

## СТРАХОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Г. Т. Глембоцкая, С. А. Богатырев

*Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова*

Поступила в редакцию 02.03.2009 г.

**Аннотация.** В проекте Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года отмечается, что сложившаяся на сегодняшний день ситуация с медикаментозным обеспечением в силу ряда социальных и экономических причин способствует развитию самолечения. Это нивелирует профилактическую функцию здравоохранения и, в конечном итоге, приводит к росту затрат на оказание дорогостоящей стационарной помощи. В качестве одной из ключевых задач для решения вопроса обеспечения населения качественной медицинской помощью авторами Концепции предлагается внедрить в РФ систему лекарственного страхования для предоставления всем гражданам медикаментов в амбулаторных условиях. В свете этого в данной статье изучается уже имеющийся опыт отечественных страховых компаний по лекарственному обеспечению в рамках программ добровольного медицинского страхования, а также анализируются возможные последствия внедрения лекарственного страхования для российского фармацевтического рынка.

**Ключевые слова:** фармацевтический маркетинг, лекарственное страхование.

**Abstract.** It's noticed in project Development Conception of Public Health Service in Russian Federation 2020 that self-medication is one of trend in medicament providing in view of a variety of economical and social causes. The self-medication increase neutralizes prevention function of Public Health Service and results to increase of expensive in-patient hospital expenditures. Authors of Development Conception suggest implementing System of medicament insurance in Russia for solving the problem of providing people quality medical service. In view of this in this article existing experience Russian insurance companies in medicament providing is examined within the framework of voluntary medical insurance and potential impacts of implement medicament insurance for Russian Pharmaceutical Market are analyzed.

**Keywords:** pharmaceutical market, insurance of medicament.

В проекте Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года отмечается, что сложившаяся на сегодняшний день ситуация с медикаментозным обеспечением в силу ряда социальных и экономических причин способствует развитию самолечения. Это нивелирует профилактическую функцию здравоохранения и, в конечном итоге, приводит к росту затрат на оказание дорогостоящей стационарной помощи. В качестве одной из ключевых задач для решения вопроса обеспечения населения качественной медицинской помощью авторами Концепции предлагается внедрить в РФ систему лекарственного страхования для предоставления всем гражданам медикаментов в амбулаторных условиях [10].

В абсолютном большинстве развитых стран возмещение затрат на лекарственную терапию производится на страховой основе [4]. Так, например, во всех странах-членах ЕС в этом процессе в той

или иной мере участвуют страховые компании, государственные страховые фонды, некоммерческие общества взаимного страхования и т.д. В России страхование лекарственного обеспечения, на сегодняшний день, носит скорее факультативный характер: по программам ОМС лекарственные средства определенного перечня предоставляются только при прохождении стационарного лечения, при амбулаторном лечении право на льготное получение медикаментов имеют отдельные категории граждан, участвующие в федеральной программе ОНЛС. Эксперименты по изменению порядка оплаты за медикаменты, отпускаемые по льготным рецептам при амбулаторном лечении, с участием страховых компаний были начаты правительством Москвы еще в 1996 году, они были ориентированы на систему ОМС [8]. Страхование лекарственного обеспечения на добровольной основе осуществляют ряд страховых компаний либо в составе добровольного медицинского страхования — ДМС, либо в качестве отдельного лицензируемого вида стра-

хой деятельности — добровольного лекарственного страхования [9]. Такое страхование может включать в себя как обязательное предоставление всех необходимых лекарств при стационарном лечении, в том числе сверх программ государственных гарантий и перечня Жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС), так и частичное или полное возмещение их стоимости при амбулаторном лечении.

