

Разработка возможных вариантов моделей лекарственного страхования в Российской Федерации

Л.Д.Попович

Страховая медицинская организация «РОСНО-МС», Москва

Резюме

На основании опыта зарубежных стран рассмотрены модели лекарственного страхования для Российской Федерации.

Ключевые слова: лекарственное страхование, тарифы.

Development of the possible versions of the models of drugs insurance in the Russian Federation

L.D.Popovich

Insurance medical organization "ROSNO-MS", Moscow

Summary

On the basis the experience of the foreign countries are examined the models of medicinal insurance for the Russian Federation.

The keywords: medicinal insurance, tariffs.

Координаты для связи с авторами: popovich@rosno.ru

Изучение опыта других стран в реализации страхового принципа лекарственного обеспечения является для России крайне важным.

Страны Восточной Европы смогли прийти к системе страхового возмещения лекарственного обеспечения всего за 2–3 года после распада социалистического лагеря. Бенчмаркинг удачных примеров поможет обойти большое количество острых моментов, а также реализовать проект в более короткие сроки.

Оценивая применимость для России той или иной страховой схемы, прежде всего нужно понимать, что прежде, чем начинать реализацию любой из моделей, необходимо решение значительного числа проблем, которые являются основой в системах лекарственного страхования. Прежде всего существует необходимость серьезного изменения системы ценового регулирования и контроля на фармрынке Российской Федерации. Далее необходимо проанализировать проблемы формирования и применения списков и стандартов лекарственных средств. Необходимо принять во внимание отсутствие в России серьезного контроля по обоснованности выписки и уже тем более отсутствие сколько-нибудь значимых усилий по стимулированию врачей к рациональной выписке. Проблемных зон множество, и опыт решения их в разных странах будет весьма полезен российским реформаторам.

Задача обеспечения социально приемлемого баланса между ростом доступности лекарств для населения и ростом государственных расходов на обеспечение этой доступности особо остро ставит вопрос о мерах по обеспечению рациональности затрат в любых страховых или административно-распределительных схемах лекарственного обеспечения. Разные модели по-разному позволяют решать эту задачу. Однако организационный дизайн модели в значительно меньшей степени влияет на социальный результат ее внедрения, чем другие факторы, которые подробно рассматривались автором в предыдущих публикаци-

ях — выбор категорий страхуемого населения, установление и регулирование цен, выбор списков, стимулы для врачей к рациональной выписке, схемы возмещения стоимости отпущенных пациентам лекарств. Именно в контексте этих факторов и следует определяться с выбором схемы построения и администрирования новой модели социального лекарственного страхования, применимой для России.

Как считают некоторые эксперты, (Мелик-Гусейнов, 2008) одна из дополнительных проблем при введении системы лекарственного страхования в России — неспособность государственных органов управления здравоохранением справиться с организационными трудностями. При внедрении и реализации ДЛО (ОНЛС) приходилось каждый раз сталкиваться с серьезными проблемами, которые в принципе могли бы быть предотвращены еще на стадии запуска при детальном и заблаговременном планировании, а также с привлечением опыта отраслевых объединений.

При запуске программы страхового лекарственного обеспечения, во-первых, необходимо проработать не только законодательную базу «наверху», но привести в соответствие все подзаконные акты и другие нормативные документы, с которыми придется сталкиваться всем участникам программы: и аптекам, и врачам в поликлиниках, и пациентам, и производителям, и страховым компаниям и т.д.

Во-вторых, должна быть проведена большая подготовительная образовательно-разъяснительная работа, прежде всего с врачами и работниками аптек — теми, кто будет взаимодействовать с Пациентом.

В-третьих, необходимо четко представлять сегодняшнее состояние материально-технической базы и предусмотреть финансирование для ее модернизации; при этом ориентироваться нужно не на аптеки в Москве, а на сельские аптеки в регионах.

Крайне важно реализовать пилотные проекты в ряде регионов с разными климатическими условиями, плотностью населения, заболеваемостью и т.д. И только после этого внедрять всю эту систему в масштабах страны.

Возможные проблемы, с которыми придется столкнуться при внедрении любой из моделей лекарственного страхования, можно структурировать следующим образом:

- Недостаток расчетов потребности населения в лекарственных средствах (вопрос бюджетирования будущей программы);
- Слабая информированность пациентов и врачей о принципах страховой медицины;
- Практическое отсутствие опыта у страховых компаний в процесс лекарственного обеспечения населения РФ;
- Отсутствие единого информационного поля в системе здравоохранения РФ;
- Устаревшая система функционирования лечебно-профилактических учреждений;
- Отсутствие единой фармакоэкономической базы для отбора ЛС при включении в различные перечни, формуляры.

Первостепенными проблемами, требующими решения при переходе к страхованию, являются:

- стандартизация лечения всех нозологий, попадающих под страховое возмещение;
- формирование реестра препаратов, которые войдут в систему страхового возмещения;
- актуарные расчеты для формирования тарифов и объемов страхового покрытия;
- определение объемов и источников государственно-го участия в страховом покрытии;
- выбор схем возмещения некомпенсируемой из общественных источников стоимости лекарств;
- изменение нормативно-правовой базы, регламентирующей страховой принцип лекарственного обеспечения;
- информационно-просветительская работа с профессиональной общественностью, работодателями и жителями страны и т.д.

Последний пункт следует особо выделить. Слабая заинтересованность в реформе самого населения представляется, по мнению экспертов (Мелик-Гусейнов, 2008), одной из наиболее сложных проблем в России. Россиянин не готов к каким-либо кардинальным изменениям; выработанный с годами консерватизм — это защитная реакция против любых нововведений, реализуемых правительством. Неудачи в реализации программы ДЛО на первом этапе тоже существенно подорвали веру населения в возможность улучшения во время реформ. Скорее всего, очень значимые затраты по новому проекту должны быть направлены на разъяснительную работу с населением.

Однако в России уже была предпринята попытка введения модели лекарственного страхования, которая может послужить полезным уроком при формировании новых подходов к реформе лекарственного обеспечения и переходу к лекарственному страхованию.

