

ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РОССИИ

И.А. Наркевич¹, докт. фарм. наук, профессор, **И.П. Артюхов**², докт. мед. наук, профессор,
В.В. Богданов², канд. фарм. наук, **Н.А. Стомер**^{2*}, **Е.Н. Бочанова**², канд. мед. наук

¹Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия;
197376, Санкт-Петербург, ул. проф. Попова, д. 14

²Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого;
660022, Красноярск, ул. партизана Железняк, д. 1

*E-mail: 100mer@mail.ru

Рассмотрена история развития системы лекарственного обеспечения населения в Российской Федерации, начиная с СССР и до сегодняшнего дня. Охарактеризованы основные этапы и принципы льготного лекарственного обеспечения граждан и перспективы развития системы лекарственного обеспечения в России.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, обязательное медицинское страхование, лекарственное страхование, дополнительное медицинское обеспечение.

Состояние здоровья населения современной России представляет собой одну из наиболее острых социальных проблем. Вероятность умереть от неинфекционных болезней в возрасте 30–70 лет у россиянина превышает 35%. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) называет такое положение «кризисом здоровья взрослого населения», что характерно только для некоторых африканских стран, Украины и южных стран СНГ [10]. Здравоохранение современной России исторически развивалось из системы здравоохранения СССР. Еще в 1903 г. в 1-й Программе российской социал-демократической рабочей партии (РСДРП) были сформулированы задачи государства в области охраны здоровья: установление 8-часового рабочего дня, запрещение детского труда, устройство на предприятиях яслей, государственное страхование рабочих, санитарный надзор на предприятиях и т.д. В СССР главным принципом решения задачи по улучшению качества медицинской помощи было: увеличение числа врачей, среднего медицинского персонала и больничных коек [6]. В соответствии с Декретом от 22 декабря 1917 г. «О страховании на случай болезни» все граждане на территории Российской республики, работающие по найму во всех отраслях производства, имели право на бесплатную врачебную помощь и денежные пособия.

Основные принципы советского здравоохранения получили дальнейшее развитие в Программе КПСС, принятой на XXII съезде партии в 1961 г. Верховным Советом СССР в 1969 г. утверждены принципы о бесплатности, общедоступности, квалифицированности, профилактической направленности медицинской помощи, приоритет охраны материнства и детства [5].

В 1975 г. XXVIII Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию, рекомендующую всем странам-членам ВОЗ разработать «национальную лекарственную политику», интегрирующую исследования в области лекарств, их производство и распределение в соответствии с реальными нуждами охраны здоровья населения. Существующие документы были утверждены и разрабатывались в 140 государствах мира, в том числе СССР [10]. Ставилась цель – обеспечение легитимности и стабильности деятельности фармацевтической отрасли, а также гарантий доступности для населения так называемых «основных лекарственных средств» при их умеренной стоимости [12].

В России с принятием в 1991 г. Закона «О медицинском страховании граждан в РСФСР» начался новый этап в развитии и дальнейшем продвижении социально значимой идеи обязательного медицинского страхования (ОМС). В советское время необходимость в медицинском страховании отсутствовала, поскольку существовало всеобщее бесплатное медицинское обслуживание, а сфера здравоохранения полностью содержалась за счет средств государственного бюджета, государственных ведомств, министерств и социальных фондов самих предприятий. Для реализации единой государственной политики в области ОМС в 1993 г. Постановлением Верховного Совета РФ № 4543-1 создан Федеральный фонд ОМС и Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от № 4543-1 территориаль-

ный фонд ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения. В результате в России сложилась бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения. В финансировании лекарственного обеспечения населения выделился канал финансирования лекарственных препаратов (ЛП) для лиц, проходящих лечение в стационарах. С введением Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» финансирование ЛП для стационарного лечения принципиально не поменялось. Средства системы ОМС и, следовательно, средства на ЛП для лечения в медицинских организациях формируются за счет страховых взносов в федеральный фонд ОМС.

Система лекарственного обеспечения граждан, находящихся на амбулаторном лечении за счет государственного бюджета, утверждена в 1994 г. Постановлением Правительства РФ № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения». Впервые были введены перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства (ЛС) и изделия медицинского назначения (ИМН) отпускаются по рецептам врачей бесплатно, и перечень групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен. Перечень ЛП и ИМН утверждается ежегодно в рамках Программы государственных гарантий в каждом субъекте РФ.