Кратко принципы лекарственного обеспечения в системе добровольного медицинского страхования можно изложить следующим образом: страхователь — юридическое или дееспособное физическое лицо — заключает в свою пользу или пользу третьих лиц — застрахованных (в случае, когда страхователем выступает юридическое лицо, договора коллективного страхования заключаются им как правило в пользу своих сотрудников) договоры добровольного страхования вероятных медицинских расходов. Это могут быть как договоры ДМС, содержащие пункт о лекарственном обеспечении при амбулаторном лечении, так и отдельные договоры лекарственного страхования. По данным договорам страховщик — страховая медицинская организация — обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении оговоренного в договоре события (страхового случая) организовать и оплатить предоставление застрахованному лицу лекарственного обеспечения. Для этого страховщик заключает с медицинскими и аптечными учреждениями двусторонние договоры на предоставление услуг. Страховым случаем может послужить обращение застрахованного лица в аптечное учреждение за получением по рецептам врача лекарственных препаратов и предметов медицинского назначения, предусмотренных договором страхования [5]. То есть при возникновении острого или обострении хронического заболевания застрахованный обращается к врачу за получением консультативно-диагностической помощи и назначением ему лекарственных средств. С выписанным рецептом установленного образца он идет в аптечное учреждение и получает там прописанное лекарство бесплатно или со скидкой в зависимости от условий договора страхования. Дальнейшие взаиморасчеты с аптекой производит медицинская страховая компания, которая кроме функции аккумуляции финансовых средств страхователей, занимается также проведением медико-экономической экспертизы обоснованности назначения лекарств и качества медицинской помощи, составлением про-

грамм лекарственного страхования, оптимизацией затрат на лекарственную терапию путем подписания тарифных соглашений с фармацевтическими организациями. Возможен и такой вариант, при котором застрахованный сразу оплачивает в аптеке всю стоимость лекарств, получая возмещение за них уже в страховой компании наличностью при предъявлении документов, удостоверяющих факт отпуска ему медикаментов.

Впрочем, добровольное страхование лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении проводится далеко не всеми страховщиками и носит весьма ограниченный характер. С одной стороны, это вызвано опасениями страховых компаний принимать на страхование подобные риски в связи с дефицитом репрезентативной статистики, необходимой для проведения экономически эффективной страховой деятельности, с другой — отсутствием нормативной базы, которая регулировала бы этот процесс.

Ожидается, что реформа системы медицинского страхования в рамках новой Концепции развития здравоохранения будет способствовать искоренению сложившейся ситуации, активному созданию экономических и юридических предпосылок к развитию комплексной системы коммерческого и некоммерческого страхования в здравоохранении, включая страхование лекарственного обеспечения. Источники формирования страховых резервов могут быть различные — это и собственные средства граждан, и платежи работодателей добровольно, как при ДМС, или в составе социального налога, как при ОМС.

Внедрение лекарственного страхования предполагает существенное улучшение ситуации с обеспечением граждан РФ современными и подчас весьма дорогостоящими оригинальными препаратами, повышение доступности качественного лечения и социальной защищенности населения. Помимо этого, переводение лекарственного обеспечения на страховые принципы принесет свои преференции и производителям фармацевтической продукции, обеспечив им не только стабильный и прогнозируемый уровень сбыта, но и существенный прирост рынка в связи с возрастающей покупательной способностью потребителей.

В свете этого актуально изучить имеющийся опыт страховых компаний по лекарственному обеспечению в рамках программ добровольного медицинского страхования. Анализ структуры потребления лекарств, а также таких ключевых показателей лекарственного обеспечения, как средняя

цена упаковки препарата и подушевые затраты на медикаментозную терапию [6], позволят сделать некоторые выводы касательно повышения доступности и качества медицинской помощи в условиях лекарственного страхования.

Поскольку большинство страховых компаний покрывают расходы на лекарства только при стационарном лечении, то изучение специфики обеспечения лекарственными средствами в ДМС на сегодняшний день представляется наиболее релевантным по программам стационарной медицинской помощи. С этой целью нами был проведен статистический анализ лекарственного обеспечения в группе застрахованных лиц возрастом от 18 до 60 лет общей численностью 3580 человек на протяжении трех лет медицинского обслуживания (2005—2007 гг.) в десяти работающих в системе ДМС медицинских учреждениях города Москвы.

В исследуемой группе анализировался уровень госпитализаций, который составил 6,68 % или 66,8 госпитализированных на каждую тысячу человек. Предметом исследования послужило лекарственное обеспечение той части застрахованных, которые проходили курс стационарного лечения с использованием дорогостоящих лекарственных препаратов сверх ценовых лимитов, установленных медицинскими учреждениями — расширенное лекарственное обеспечение (РЛО) [7]. Затраты на проведенное лечение составляют 4 862 640 рублей, из них на расширенное лекарственное обеспечение, потребность в котором возникла у 16,3 % от всех госпитализированных, пошло 197 557 рублей. Таким образом, средние затраты на лечение одного госпитализированного составили 20 346 рублей, а средняя величина расходов на РЛО для каждого пролеченного курсом дорогостоящих препаратов — 5810 рублей.

