС.

В организационном и технологическом плане реализация модели 2 может быть несколько более предпочтительна, чем модели 3, т.к. в последнем случае медицинскому учреждению необходимо выполнять несвойственные ему в настоящее время функции, связанные с контролем отпуска аптеками ЛС и оплатой отпущенных пациентам препаратов, что потребует дополнительных расходов. Хотя и в СМО дополнительные функции также придется возлагать на экспертов, что может потребовать увеличения затрат.

Таким образом, оценивая общий потенциал моделей с точки зрения критериев отбора, можно говорить о сравнительной предпочтительности

организации лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении застрахованных в системе ОМС по модели 2 или модели 3.

Вместе с тем при выборе модели 2 следует учитывать необходимость усиления мотивации медицинских учреждений к активному участию в осуществлении противозатратных мер при назначении медикаментозного лечения. Поскольку мотивация медицинских учреждений определяется особенностями их финансирования, механизм мотивации должен быть реализован с помощью выбора оптимального способа оплаты медицинских услуг, ориентированного на качество медикаментозного лечения, и отражен в договоре на предоставление медицинской помощи по ОМС, заключаемом со страховой медицинской организацией. Решение этой задачи позволяет обеспечить преимущества модели 3 перед моделью 2 и выводит ее в лидеры с точки зрения итоговой оценки потенциала рассматриваемых моделей.

ОБЩИЕ РИСКИ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛЕЙ

Реализация любой модели связана с определенными рисками, основными из них являются:

- Недостаточная финансовая сбалансированность. Федеральные и региональные власти должны быть способны финансировать свои обязательства в предусмотренном моделью объеме.
- Непонимание участниками процесса. Все участники (врач, провизор, оптовик, пациент) должны быть в состоянии понять систему, желать и быть способными действовать в ее рамках.
- Недостаточная обеспеченность правовыми механизмами. Система должна быть доступна для государственного наблюдения и контроля и построена таким образом, чтобы было трудно уклониться от ее реализации, а также ее исказить.
- Отсутствие стимулов для исполнения. Помимо штрафов и санкций, система должна включать в себя

ТАБЛИЦА Сводная таблица критериев оценки различных моделей

	Модель 1 «ТФОМС»	Модель 2 «СМО»	Модель 3 «ЛПУ»	Модель 4 «Пациент»
Удобство для застрахованного	+ +-	+ +-	+ +-	- - +
Возможность реализации противозатратных механизмов	--+	+	++	-
Возможность контроля качества медикаментозного лечения	- +	++	++	++
Возможность контроля отпуска лекарственных средств	+	+	+	+
Организационная и технологическая простота реализации	ДВ+З	ДВ+З	ДВ+З	ДВ+З

ДВ – необходимо установление системы дополнительного взаимодействия.

З – необходимы дополнительные организационные затраты

стимулы для поощрения соблюдения установленных правил и рационального использования лекарств.

● Дополнительные трудности в реализации. Очевидно, что невозможно разработать систему возмещения, полностью удовлетворяющую все заинтересованные звенья. Всегда окажется тот участник, интересы которого не будут учтены в полной мере.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ, АНАЛОГИЧНЫХ РАССМОТРЕННЫМ ВЫШЕ, В РОССИИ УЖЕ БЫЛ.

Несмотря на ограниченность контингента населения, которое включалось в эти пилотные внедрения, модели позволили более четко высветить некоторые позитивные последствия и вывить важные барьеры для внедрения системы ОЛС в будущем.

Первый пилотный проект так называемого «лекарственного страхования» (по сути же, информационно-организационной модели поддержки льготного лекарственного обеспечения на ограниченном контингенте населения) был запущен с начала 1996 г. в Южном, Центральном и Зеленоградском административных округах Москвы. В рамках эксперимента была внедрена система учета рецептов и формирования счетов за отпущенные лекарственные препараты по номенклатуре и стоимости для аптек, медицинских учреждений, а также лицевых счетов застрахованных по ОМС в страховых компаниях МАКС и РОСНО. Кроме того, была запущена система информационного обмена между аптеками, медицинскими учреждениями, страховыми компаниями, МГФОМС, органами управления в сфере здравоохранения и фармации. Было установлено подушевое финансирование расходов на лекарственное обеспечение и размер платежей на обязательное медицинское страхование в части лекарственного обеспечения населения названных административных округов.