Российский опыт лекарственного страхования

Модель страхования лекарственного обеспечения, существовавшая в г. Москве в 1995–1998 гг.

Первая модель страхования лекарственного обеспечения в России начала реализовываться в виде эксперимента с 01.11.1995 г., когда в соответствии с Распоряжением Мэра г. Москвы¹ от 20 октября 1995 г. N 551-PM в Южном, Центральном и Зеленоградском административных округов начался эксперимент по упорядочению оплаты за медикаменты, отпускаемые по льготным рецептам, в котором приняли участие страховые компании МАКС и РОСНО.

1.1. Предпосылки введения системы лекарственного страхования

30 июля 1994 г. Правительством РФ было утверждено Постановление № 890, которым были определены льготные категории населения (по социальному статусу и по заболеванию), имеющие право при амбулаторном лечении на получение в аптечных учреждениях лекарственных средств по рецептам врачей бесплатно или с 50% скидкой.

Реализация льготного лекарственного обеспечения в г. Москве осуществлялось следующим образом:

- Гражданам, имеющим право на льготы в соответствии с Постановлением от 30.07.1994 № 890, при обращении в поликлинику по месту прикрепления выписывался рецепт специальной формы (ф. 148-1/у-88), по которому в аптеке, обслуживающей пациентов данной поликлини-

ки, отпускались лекарственные средства бесплатно или со скидкой.

- Ежемесячно аптека предоставляла поликлинике Сводный реестр рецептов (ф. АП-9), лекарства по которым отпускались бесплатно или со скидкой, и счет на их оплату, а также бланки обслуженных рецептов.

Поликлиника акцептовала полученный счет и направляла его Управление здравоохранения своего Административного округа.

- Управление здравоохранения Административного округа в соответствии с выставленным счетом перечисляла поликлинике средства для расчетов с аптекой.

Поликлиника оплачивала аптеке лекарственные средства (ЛС), отпущенные ее пациентам бесплатно или со скидкой.

Е.А. Тельнова, возглавлявшая в то время Комитет фармации Правительства Москвы, характеризуя ситуацию, сложившуюся в то время с реализацией Постановления Правительства РФ № 890, писала: «Следует подчеркнуть, что предоставленные Правительством Российской Федерации льготы не были подкреплены соответствующими объемами финансирования. Это привело к огромной задолженности бюджета перед аптеками за отпущенные лекарственные средства, а в конечном итоге к снижению качества лекарственной помощи. Так, длительность неплатежей перед московскими аптеками в 1995 г. за отпущенные ЛС доходила до 5 месяцев. Сложилась нетерпимая ситуация, при которой аптеки, начав кредитовать бюджет, сами оказались без оборотных средств. В то же время уровень льготного отпуска ЛС в общем товарообороте аптек из года в год увеличивался и составил в 1993 г. — 24,5%, а в 1994 г., — 30,4%, а в 1995 г. — уже 40 %».

Следует также отметить, что темп роста расходов на оплату ЛС по льготным рецептам в декабре 1995 г. по сравнению с январем того же года составил 519% .

Все это потребовало решительных мер со стороны Правительства Москвы по упорядочению расходов на оплату льготных рецептов и повышению доступности лекарственной помощи льготным категориям населения, коренного изменения концепции организации льготного лекарственного обеспечения.

Распоряжением Мэра Москва от 20.10.1995 № 551-PM было утверждено Положение об эксперименте по упорядочению (изменению порядка) оплаты за медикаменты, отпущенные по льготным рецептам, которым определялись следующие задачи эксперимента:

- создание в аптечных учреждениях г. Москвы автоматизированной системы учета рецептов и формирования счетов за отпущенные лекарственные препараты по номенклатуре и стоимости для аптек, медицинских учреждений, а также лицевых счетов, застрахованных по ОМС, процедур обмена информацией между аптеками, медицинскими учреждениями, страховыми компаниями, МГФОМС, органами управления здравоохранения и фармации;

— создание системы экспертного контроля качества медицинской помощи по разделу «Медикаментозное лечение», включая разработку стандартов лекарственного обеспечения;

- разработка системы регулирования тарифов на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства, отпускаемые по бесплатным и льготным рецептам в системе обязательного медицинского страхования.

¹ Распоряжение Мэра г. Москвы от 20 октября 1995 г. N 551-PM «О проведении эксперимента по упорядочению (изменению порядка) оплаты за медикаменты, отпускаемые по льготным рецептам»



Рис. 1.
Организационная схема модели

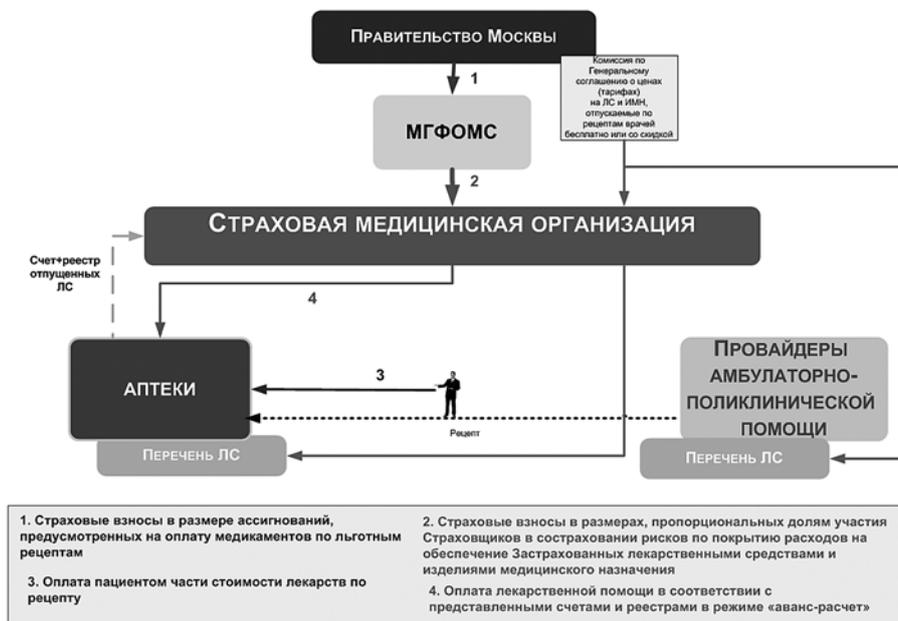


Рис. 2.
Финансовая схема модели

1.2. Организационная схема модели

Страхователем в отношении категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или со скидкой, определялось Правительство Москвы, которое поручало Московскому городскому фонду ОМС представлять его интересы и действовать от его имени, выполняя функции Страхователя в части заключения договоров страхования со страховыми компаниями, перечисления по договорам страховых взносов и осуществления контроля за страховыми выплатами.