Оплата лечения производилась за счет средств ДМС, учет расходов на расширенное лекарственное обеспечение велся отдельно от затрат на медицинские услуги, пребывание в палате и те медикаменты, стоимость которых изначально включалась медучреждением в цену лечения. В качестве критериев отнесения лекарственного обеспечения к категории расширенного в различных медицинских учреждениях может служить целый ряд параметров. Так, например, 40 % исследуемых ЛПУ закладывают на медикаментозное лечение определенную сумму в виде процента от стоимости койко-дня, которая существенно варьирует в зависимости от отделения и категории палаты. Остальные лекарства, затраты на приобретение

которых превышают данную сумму, относятся к расширенному лекарственному обеспечению и дополнительно оплачиваются больным или страховой компанией по отдельной позиции в счете. Другие ЛПУ (30 %) включают в стоимость лечения лекарственное обеспечение лишь в рамках утвержденных внутренними указаниями к тарифам нормативов, единых для всех палат и отделений. Оставшиеся лечебные учреждения (30 %), работающие в системе ДМС, при классифицировании дорогостоящих лекарственных средств руководствуются конкретными перечнями лекарств с введением градации по стоимостным категориям, что также утверждается на уровне внутренней документации [7].

Средняя стоимость одной упаковки лекарственного средства, предоставленного в рамках расширенного лекарственного обеспечения по программам ДМС, составила порядка 8,5 евро, что серьезно превышает среднюю оптовую цену одной упаковки лекарственного средства при госпитальных закупках в целом по РФ — 1,95 у.е. [2, 6]. Столь сильное различие показателей отчасти объясняется тем, что в рамках нашей работы анализировалось лекарственное обеспечение дорогостоящими препаратами, предоставляемыми сверх лимитов стоимости, определенных в ЛПУ. Тем не менее, можно утверждать, что лекарственное страхование будет способствовать существенному увеличению доли дорогостоящих лекарственных препаратов в структуре потребления. Впоследствии это вполне может привести к снижению эластичности спроса на фармацевтическую продукцию из-за уменьшения отведенной на нее доли потребительского бюджета граждан и отсутствия у них мотивации к поиску товаров-субститутов (заменителей) ввиду компенсации затрат на лекарства за счет страховых выплат. Во избежание неконтролируемого роста цен на лекарственные средства целесообразно использование методов разделения затрат между страховой организацией и застрахованным, что достигается применением различного рода франшиз. Франшизой называется мера собственного участия страхователя или застрахованного в ответственности по договору страхования [1]. Наиболее целесообразно при страховании лекарственного обеспечения использование так называемых безусловных франшиз — определенной в договоре страхования части стоимости лекарственных средств, вычитаемой страховщиком из каждой страховой выплаты и возмещаемой страхователем или застрахованным

самостоятельно. Кроме франшиз в качестве механизма регулирования цен на лекарства возможно применение референтных цен, позитивных и негативных перечней лекарственных средств, тарифных соглашений и т.д. [3]. Страховая компания, как один из ключевых субъектов лекарственного страхования, должна обладать полномочиями реального влияния на ценовую политику как розничных, так и оптовых фармацевтических организаций, основой для которого являются, в первую очередь, рыночные механизмы. В противном случае, неизбежно возникнет либо проблема недофинансирования лекарственной помощи, либо неконтролируемый рост цен на ЛС и, как следствие, инфляция.

Влияние фармацевтического страхования на структуру потребления лекарственных средств с

точки зрения распределения затрат на лекарственное обеспечение между АТС-группами (лекарственная номенклатура по анатомо-терапевтическо-химической классификации) представлено в табл. 1.

