

Бесплатное или льготное предоставление лекарств амбулаторным больным на ранних стадиях заболевания однозначно выгодно государству. Мировой и российский опыт показывает, что это позволяет серьезно сэкономить на госпитальном лечении, сокращает смертность. Согласно Стратегии лекарственного обеспечения до 2025 года, утвержденной Минздравом в 2013 году, в 2015–2016 годах должны быть опробованы различные схемы лекарственного возмещения в ряде российских регионов, а повсеместный переход к системе начнется в 2017 году.

В начале 2015 года были определены критерии отбора регионов для пилотов. Они предполагают, что регион, который будет в этом участвовать, имеет нормальные информационные системы, отлаженный механизм лекарственного обеспечения и учет пациентов. Какие модели отобраны для проекта, пока не сообщалось. Если отвлечься от перечня препаратов, которые должны быть в системе, от объема финансирования и от категорий населения, то организационных схем может быть пять.

Первая модель, не включенная в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), существующая автономно, по принципу добровольного медицинского страхования (ДМС), когда люди сами покупают полис с расширением, включающим лекарства. Или это может быть отдельная программа лекобеспечения. Такие полисы продавали несколько страховых компаний, но опыт был не слишком успешным.

Остальные модели – те, что погружаются в систему ОМС. Разница состоит в том, как осуществляется расчет внутри системы. Теоретически кто бы ни выступал в качестве продавца лекарств (производитель, дистрибьютор, аптека), компенсацию могут осуществлять четыре участника. Вторая модель – когда счета аптек принимает департамент здравоохранения и сам рассчитывается с ними или с провайдерами лекобеспечения, участвующими в системе. Третья модель – когда это делает территориальный ФОМС, и тогда деньги на леквозмещение включаются в программу госгарантий или в систему ОМС. Модель четвертая – когда лекарства оплачивает пациент, а потом получает полное или частичное возмещение их стоимости от фонда либо от департамента здравоохранения или иного уполномоченного органа. У каждого из этих вариантов есть свои плюсы и минусы, но они представляются все-таки нерациональными. Для них нужно создать целую систему учета, и для пациента это неудобно, особенно если он живет в отдаленном районе. Но главный недостаток в том, что здесь отсутствуют противозатратные стимулы – выписка осуществляется в ЛПУ, а платит третья сторона, которая не влияет на обоснованность расходов. Поэтому мы столкнемся с лавинообразным ростом затрат, как уже было в начале внедрения системы ОНЛС, и просто дискредитируем систему на взлете. Мне представляется наиболее

интересной и менее затратной пятая модель, когда ЛПУ само рассчитывается с аптекой. В рамках тарифа ОМС медучреждения получают средства, идущие на возмещение стоимости лекарств, и сами взаимодействуют с аптекой.

Здесь тоже есть свои нюансы. ЛПУ будет выписывать эффективные лекарства, если критерием оценки его работы будет результат лечения. Тогда противозатратный механизм сработает. Если же эту цель не ставить и дать возможность сэкономленные средства направлять на нужды ЛПУ, врачи перестанут выбирать лучшие, но дорогие лекарства, а то и просто начнут экономить на выписке, переходя к исцелению словом. И это серьезный риск. К тому же это сложная модель для ЛПУ. Но если она выстроена правильно, то легко вписывается в систему ОМС. Важно только ввести индикаторы эффективности.

Часто говорят, что нужно включать в схему страховщиков. Но с ними будет то же самое, что и с департаментами здравоохранения и фондами: если нет возможности влиять на эффективность и обоснованность выписки, то система не состоится. Так что пятая модель все же перспективнее.

Как будет выглядеть все на практике? Пациент приходит в аптеку с рецептом, берет препарат, выписанный по МНН (фактически получает его бесплатно), аптека принимает рецепт и отдает плательщику. Или пациент берет не то, что ему предлагают, а доплачивает за более дорогой препарат. В системе ОМС такие отношения не налажены только с аптекой. Для включения аптек в систему ОМС требуется их подключение к информационной системе и формирование биллинга, т.е. счетов. В 1997–1998 гг. страховые компании отработывали эту модель в Москве. На это потребовалось 2–3 месяца, и система заработала.