Страховым случаем определялось обращение Застрахованного в лечебно-профилактическое учреждение амбулаторного профиля, включенное в перечень Департамента здравоохранения, в связи с заболеванием, при амбулаторном лечении которого лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врача бесплатно или со скидкой.

Страховщиками на период проведения эксперимента были определены страховые компании МАКС и РОСНО, осуществляющие страхование на принципах сострахова-

ния в соответствии со специальными Правилами страхования лекарственного обеспечения, утвержденными службой страхового надзора.

Страхование лекарственного обеспечения оформлялось двумя типами договоров:

- Договором страхования лекарственного обеспечения, заключаемого страховщиками с Московским городским фондом ОМС, выполняющим в соответствии с распоряжением Мэра Москвы от 29 декабря 1995 г. N 696-PM функции страхователя по договору страхования лекарственного обеспечения населения г. Москвы;
- Договором на предоставление лекарственной помощи населению, заключаемым страховщиком с муниципальным аптечным предприятием (учреждением) г. Москвы.

1.3. Финансовая схема модели

Согласно Договору страхования лекарственного обеспечения устанавливался следующий порядок организации и оплаты лекарственного обеспечения застрахованным:

- При наступлении страхового случая Застрахованному назначается медикаментозное лечение в лечебно-

профилактических учреждениях, имеющих право на выписывание лекарственных средств и изделий медицинского назначения по льготным рецептам;

- На основании выписанного в лечебно-профилактическом учреждении рецепта (ф. 148-1/у-88), оформленного в соответствии с действующими требованиями (с обязательным указанием серии и номера страхового полиса ОМС, кода диагноза заболевания, по поводу которого были выписаны лекарственные препараты) и заверенного личной печатью врача, Застрахованному осуществляется отпуск лекарственных препаратов и предметов медицинского назначения в аптечных предприятиях, поименованных в приложении к Договору².

- При наступлении страхового случая Страховщик ежемесячно оплачивает аптечному предприятию счета за отпущенные Застрахованным лекарственные препараты и предметы медицинского назначения.

- Неотъемлемым приложением к счету являются Реестры и базы данных рецептов на лекарственные средства, отпущенные по рецептам врачей бесплатно или со скидкой (представляются на магнитных носителях), по единой форме и форматам, утвержденным Страховщиком.

- Оплата счетов аптечных предприятий производится в режиме «аванс-расчет» за фактически отпущенные лекарственные средства по рецептам врачей бесплатно или со скидкой.

- Для обеспечения наличия в аптечном предприятии лекарственных, профилактических и диагностических средств, вошедших в обязательный ассортиментный перечень, а также лекарственных препаратов повышенного потребления Страховщик перечисляет аптечному предприятию в сроки, установленные Договором на предоставление лекарственной помощи, двумя равными частями аванс в размере до 80% расходов на отпуск лекарственных препаратов по льготным рецептам за предыдущий месяц.

- В срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, стороны производят выверку взаиморасчетов по оплате оказанной лекарственной помощи. Окончательная годовая выверка взаиморасчетов производится не позднее 20 января следующего года.

- Страховые взносы, не израсходованные в отчетном периоде (квартал), подлежат зачислению в страховые резервы для страховых выплат (оплаты счетов аптечных предприятий) в последующие периоды.

1.4. Контроль рациональности назначений

Договором страхования лекарственного обеспечения к обязанностям страховщика помимо оплаты аптеке стоимости лекарственных средств, отпущенных по льготным рецептам, относились:

- проведение экспертизы обоснованности объема и качества оказанной лекарственной помощи, представление по запросу Страхователя ее результаты, включая соответствие лекарственной помощи стандартам медикаментозного лечения;

- определение на основании статистических данных лимитов (плановые расходы) на оплату льготных рецептов амбулаторно-поликлинических учреждений округов, участвующих в эксперименте;

- ежемесячное представление Страхователю для под-

готовки Генерального соглашения по тарифам на лекарственные средства материалы по анализу цен на медикаменты, отпущенные по бесплатным и льготным рецептам.

Договором на предоставление лекарственной помощи населению к обязанностям аптеки, помимо отпуска лекарственных средств, вменялось в обязанность;

- Организация учета льготных рецептов и отпущенных по ним медикаментов с использованием автоматизированной системы «АПТЕКА»;

- Обеспечение автоматизированного формирования базы данных бесплатных и льготных рецептов;

- Формирование и представление Страховщику счета за лекарственные препараты, отпущенные бесплатно или со скидкой.

1.5. Структура тарифной ставки

Структурой тарифной ставки по страхованию лекарственного обеспечения изначально предусматривалась специальная доля расходов на проведение контроля качества лекарственной помощи и формирование резерва предупредительных мероприятий. Этот фонд должен был расходоваться на мероприятия по профилактике острых и обострений хронических заболеваний среди льготных категорий населения, а также проведение санитарно-просветительной работы среди населения в части предупреждения заболеваний, необходимости выполнения врачебных назначений и недопустимости бесконтрольного применения лекарственных средств; пропаганду здорового образа жизни.