Страховыми компаниями МАКС и РОСНО начали проводиться расчеты с аптеками за отпущенные лекарственные средства по рецептам врачей со скидкой или бесплатно, и одновременно в рамках ОМС проводился контроль обоснованности назначений.

Введение системы позволило уже в первые месяцы существенно упорядочить льготный отпуск лекарств и расходы бюджета.

К итогам московского эксперимента можно отнести разработку унифицированной системы однозначной идентификации застрахованных лиц. Все застрахованные получили индивидуальные пластиковые карточки медицинского страхования (унифицированный носитель информации, содержащий уникальный идентификатор застрахованного и облегчающий ему доступ в систему).

Выписка льготных рецептов застрахованным лицам стала проводиться во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Москвы, работающих в системе ОМС. Пациенты могли получить лекарственные средства по льготным рецептам в любой из 468 аптечных организаций г. Москвы, участвующих в эксперименте. В ходе проекта была актуализирована база данных о потребностях в лекарственном обеспечении 3,5 млн жителей Москвы, относящихся к льготным группам населения, а также налажено регулярное утверждение перечня ЛС и изделий медицинской техники, отпускаемых по льготным рецептам, основанное на данных о реальном потреблении лекарств населением.

Удалось увеличить информационную безопасность системы, поскольку выписка ЛС льготным категориям граждан производилась на двойных цветных модифицированных рецептурных бланках (ф. №148-1/у-88) измененного дизайна.

Однако риски, характерные для любой системы страхования, заставили прекратить эксперимент. В их числе:

1. Экономические проблемы в стране и серьезный дефицит

финансирования здравоохранения. Достижимая в рамках эксперимента экономия не могла компенсировать реального недостатка выделяемых ресурсов.

2. Отсутствие системы ценового регулирования.

3. Отсутствие ограничений в перечне ЛС, отпускаемых в рамках эксперимента (условия Постановления № 890 не предусматривали в большинстве случаев такого ограничения).

4. Отсутствие соплатежей пациентов, приводящее к эскалации расходов.

5. Асимметрия процессов в системе, когда:

● затраты формировались медицинскими учреждениями, которые при этом не несли никаких финансовых рисков;

● оплата осуществлялась страховщиками, у которых не было действенной системы влияния на затраты;

● планирование ресурсов проводилось органами власти без учета актуарной стоимости рисков;

● контроль обоснованности выписки проводился, но стандарты выписки (формуляры) практически не применялись;

● контроль комплаенса и наличия возможного сговора с врачом (давление на врача при выписке) не проводился.

Поэтому получение бесплатных для пациента лекарств сверх необходимого с целью перепродажи было постоянной практикой.

Опыт внедрения данной системы в Москве в 1996–1997 гг. показал, что интерес аптеки заключается в том, что она становится центром притяжения большого количества пациентов, которые, кстати, приобретают в данной аптеке не только то, что им выписали, но и – попутно – значительно более широкий набор товаров аптечного ассортимента. Постоянный поток покупателей для такой аптеки становится нормой. То есть интерес аптеки – в расширении клиентской базы.

Но работа аптеки при этом, конечно же, усложняется. В 1996–1997 гг. было предусмотрено комиссионное вознаграждение

от фармацевтических компаний аптечным организациям за эту сложную дополнительную работу. Важно продумать, как такую норму сохранить в потенциальной модели, не увеличивая организационных затрат системы.