Следующим шагом на пути реформирования системы лекарственного обеспечения граждан, находящихся на амбулаторном лечении, явилась реализация Федерального закона № 122-ФЗ от 22.08.2004 в части дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) отдельных категорий граждан [12]. Программа ДЛО, вступившая в силу с 2006 г. и призванная обеспечить ЛП достаточно обширную группу населения (около 10% населения страны), поэтапно превратилась в целевую социальную программу для отдельных категорий граждан, затрагивая 2,3 млн человек (менее 2% населения страны), нуждающихся в дорогостоящей лекарственной терапии [10].

В 2007 г. в РФ впервые было выделено финансирование на лечение больных «высокозатратными нозологиями» (обеспечение больных гемофилией, рассеянным склерозом, миелолейкозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, муковисцидозом или нуждающихся в трансплантации; всего порядка 50 тыс. человек) и программа ДЛО была моди-

фицирована в программу обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС). Впервые в России был реализован принцип финансирования лекарственной терапии не по признаку «социальной недостаточности», а по признаку наличия или отсутствия заболевания.

Таким образом, в настоящее время лекарственное обеспечение населения финансируется из 4 источников: средств системы ОМС, системы ДМС, бюджетных средств и личных средств граждан. Данные источники покрывают различные сферы назначения и применения ЛП [1].

Несмотря на принимаемые меры по обеспечению граждан России ЛП, эффективность системы здравоохранения России оценивается ВОЗ как крайне низкая. По данному показателю наша страна занимает лишь 130-е место в мире, а по подушевым расходам на здравоохранение 60-е (56,9% населения имеют душевой доход ниже 15 тыс. рублей в месяц, а доход каждого седьмого россиянина ниже прожиточного минимума), в результате самостоятельная покупка эффективных ЛС для большей части населения оказывается невозможной [10]. Стоимостная оценка душевого потребления ЛС, по данным DSM Group, составляет: в Соединенных Штатах Америки – 704 \$, в Японии – 622 \$, в Великобритании – 223 \$, в странах Западной Европы данный показатель варьируется от 245€ в Италии до 362€ в Швеции, в России – лишь 82 \$ в год. Доля государственного участия в лекарственном обеспечении составляет лишь 22%. Для сравнения: в Новой Зеландии этот показатель равен 88%, в Чехии – 75%, в Германии – 74%, в Испании – 73% [12].

В странах Европейского союза действуют разные варианты организации лекарственного страхования. В Великобритании существует как государственное страхование (источник финансирования – государственный бюджет), так и частное (источник финансирования – страховые компании). В Нидерландах – обязательное частное страхование (источник финансирования – страховые компании). Германия и Франция имеют страхование государственное и частное. В США медицинское страхование добровольное и почти полностью осуществляется работодателями.

В декабре 2012 г. Министерство здравоохранения РФ представило стратегию лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 г. Лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях планируется поэтапно ввести с 2015 г. для больных с артериальной гипертензией, язвенной болезнью желудка, ишемической болезнью сердца. С 2016 г. система лекарственного страхования распространится еще на 10 нозологических форм заболеваний. Суть системы лекарственного страхования заключается в том, что государство через страховые ор-

ганизации будет возмещать всем пациентам, обратившимся к участковому врачу, часть стоимости назначенных ЛП [10]. Введение системы обязательного лекарственного страхования может стать одним из важнейших элементов реформы здравоохранения. Только так, по мнению экспертов, можно решить проблему доступности современных эффективных лекарств для лечения граждан [1]. Накопленные противоречия свидетельствуют о необходимости создания принципиально иной системы лекарственного обеспечения населения, в частности такого решения проблемы, как внедрение в стране системы лекарственного страхования.

Выводы

1. Приоритет развития здравоохранения в СССР был направлен на увеличение численности медицинских кадров и количества койко-мест в стационарах. Лекарственное обеспечение не выделялось как отдельное направление государственной политики.

2. Лекарственное обеспечение в РФ в настоящее время осуществляется за счет 4 источников: системы обязательного медицинского страхования, системы добровольного медицинского страхования, средств государственного (федерального и регионального) бюджетов и личных средств граждан.