Кроме этого, страховщик был обязан совместно с Департаментом здравоохранения Москвы, на основе страховой статистики осуществлять разработку стандартов медикаментозного лечения при заболеваниях, лечение которых осуществляется амбулаторно.

Следует отметить, что через месяц структура тарифной ставки была скорректирована путем исключения из нее средств, предусмотренных для проведения контроля качества лекарственной помощи и формирование резерва предупредительных мероприятий³.

1.6. Принципы и этапы реализации модели

Эксперимент по страхованию лекарственного обеспечения в г. Москве проводился следующим образом:

- Выписка льготных рецептов лицам, имеющим право на льготное лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении, проводилась во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Москвы, работающих в системе обязательного медицинского страхования;

- Пациенты могли получить лекарственные средства по льготным рецептам в любой из 468 аптечных организаций г. Москвы, участвующих в эксперименте;

- Регулярно, на основании данных о потреблении, утверждался перечень лекарственных средств и изделий медицинской техники, отпускаемых по льготным рецептам;

- Выписка лекарственных средств льготным категориям граждан производилась на двойных цветных модифицированных рецептурных бланках (ф. № 148-1/у-88) измененного дизайна, имеющих средства защиты от подделки, с дополнительно введенными реквизитами (серия и номер полиса ОМС, код диагноза, код льготной катего-

² Отпуск лекарственных средств по льготным рецептам в г. Москве имели право только муниципальные аптеки

³ Распоряжением Первого заместителя Премьера Правительства Москвы от 25 марта 1996 г. N344-РЗП «О внесении изменений и дополнений в распоряжение Первого заместителя Премьера Правительства Москвы от 23 февраля 1996 г. п 160-РЗП»

рии населения, штрих-кодами);

- Учет и контроль произошедших страховых случаев осуществлялся путем персонифицированного учета отпущенных лекарственных средств по льготным рецептам. Для этого страховыми компаниями МАКС и РОСНО были разработаны, сертифицированы и поставлены в аптеки соответствующие программные средства.

- Кроме того, было проведено обучение персонала аптек работе на компьютерах и оснащение аптек вычислительной техникой и сканерами штрих-кодов (всего в аптеки было поставлено 560 комплектов оборудования).

- Информационным центром Комитета фармации был разработан Единый городской классификатор лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Актуальная версия этого классификатора ежемесячно поставлялась в страховые компании МАКС и РОСНО для установки в аптеки города и использования при обработке данных об отпущенных лекарственных средствах;

- В результате совместной работы Комитета социальной защиты населения, Комитета здравоохранения, Московского городского фонда ОМС, страховых компаний МАКС и РОСНО было организовано проведение персонального учета 3,5 млн. жителей Москвы, относящихся к льготным группам населения.

- С целью совершенствования персонифицированного учета предоставления льгот по лекарственному обеспечению была разработана унифицированная система односторонней идентификации застрахованных, разработан дизайн и начала выдаваться застрахованным, имеющим льготы по лекарственному обеспечению, индивидуальная пластиковая карточка медицинского страхования - унифицированный носитель информации, содержащий уникальный идентификатор застрахованного.

- Формировалась единая база данных по Москве об отпущенных по льготным рецептам лекарственных средствах и изделий медицинского назначения (в 1996 г. персонифицированная база данных содержала электронные копии 22,9 млн. Обслуженных льготных рецептов). Это позволяло, формировать аналитические справки для предоставления руководителям Комитетов фармации и здравоохранения Москвы.

- Предприятия, организации и учреждения, осуществляющие поставку лекарственных средств и изделий медицинского назначения для государственных нужд, в том числе медикаментов, отпускаемых по льготным и бесплатным рецептам⁴, отбирались в результате проводимого Комитетом фармации конкурсного отбора. Это способствовало установлению во всех аптеках города, отпускающих лекарственные средства по льготным рецептам, одинаковых цен на одни и те же торговые наименования лекарственных средств.

1.7. Результаты внедрения модели

Несмотря на расширение контингента льготных категорий граждан в связи с принятием закона «О ветеранах»⁵, одним из результатов эксперимента являлось снижение годовых базовых темпов роста расходов на оплату льготных рецептов: этот показатель изменился с 519% роста в 1995 г. до 161% роста в 1996 г. и 100% роста в 1997 г.

Удалось выявить значительные необоснован-

ного отпуска лекарственных средств по рецептам иногородних лечебно-профилактических учреждений и по рецептам учреждений иного ведомственного подчинения, имеющих собственную систему финансирования лекарственного обеспечения (Тельнова, 2006).

При оценке результатов экспериментального страхования лекарственного обеспечения в г. Москве отмечалось, что в результате проведенного эксперимента в городе была создана глобальная система, позволяющая при помощи идентификации каждого пациента (пластиковой карты), и наличия лицевого счета и стандартов лечения точно прогнозировать необходимый жителям Москвы объем эффективной лекарственной помощи. Наличие объективной информации об отпущенных лекарственных средствах и ценах на них обеспечило реальную возможность формирования экономически обоснованного и прогнозируемого государственного заказа на лекарственное обеспечение москвичей по льготным и бесплатным рецептам.

Полученные в ходе эксперимента данные убедительно доказали социально-экономическую значимость проведенной работы, результаты которой позволили раскрыть возможности дальнейшего совершенствования системы лекарственного обеспечения льготного контингента населения (Тельнова, 2006).

Вместе с тем, следует отметить, что участники эксперимента, включая страховщиков, не оценили существенного влияния врачей поликлиник на формирование спроса на лекарственные средства, отпускаемые по льготным рецептам. Отсутствие экономических механизмов, предусматривающих мотивацию врачей к рациональному выписыванию лекарств, а также механизмов полноценного, действенного и независимого контроля и экспертизы назначенных и выписанных лекарственных средств в совокупности с ростом цен на лекарства и недостаточным финансированием в условиях инфляции и финансового кризиса привели к дефициту необходимых лекарственных средств.

В 1998 г. Правительством Москвы было принято решение завершить эксперимент по страхованию лекарственного обеспечения льготных категорий граждан⁶, и был осуществлен переход к административно-регулируемой системе льготного лекарственного обеспечения граждан.