После Москвы в период до 1999 г. аналогичные системы информационной поддержки льготного лекарственного обеспечения силами страховых компаний внедряли еще ряд регионов. Экономия, которая получалась при организационной упорядоченности льготного отпуска, достигала 25% в первые же годы реализации моделей. Повышалась и эффективность выписки лекарств для пациентов. Но и в этих регионах пилоты не продолжались долго в силу финансовой несбалансированности обязательств в рамках Постановления №890 и отсутствия возможности в этой связи внедрения более эффективных, чем проверки страховых компаний, противозатратных механизмов.

Тем не менее, несмотря на неудачу этих попыток повысить эффективность амбулаторного льготного лекарственного отпуска, Россия

сторон к участию в пилоте и к рациональному поведению при введении схемы лекарственного страхования (в частности, отмечалось отсутствие мотивации у врача к рациональному использованию государственных ресурсов, диктат пациента над врачом и др.).

В силу незначительности группы пациентов в этих региональных пилотных проектах анализ результатов их внедрения смог бы позволить в лучшем случае оценить сложности при применении референтной цены возмещения, механизма соплатежей и потенциальную пользу ухода от закупок.

НАШЕ ВЕРОЯТНОЕ «ЗАВТРА»

По моему мнению, главным барьером на пути внедрения системы лекарственного страхования является политическая неготовность к этому, подпитываемая негативным опытом внедрения системы льготного лекарственного обеспечения в рамках ФЗ 178 (ОНЛС) с правом выхода из страховой модели вместе с деньгами на ее обеспечение. Кроме того, отсутствуют свежие серьезные аналитические работы с расчетами –

переформатированию в оптимальную сторону остальных социальных затрат.

Однако в необходимости перехода к страховым принципам лекарственного обеспечения сомневаться не приходится – эта форма социального страхования в том или ином виде широко применяется в тех государствах, где вопросы доступности лекарственной помощи являются приоритетом государственной политики.

С внедрением лекарственного страхования мы вполне можем повысить эффективность нашей медицины в самое ближайшее время, что увеличит вероятность достижения амбициозных целей Указа Президента №204 от 07.05.2018.

Огромным плюсом введения системы лекарственного страхования станет рост своевременного обращения больных за медицинской помощью и, как следствие, улучшение показателей здоровья и продолжительности жизни, уменьшение хронизации и инвалидизации, снижение уровня самолечения, а также удовлетворенность граждан решением одной из острейших социальных проблем – проблемы доступности лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении.

Поэтому мне представляется, что нам не нужно ждать еще годы, прежде чем решиться на внедрение этой системы, – расчеты необходимого финансирования вполне можно провести достаточно быстро на основе разработанных нами алгоритмов. А организационные модели мы представили достаточно подробно, и их вполне можно начинать отработать регионам. Окончательный выбор в пользу той или иной модели лекарственного страхования может осуществить каждый регион самостоятельно, или этот выбор может быть сделан централизованно в зависимости от экономических реалий, которые будут существовать в момент принятия решения. Главное, это решение наконец-то должно быть принято.



Экономия, которая получалась при организационной упорядоченности льготного отпуска, достигала 25% в первые же годы реализации моделей.

не отказалась от реализации концепции лекарственного страхования для более широких категорий граждан. В последние несколько лет в ряде российских регионов были запущены пилотные проекты по повышению доступности лекарственных препаратов при лечении ряда нозологий у отдельных категорий граждан, не имеющих законодательно установленных льгот на лекарственное обеспечение (в частности, Кировская и Омская области). Среди проблем, с которыми пришлось столкнуться при их реализации, были те же «родимые пятна» ранее внедряемых моделей – недостаточная мотивация

например, наши расчеты уже немного устарели, мы их делали последний раз в 2012 г., прицельно и точно подсчитывая, сколько при каких моделях нужно средств (применяя четыре варианта расчета при разных моделях).

Следовательно, неясно, в какую сумму для государства может вылиться внедрение лекарственного возмещения, что порождает справедливые опасения финансирующих структур. И самое главное – мы пока еще не осознаем в должной мере, что вложение средств именно в амбулаторное звено ведет к реальному и очень существенному