В чем сложность любой модели? Во-первых, в системе ОМС не отработан механизм соплатежа. Непонятно, как эти деньги от пациента принимать, учитывать, как пересчитывать тарифы. Во-вторых, необходим расчет риска и затрат на эту систему (тарифы). В-третьих, важно, чтобы выписка лекарств была обоснованной. Но все решаемо. Чтобы система начала функционировать, нужны первоначальные инвестиции – аптекам потребуются программное обеспечение, авансовое количество препаратов и т.п. И обязательно нужно отработать модель соплатежей, чтобы пациенты могли с небольшой доплатой покупать те препараты, которые предпочитают. Но эту модель нельзя распространить на все льготные препараты, среди них есть очень дорогие. Поэтому было предложено начать с препаратов, которые и так есть в аптеках и востребованы у пациентов, не имеющих льгот, чтобы не проводить аукционные закупки.

Но регионы, которые понимают, что это позволит уйти от необходимости аукционов и связанных с ними сложностей, должны пойти на проведение пилотов. Без отработки механизма соплатежа, без понимания реакции населения и без включения всех участников в информационный обмен дальше двигаться сложно.

Эксперимент по леквозмещению в Москве и МО в 1997 г. оказался успешным, затем его повторили в ряде регионов. Первые полгода привели к экономии 25% средств программы, потому что налаживались учет, обоснованность выписки лекарств, уходило избыточное назначение, выписывание льготных рецептов людьми, не имеющими на это права, и др. Менялись и реакции населения, потому что врачи находились под контролем: было видно, когда специалисты выписывали неадекватные для своей специальности или для поставленного диагноза препараты. Качество лекобеспечения при этом повысилось, причем контроль был автоматизированный. Система леквозмещения – это мощнейший управленческий инструмент. Она снижает нагрузку на стационары, предотвращает утяжеление многих заболеваний. Потери, которые мы несем из-за отсутствия этой системы, значительно больше, чем те деньги, которые в нее надо поначалу вложить. Пилоты, проведенные правильно, это наверняка докажут.

Лариса Попович, директор Института экономики здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики»

Комментарии

Данил Блинов, генеральный директор компании Pfizer в России, вице-председатель совета директоров АИРМ:

– Мировая статистика показывает, что результативность работы системы здравоохранения зависит от бюджета. В нашей стране затраты на здравоохранение ниже, чем в развитых странах. Поэтому вопрос эффективности использования средств в системе лекарственного страхования является одним из главных. Оценка эффективности затрат должна учитывать не только процесс лечения, но и его конечный результат – насколько он соответствует ожидаемому у конкретного пациента. Это влияет на достижение ключевых показателей системы здравоохранения по смертности, заболеваемости и инвалидизации. Лечение заболеваний, которые дают максимальный вклад в эти показатели, должно быть профинансировано за счет государства в первую очередь. Несомненно, задача государства – обеспечить доступ к

препаратам с доказанной клинико-экономической эффективностью. Не менее важно и то, кто является держателем бюджета. Логично, если это врач первичного звена, который принимает пациента на первом этапе, организует процесс лечения и дает дальнейшие направления. Тогда он будет нести ответственность за конечный результат и сможет влиять на управление бюджетом. Значима и роль соплатежей: они могут быть эффективным инструментом для мотивации к ведению здорового образа жизни, коррекции факторов риска и сохранению приверженности лечению. Здесь также могут быть применены страховые инструменты.

Кирилл Данишевский, директор по выводу и доступу препаратов на рынок, подразделение признанных на рынке препаратов компании Abbott:

– Лекарственное обеспечение является основой оказания медицинской помощи, регламентируется клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи. По оценкам экспертов, при амбулаторном лечении бесплатные лекарства получают лишь 10% граждан, в основном, льготные категории. Реализация пилотных проектов в области лекарственного возмещения позволит разработать оптимальную модель обеспечения лекарственными препаратами при амбулаторном лечении для всех категорий граждан и таким образом сформировать рациональную и сбалансированную систему здравоохранения.

Источник: [Российская газета](#) , № 201, 10.09.15

Автор: Попович Л.Д.