Однако накопленный опыт решения многих проблем, важных для текущего этапа реформ, может быть использован для построения оптимальной модели лекарственного страхования.

3. Основные составляющие моделей лекарственного страхования — решения, приемлемые для России

Обобщение мирового и российского опыта страховых моделей лекарственного обеспечения позволяет предложить некоторые варианты решения для каждого из ключевых элементов системы — выбора категорий граждан, подлежащих государственной поддержке, формированию перечней лекарственных средств, вариантов компенсации затрат на эти лекарственные средства, а также способов управления системой лекарственного обеспечения.

Каждое из предложенных решений имеет свои достоинства и риски. Поэтому окончательный выбор в пользу того или иного варианта будет зависеть от политических

⁴ Распоряжение Премьера Правительства Москвы от 13 сентября 1996 г. N 858- РП «О порядке проведения тендера (конкурсного отбора), предприятий, организаций и учреждений, осуществляющих поставку лекарственных средств и изделий медицинского назначения для государственных нужд, лечебно - профилактических учреждений, в том числе медикаментов, отпускаемых по льготным и бесплатным рецептам, жизненно важных препаратов и препаратов обязательного ассортимента

⁵ Федеральный закон от 12.01.1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах»

⁶ Распоряжение Мэра Москвы от 29 октября 1998 г. N 1089-РМ «О мерах по обеспечению гарантированного отпуска лекарственных средств льготным категориям населения в 1998 году»

и экономических реалий, которые будут существовать в момент принятия окончательного решения о введении в России системы лекарственного страхования. 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.

1. ЛЬГОТНЫЕ КАТЕГОРИИ ГРАЖДАН

Мировой опыт

Франция	социальные льготники;
Германия	застрахованные на случай болезни;
Англия	пациенты государственной службы здравоохранения;
Испания	лица старше 65 лет;
Чехия	пациенты государственной службы здравоохранения;
Венгрия	малообеспеченные граждане и инвалиды;
Норвегия	лица старше 66 лет и больные определенными группами заболеваний.

Возможные решения в России

Вариант 1. Лица определенных возрастных групп и больные определенными группами заболеваний

Вариант 2. Все пациенты государственной службы здравоохранения

Достоинства решений

Вариант 1. Схема привычна и позволяет защитить социально уязвимые группы населения

Вариант 2. Схема позволяет более эффективно использовать страховые механизмы

Риски решений

Вариант 1. Наличие фактора «селекции рисков», зависимость результата от совершенства организации системы учета «свой-чужой» (получатели социальных преференций и прочее население).

Вариант 2. Отсутствие расчетных данных о потребных ресурсах, необходимость модификации существующей законодательной базы

2. ПЕРЕЧЕНЬ ЛЕКАРСТВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВОЗМЕЩЕНИЮ

Мировой опыт

Франция	предпочтение генерикам (до 54% списка). Компенсация только за лекарства, вошедшие в национальный список;
Англия	ограниченный перечень торговых наименований в общем списке (1500 наименований), и отдельные «негативные» списки, выписка которых определена специальными процедурами;
Чехия	формирование списка жизненно необходимых препаратов из лекарств национального производства;
Австралия	обязательное экономическое обоснование при включении лекарства в список, постоянное обновление списка

за счет более эффективных препаратов.

Возможные решения в России

- Формирование нескольких списков, дифференцированных по категориям получателей, видам заболеваний и категориям лекарственных средств.

- Наличие «негативных списков» препаратов, не подлежащих возмещению или возмещаемых только при определенных условиях.

- Замены лекарств в списках при наличии экономического обоснования

Достоинства решений

- Возможность более точного удовлетворения потребностей конкретных категорий пациентов.

- Транспарентность при формировании и модификации списков.

- Возможность более точного планирования затрат.

Риски решений

- Сложность организации системы мониторинга.

- Необходимость серьезной информационно-аналитической поддержки и создания независимой системы контроля за реализацией программы.

3. УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ СТОИМОСТИ ЛЕКАРСТВ ИЗ СПИСКА И МЕХАНИЗМЫ СОПЛАТЕЖЕЙ

Мировой опыт

Франция

государственная компенсация непосредственно аптекам (100% стоимости дорогостоящих лекарств, 65% стоимости обычных лекарств, 35% стоимости лекарств, не являющихся необходимыми). Недостающую сумму оплачивает пациент;

Германия

государственная компенсация рецептурных препаратов из списка по референтным ценам, пациент платит фиксированную сумму за рецепт плюс 100% расходов, превышающую референтную цену;

Англия

пациент платит за препараты из «негативного» списка плюс фиксированную сумму за рецепт;

Италия

три категории лекарств с разным уровнем возмещения (100%, 50% и 0%) в зависимости от категории списка;

Чехия

00% возмещение лекарств из списка жизненно необходимых и произведенных национальными производителями, доплата пациентами полностью или частично за прочие препараты;

Словения

расходы на препараты I группы компенсируются государством на 75%, из II группы — на 25%, из III группы — не компенсируются;

Финляндия

базовая компенсация — 50%, специальное возмещение — 75%, при длительном лечении — 100%;

Норвегия

компенсация за счет государственной системы страхования — 54% стоимости, 15% — из средств лечебного учреждения, 31% — из средств пациента.