Из таблицы 1 можно наблюдать определенные отличия между структурой потребления лекарственных средств в госпитальном секторе фармацевтического рынка РФ и в группе застрахованных по добровольному медицинскому страхованию. Так, например, основную долю в общем объеме госпитальных закупок занимает АТС группа J01 — Антибактериальные препараты для системного использования — 20,4 [3], в системе лекарственного страхования ее значимость возрастает более чем вдвое (42,6). Также почти в два раза более весомую нишу занимают плазмозамещающие и

Таблица 1

*Сравнительный анализ структуры потребления лекарственных препаратов при оказании стационарной медицинской помощи в системе ДМС и общей структуры госпитальных закупок*

№ п/п	Структура потребления ЛС при оказании стационарной медицинской помощи в системе ДМС			Общая структура госпитальных закупок в РФ		
	АТС код	АТС группа	Доля в общем объеме потребления, %	АТС код	АТС группа	Доля в общем объеме закупок, %
1	J01	Противомикробные препараты для системного применения	42,06	J01	Антибактериальные препараты для системного использования	20,4
2	B05	Плазмозамещающие и перфузионные растворы	17,25	B05	Плазмозамещающие и перфузионные растворы	9,6
3	B01	Антикоагулянты	8,06	L01	Противоопухолевые препараты	5,0
4	H01	Гормоны гипоталамуса и гипофиза и их аналоги	5,93	B01	Антикоагулянты	3,9
5	N07	Другие препараты для лечения заболеваний нервной системы	5,47	N05	Психотропные препараты	3,7
6	N01	Анестетики	4,98	N01	Анестетики	3,3
7	B02	Гемостатики	3,44	N06	Психоаналептики	3,1
8	J02	Противогрибковые препараты для системного применения	3,22	C01	Препараты для лечения заболеваний сердца	3,0
9	H02	Кортикостероиды для системного применения	2,13	L03	Иммуномодуляторы	2,2
10	R06	Антигистаминные препараты для системного применения	1,45	V08	Контрастные вещества	2,0
Итого			93,99	Итого		56,2

перфузионные растворы (17,25 против 9,6), что может свидетельствовать о необходимости повышения качества финансирования лекарственного обеспечения этими группами препаратов. В структуре потребления лекарственных средств в системе ДМС практически отсутствуют затраты на противоопухолевые и психотропные препараты, которые составляют существенную долю в общем потреблении лекарств (3 и 5 место по значимости соответственно). В первую очередь это связано с тем, что из системы ДМС законодательно исключен ряд тяжелых хронических заболеваний, в том числе онкологические заболевания, психические расстройства и расстройства поведения. Все это отчасти объясняет возрастающую долю в объеме потребления остальных групп лекарств. Совокупная доля десяти ведущих АТС групп в системе лекарственного страхования составляет 93,99 % против 56,2 % в общем объеме госпитальных закупок, что свидетельствует о строгой целевой направленности средств лекарственного страхования на вполне конкретные дорогостоящие группы лекарств.

Помимо исследования структуры потребления для характеристики качества лекарственного обеспечения в системе ДМС необходима объективная и достоверная оценка клинической эффективности применяемых лекарственных препаратов. Для этой цели нами был проведен анализ всех сделанных в рамках программ ДМС назначений с точки зрения доказательств их эффективности, приведенных в соответствующих статьях Справочника лекарственных средств Формулярного комитета — органа, в функции которого входит научная оценка результатов клинических, клинико-экономических и фармакоэпидемиологических исследований [11].

В перечень Жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета вошли 74,6 % из 130 назначений (по МНН) лекарственных средств, сделанных в рамках программ лекарственного страхования. Этот перечень является базисным документом для составления стандартов медицинской помощи, содержащаяся в нем информация об эффективности и безопасности лекарствен-

ных средств является основополагающей для оценки целесообразности применения тех или иных фармакотерапевтических технологий.

При подготовке формулярных статей использовалась следующая система ранжирования уровней убедительности доказательств эффективности лекарственных средств:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства эффективности лекарственного средства с позиции жизненной необходимости.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств эффективности лекарственного средства с позиции жизненной необходимости.

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для того, чтобы обосновать эффективность лекарственного средства с позиции жизненной необходимости, но целесообразность включения лекарства в Перечень дано с учетом иных обстоятельств.

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства в определенной ситуации.