3. Финансирование лекарственной терапии в амбулаторных условиях за счет средств государственного бюджета (федерального и регионального) в настоящее время осуществляется одновременно по двум принципам: по признаку «социальной недостаточности» — отдельных категорий граждан, нуждающихся в социальной поддержке, и по признаку наличия или отсутствия определенных заболеваний.

4. Система лекарственного страхования, основанная на принципе возмещения полной стоимости или части стоимости лекарственной терапии, может

способствовать решению существующих противоречий и повышению доступности лекарственной терапии для населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев В.В. Изменение в системе обязательного медицинского страхования. Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях, 2010; 14: 15–19.
2. Акинин П.В. Системный анализ направлений и мер государственной поддержки многодетной семьи в векторе обеспечения экономической безопасности России. Национальные интересы: приоритеты и безопасность, 2011; 21: 50–59.
3. Архипов А.П. О совершенствовании системы обязательного медицинского страхования. Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал, 2010; 1: 53–156.
4. Богданов В.В., Малаховская М.В. Моделирование допустимости лекарственной помощи населению муниципальных образований. Вестник ТГУ. Экономика, 2012; 2(4):167–174.
5. Вейсман Д.Ш. Система анализа статистики смертности по данным «медицинских свидетельств о смерти» и достоверность регистрации причин смерти. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», 2013;1–15.
6. Ворогина С.Ю. Добровольное медицинское страхование как механизм повышения качества медицинских услуг. Актуальные вопросы экономических наук, 2012; 28: 66–77.
7. Ворогина С.Ю. Добровольное медицинское страхование в системе социальной защиты населения. Государственное и муниципальное управление в XXI веке: теория, методология, практика, 2012; 5: 20–24.
8. Гехт И.А., Артемьева Г.Б. О некоторых демографических аспектах реализации Закона об обязательном медицинском страховании. Социальные аспекты здоровья населения, 2012; 2(2): 24.
9. Денисова Е.В. Лекарственное страхование в территории РФ. Полезный опыт стран Евросоюза. Бюллетень медицинских интернет-конференций, 2012; 3: 171–175.
10. Дроздецкая О.А., Аджиенко В.Л., Гацан В.В. Предпосылки для реализации пилотного проекта по лекарственному страхованию на территории Ставропольского края. Экономические и гуманитарные исследования регионов, 2012; 5: 21–26.
11. Журавлев Д.А., Бочанова Е.Н., Богданов В.В. Анализ стоимости лечения первичной артериальной гипертензии в Красноярском крае в условиях лекарственного страхования. Сибирское медицинское обозрение, 2014; 4: 82–85.
12. Карташова Н.С., Наркевич И.А., Марченко Н.В., Наркевич К.И. Инфраструктура промышленного сегмента фармацевтического рынка Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Фармация, 2014; 6: 28–31.

Поступила 22 января 2015 г.

DRUG PROVISION IN RUSSIA: HISTORY AND PROSPECTS

Professor I.A. Narkevich¹, PhD; Professor I.P. Artyukhov², PhD; V.V. Bogdanov², PhD, N.A. Stomer²; E.N. Bochanova², PhD

¹Saint Petersburg State Chemopharmaceutical Academy; 14, Prof. Popov St., Saint Petersburg 197376

²Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; 1, Partisan Zheleznyak St., Krasnoyarsk 660022

SUMMARY

The paper considers the history of the drug provision system to the population of the Russian Federation from the USSR's times to the present day. In the Soviet healthcare model, drug provision was not singled out as a separate direction of national policy, but formed a part of the healthcare system. As of now, there are 4 sources of drug provision: a compulsory health insurance system, a voluntary health insurance system, state (federal and regional) budget and personal finances. Outpatient drug therapy is simultaneously financed in accordance with 2 principles: 1) social insufficiency of separate categories of citizens who need social support and 2) the presence and absence of certain diseases.

Key words: drug provision, compulsory health insurance, drug insurance, additional medical provision.

REFERENCES

1. Avdееv V.V. A change in the mandatory health insurance system. Accounting for the budget and non-profit organizations, 2010; 14: 15–19 (in Russian).