Возможные решения в России

- Создание дифференцированных программ государственного возмещения расходов на лекарственные препараты в

МОДЕЛЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СТРАХОВАНИЯ С ФРАНШИЗОЙ

Рис. 3. Модель обязательного лекарственного страхования в системе ОМС

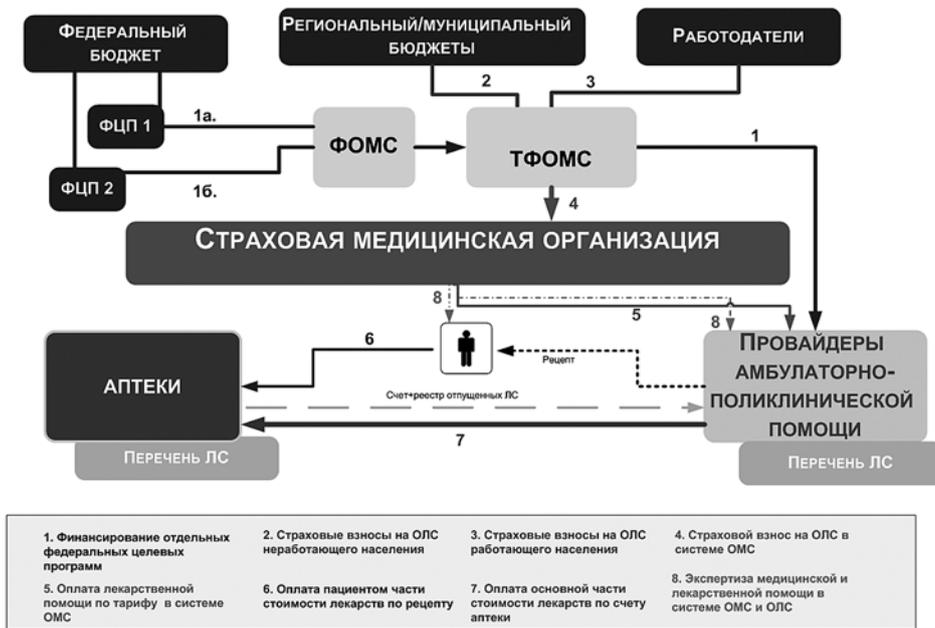


Рис. 4. Базовая схема модели лекарственного страхования



зависимости от социальной категории пациента, тяжести его заболевания, особенностей получаемого препарата.

- Дифференцированная система обязательного соучастия пациента в оплате лекарств.
- Частичная оплата расходов на лекарства за счет средств лечебных учреждений.

Достоинства решений

- Включение механизмов, повышающих рациональность расходования государственных ресурсов.
- Появление мотивации пациента и врача к назначению наиболее затратно-эффективных препаратов.

Риски решений

- Необходимость реформирования сложившейся системы организации лекарственного обеспечения на фоне неудачно созданной системы ДЛО.
- Необходимость разработки четкого и хорошо реализуемого плана действий.

4. УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ

Мировой опыт Франции

организации общественной безопасности организации социального страхования прямые возмещения из государственного бюджета система медицинского страхования специализированное Агентство по управлению фармацевтическим рынком система медицинского страхования система медико-социального страхования система медицинского страхования государственный совет по здравоохранению специализированная государственная корпорация страховые агентства концептуальных организационно-

Англия

Австралия

Новая Зеландия

Чехия

Венгрия

Словения

Норвегия

Швеция

Голландия

Описание

финансовых схем реализации предлагаемых моделей лекарственного страхования в России

Наиболее возможными организационно-финансовыми схемами реализации моделей лекарственного страхования в России являются следующие варианты.

• **Вариант 1.** Включение амбулаторно-поликлинического лекарственного обеспечения всех граждан в систему ОМС (рис. 3).

Существо предложений:

1. Федеральный бюджет осуществляет финансирование федеральных целевых программ предоставление лекарственного обеспечения больным тяжелыми хроническими заболеваниями. Указанные средства через Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС направляются провайдеру амбулаторно-поликлинической помощи, которые оплачивают аптекам лекарственные средства, отпущенные льготным контингентам – участникам целевых программ

2. Страхователями по обязательному лекарственному страхованию (ОЛС) являются региональные/муниципальные органы власти в части неработающего населения, работодатели в части работающего населения.

3. Страховые взносы на ОЛС аккумулируются в ТФОМС, который является ассоциированным страхователем ОЛС.

4. ТФОМС уплачивает страховщику страховые взносы по ОЛС с учетом подушевого норматива и численности застрахованных

5. Страховщик заключает с ТФОМС Договор обязательного лекарственного страхования и выдает застрахованному Страховой полис (страховую карточку).

6. Программа ОЛС, включающая Перечень лекарственных средств, доводится до провайдера амбулаторно-поликлинической помощи и до аптеки, с которыми заключаются Договоры на оказание лекарственной помощи застрахованным по Программам ОЛС.

7. Провайдер амбулаторно-поликлинической помощи заключает с аптекой Договор финансирования отпуска лекарственных средств, по которому обязуется от имени страховщика и за его счет оплачивать лекарственные средства, отпущенные застрахованным

8. Страховщик в соответствии с Договором на оказание лекарственной помощи по ОЛС авансирует провайдера амбулаторно-поликлинической помощи с учетом тарифов на оплату лекарственной помощи в системе ОМС и численностью прикрепленных застрахованных.

9. При обращении застрахованного за медицинской помощью провайдер амбулаторно-поликлинической помощи выписывает застрахованному рецепт в соответствии с программой ОЛС.

10. Застрахованный предъявляет в аптеке рецепт, страховой полис (страховую карточку), и оплачивает в аптеке часть стоимости лекарственных средств или франшизу.

11. Аптека формирует в электронном виде реестр отпущенных лекарственных средств, который вместе со счетом направляет соответствующему провайдеру амбулаторно-поликлинической помощи.

12. Провайдер после проверки поступивших документов на соответствие отпущенных лекарственных средств утвержденному перечню и по другим параметрам полностью или частично компенсирует затраты аптеки.

13. Страховщик проводит экспертизу лекарственной помощи, оказанной провайдером амбулаторно-

поликлинической помощи, и, в случае выявленных нарушений, связанных с некачественным оказанием лекарственной помощи, осуществляет финансовые санкции путем удержаний из платежей последующего периода.

14. Средства, сэкономленные провайдером амбулаторно-поликлинической помощи, при отсутствии претензий по качеству лекарственной помощи остаются в его распоряжении.

• **Вариант 2.** Создание специальной системы лекарственного страхования, функционирующей в рамках классических страховых схем (рис. 4).