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить применение лекарственного средства в определенной ситуации.

Как видно из табл. 2 преобладающая доля назначенных препаратов (61,5 %) характеризуется высоким уровнем доказательств эффективности, в то же время достаточно значительное количество лекарственных не вошли в перечень Формулярного комитета, что, впрочем, не говорит о нецелесообразности их применения, поскольку из года в год перечень расширяется. Лишь одно из назначенных наименований лекарств (0,8 %) не рекомендовано экспертами комитета к применению.

Подводя итог, можно утверждать, что покрытие расходов на лекарственное обеспечение за счет страховых резервов способствует изменению рыночной номенклатуры потребления лекарственных средств в сторону более дорогостоящих медикаментов. Без разработки эффективной саморегулирующейся системы сдерживания затрат это мо-

Таблица 2  
Уровни убедительности доказательств эффективности фармакотерапии в исследуемой группе застрахованных лиц

Уровень убедительности доказательств	А	В	С	Д	Нет в перечне
Доля в назначениях, %	61,5	10,0	2,3	0,8	25,4

жет привести к неконтролируемому росту на фармацевтическую продукцию. В то же время, преобладающее количество назначений лекарственной терапии в системе ДМС оправдано с точки зрения фармакоэкономической и клинической эффективности, что не может не оказывать положительного влияния на качество медицинской помощи.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Архипов А. П., Гомеля В. Б., Туленты Д. С.* Страхование: современный курс. — г. Москва: Финансы и статистика. — 414 с.
2. Госпитальный рынок РФ: итоги 2007 года [Электронный ресурс] / RMBC; — Электрон. дан. — М.: RMBC, 2008. — Режим доступа: <http://www.rmbc.ru>, свободный. Загл. с экрана. — Яз. рус., англ.
3. *Дьюнкс М. Н. Г., Хаейер-Рускамн Ф. М., Йонхере К. П.* Лекарственные средства и деньги. Цены, доступность и сдерживание затрат — г. Москва: Весь мир 2006. — 216 с.
4. *Моссалос Э., Томпсон С.* Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза. М.: Весь мир 2006. — 224 с.
5. Материалы конференции «Стратегия развития Российской фармации» в рамках 15го российского конгресса «Человек и лекарство», 18—18 апреля 2008 г. Москва, Статья «Аналитический подход к организации лекарственного обеспечения сверх программ государ-

ственных гарантий в рамках добровольного медицинского страхования». С. 76—79.

6. Краткий экскурс в систему ценообразования на фармрынке [Электронный ресурс] / Фармэксперт — Центр маркетинговых исследований, отдел аналитики; — Электрон. дан. — М.: ЦМИ — Фармэксперт, 2008. — Режим доступа: <http://www.pharmexpert.ru>, свободный. Загл. с экрана. — Яз. рус., англ.

7. Основные подходы к лекарственному обеспечению в лечебно-профилактических учреждениях при оказании стационарной помощи в системе платных услуг и добровольного медицинского страхования / Глембоцкая Г. Т., Богатырев С. А. // Материалы конгресса «Человек и лекарство» (тезисы докладов). 2007. — С. 78.

8. Постановление Правительства Москвы от 23 февраля 1996 года №160-РЭП «Об утверждении «Положения об экспериментальной системе страхования лекарственного обеспечения групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются бесплатно или со скидкой».

9. Письмо Руководителя Федеральной службы страхового надзора от 15 декабря 2004 г. № 44-3407/00-01.

10. Проект Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года.

11. Справочник лекарственных средств Формулярного комитета / Под ред. П. А. Воробьева, г. Москва: Ньюдиамед, 2006. — 668 с.

---

*Глембоцкая Г. Т.* — д.ф.н., профессор кафедры Организации и экономики фармации Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова; тел.: (499) 1474291

*Богатырев С. А.* — аспирант кафедры Организации и экономики фармации Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова; тел.: (499) 1474291

---

*Glembotskaya G. T.* — PhD, professor in department of Pharmacy Organization and Economics, Moscow Medical Sechenov Academy; tel.: (499) 1474291

*Bogatyryov S. A.* — postgraduate in department of Pharmacy Organization and Economics, Moscow Medical Sechenov Academy; tel.: (499) 1474291