Существо предложений:

1. Страхователями являются региональные/муниципальные органы власти в части неработающего населения, работодатели в части работающего населения, граждане.

2. Величина страхового взноса зависит от программы лекарственного страхования, включающей перечень лекарственных средств, выбранной страхователем. Программы лекарственного страхования могут предусматривать различные перечни лекарственных средств и различные размеры франшизы.

3. Страховщик заключает со страхователем Договор лекарственного страхования и выдает застрахованному Страховой полис (страховую карточку).

4. Программа лекарственного страхования доводится до провайдера амбулаторно-поликлинической помощи, с которым заключается Договор на оказание лекарственной помощи застрахованным по Программам лекарственного страхования.

5. Провайдер амбулаторно-поликлинической помощи выписывает застрахованному рецепт в соответствии с программой лекарственного страхования.

6. Застрахованный оплачивает в аптеке полную стоимость лекарственных средств или специальный купон именного ваучера, выдаваемого страховщиком при страховании, предъявляет рецепт (или его копию) с таксировкой и кассовый чек (копию купона) в страховую организацию.

7. Страховщик после проверки поступивших документов в соответствии с программой лекарственного страхования и условиями Договора страхования полностью или частично компенсирует затраты застрахованного на оплату лекарственных средств.

Анализ недостатков и преимуществ предлагаемых вариантов

Преимущества решений

Вариант 1.

- Наличие организационной схемы решения (медицинские страховые организации);
- Наличие развитой экспертного контроля;
- Возможность одновременного контроля госпитального и амбулаторного лекарственного обеспечения.

Вариант 2.

- Возможность использования реальных страховых принципов;
- Возможность создания гибкой системы соплатежей населения;
- Возможность выстраивания модели без одновременной модификации системы ОМС.

Недостатки решений

Вариант 1.

- Невозможность реализации реальных страховых принципов лекарственного обеспечения в рамках сложившейся системы ОМС;
- Введение системы серьезно осложнит модернизацию системы ОМС;
- Невозможность простого наложения системы лекарственного страхования на ОМС, так как система ОМС и сложившаяся система лекарственного обеспечения в ДЛО не полностью пересекаются в части субъектов и объектов страхования;
- Эффективность работы страховщиков в системе ОМС будет оказывать влияние на эффективность новой модели лекарственного страхования;
- Сложность одновременного администрирования разных по сути страховых рисков в системе ОМС и в страховании расходов на лекарственное обеспечение.

Вариант 2.

- Значительные требования к финансовой устойчивости страховщиков;
- Отсутствие реальной страховой статистики для рас-

чета страховых тарифов;

- Отсутствие эффективной системы регулирования ценообразования на фармрынке, делающая невозможным актуарные расчеты страховых резервов.

Общие недостатки для обоих вариантов

- Необходимость формирования дифференцированных базовых программ ОМС для пациентов различных возрастных групп и тяжести течения заболевания.
- Необходимость введения дифференцированной системы обязательных соплатежей населения (франшизы) при получении лекарственных средств.
- Необходимость включения возмещаемой стоимости лекарственных средств в состав дифференцированного тарифа на амбулаторно-поликлиническую помощь.
- Необходимость включения лечебных учреждений в число плательщиков аптечным предприятиям.
- Необходимость нормативной модификации существующей схемы лекарственного обеспечения;
- Негативные последствия неудачно реализованной модели ДЛО.
- Необходимость наличия политической воли для ре-

Таблица 1

Заболеваемость жителей разных возрастных групп в N-ом субъекте Российской Федерации

Наименование классов болезней	Дети (до 18 лет)	Взрослые трудоспособного возраста	Взрослые старше трудоспособного возраста
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	84,91	23,62	23,54
Новообразования	9,68	45,97	56,99
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	33,95	9,03	5,29
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	50,54	50,02	109,25
Психические расстройства и расстройства поведения	0,64	0,21	0,13
Болезни нервной системы	100,83	30,78	21,91
Болезни глаза и его придаточного аппарата	116,08	89,24	256,43
Болезни уха и сосцевидного отростка	39,49	26,84	63,94
Болезни системы кровообращения	25,61	155,84	857,99
Болезни органов дыхания	875,73	195,64	177,27
Болезни органов пищеварения	133,58	88,54	148,81
Болезни кожи и подкожной клетчатки	128,54	48,04	46,49
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	64,61	182,07	280,60
Болезни мочеполовой системы	61,77	140,76	113,38
Беременность, роды и послеродовый период	2,24	23,30	0,04
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	1,51	0,00	0,00
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	18,77	1,89	1,05
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	20,17	3,51	5,57
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов	109,00	87,46	73,17
Всего	1877,63	1202,77	2241,86

формирования сложившейся системы;

Анализ возможности введения механизмов соплатежей

Принципы установления объема соплатежей

При установлении объема соплатежа при страховании лекарственного обеспечения необходимо руководствоваться следующими принципами:

- размер соплатежа должен способствовать ограничению избыточного спроса на лекарственные средства;
- размер соплатежа не должен ограничивать для пациента финансовую доступность необходимых лекарственных средств;
- размер соплатежа не должен ухудшить лекарственное обеспечение больных, пользующихся льготами на получение лекарственных средств по программе дополнительного лекарственного обеспечения (инвалиды и участники Великой отечественной войны, , инвалиды детства, пациенты в рамках 7 высоко затратных нозологий, онкологические больные, больные диабетом и ряд других категорий).
- размер компенсируемой части стоимости препаратов должен способствовать привлекательности программ страхования лекарственного обеспечения в части снижения стоимости страхового полиса
- размер соплатежа должен учитывать особенности назначаемого препарата (генерик, бренд-генерик, инновационный брендовый препарат)
- размер соплатежа должен учитывать желание пациента на замену — компенсация сверх установленной референтной цены на выписанный препарат не производится
- компенсация на лекарства без рецепта не проводится
- конкретные размеры соплатежей могут быть рассчитаны при условии полной актуарной определенности в модели лекарственного страхования
- Возможные схемы соплатежей устанавливаются в зависимости от перечней лекарственных средств.

Примерный подход к установлению схемы соплатежей.

Перечни:

Список 1 (возмещение за счет общественных источников — 100%) — генерики + отечественные препараты + дорогостоящие и незаменимые медикаменты социально значимым группам;

Список 2 (возмещение за счет общественных источников — 50%) — импортные аналоги имеющихся отечественных препаратов;

Список 3 (возмещение за счет общественных источников — 20%) — оригинальные препараты.

Возможность адаптации моделей в зависимости от категорий населения, территорий, отдельных нозологий

Принципы адаптации к категориям населения.

При страховании лекарственного обеспечения адаптация модели страхования к особенностям контингентов застрахованных, территорий страхования и другим параметрам базируется на:

- Учете объема спроса на лекарственные средства различных контингентов населения;
- Учете объема спроса на лекарственные средства на различных территориях страхования;
- Рациональном построении Программы страхования ле-

карственного обеспечения (Списка лекарственных средств)

- Определении объема соплатежа различными контингентами населения

Учет указанных особенностей находит логическое отражение в величине тарифной ставки, особенностях Программы страхования и величине соплатежей населения.

Учет объема спроса на лекарственные средства различных контингентов населения

Формирование спроса на лекарственные средства у населения происходит под воздействием двух основных объективных факторов: факта заболевания застрахованного и факта назначения врачом лекарственной терапии для лечения данного заболевания.

Будем считать, что при обращении застрахованного к врачу по поводу заболевания ему во всех случаях будет назначено медикаментозное лечение.

Исходя из принципов расчетов тарифной ставки в медицинском страховании, основанных на учете вероятности возникновения страхового события (в нашем случае заболевания), можно использовать статистические данные о заболеваемости или о фактическом числе застрахованных, обратившихся к врачу по поводу различных заболеваний, отнесенных на тысячу застрахованных.

При этом необходимо учитывать, что уровень заболеваемости у различных возрастных групп, проживающих на одной территории страхования, будет различен, что связано с совокупностью различных факторов как медицинских, так и социальных (восприимчивость к заболеваниям, наличие хронических болезней, образ жизни, характер питания, характер труда и многие другие).

В таблице 1 приводятся данные заболеваемости (по классам болезней) жителей разных возрастных групп в N-ом субъекте Российской Федерации.

Из приведенной таблицы видно, что уровень заболеваемости (по обращаемости) самый высокий у лиц старше трудоспособного возраста и самый низкий у взрослых трудоспособного возраста.

Принципы адаптации к различным территориям

Как и в предыдущем случае, региональная адаптация программ и стоимости в системе лекарственного страхования производится на основе статистики заболеваемости.

Учет объема спроса на лекарственные средства различных территориях страхования

Из статистических данных⁷ видно, что в различных субъектах РФ регистрируется различный уровень заболеваемости (табл. 3).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что при адаптации моделей страхования на различных территориях страхования, необходимо учитывать территориальные особенности заболеваемости населения и даже при одинаковой программе страхования рассчитывать величину тарифной ставки для каждого региона отдельно.

В табл. 3 приведены данные о заболеваемости граждан одинаковых возрастных групп, проживающих в двух различных регионах.

Адаптация модели для отдельных нозологий

Отдельные нозологии требуют весьма дорогостоящего и совершенно определенного лечения (гемофилия, рассеянный склероз, болезнь Гоше и ряд других заболеваний).

⁷ Здравоохранение в России . 2007: Стат.сб./Росстат. — М., 2007, с. 73–75

Заболеваемость населения по некоторым субъектам Российской Федерации (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1000 человек населения)

Наименование субъекта Российской Федерации	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2006 г.
Курская область	586,2	600,9	633,2	633,6
Вологодская область	742,4	850,0	803,1	864,6
Краснодарский край	494,3	572,3	558,3	557,2
Чувашская республика	713,5	802,7	851,4	953,7
Свердловская область	655,8	684,6	711,1	720,1
Алтайский край	743,2	937,0	974,5	1014,4
Амурская область	499,2	576,6	645,6	684,2

Заболеваемость жителей разных возрастных групп в N-ом субъекте Российской Федерации

Наименование классов болезней	Дети (до 18 лет)		Взрослые трудоспособного возраста		Взрослые старше трудоспособного возраста	
	Регион N	Регион M	Регион N	Регион M	Регион N	Регион M
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	84,91	88,69	23,54	23,62	18,35	19,93
Новообразования	9,68	15,72	56,99	45,97	29,85	55,25
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	33,95	25,72	5,29	9,03	9,00	7,57
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	50,54	48,64	109,25	50,02	40,46	84,30
Психические расстройства и расстройства поведения	0,64	0,01	0,13	0,21	0,02	0,00
Болезни нервной системы	100,83	110,45	21,91	30,78	28,07	23,72
Болезни глаза и его придаточного аппарата	116,08	138,52	256,43	89,24	73,63	196,12
Болезни уха и сосцевидного отростка	39,49	67,01	63,94	26,84	22,11	48,97
Болезни системы кровообращения	25,61	47,42	857,99	155,84	105,08	632,48
Болезни органов дыхания	875,73	918,53	177,27	195,64	162,68	151,61
Болезни органов пищеварения	133,58	463,17	148,81	88,54	302,89	400,05
Болезни кожи и подкожной клетчатки	128,54	136,40	46,49	48,04	37,55	36,65
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	64,61	110,02	280,60	182,07	114,21	197,20
Болезни мочеполовой системы	61,77	95,35	113,38	140,76	120,54	102,61
Беременность, роды и послеродовый период	2,24	1,45	0,04	23,30	30,58	0,29
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	1,51	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	18,77	82,46	1,05	1,89	2,97	1,27
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	20,17	118,28	5,57	3,51	19,11	8,77
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов	109,00	139,20	73,17	87,46	83,62	69,12
Всего	1877,63	2607,56	2241,86	1202,77	1200,73	2035,91

Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями нервной системы

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях нервной системы (%)
Вальпроевая кислота*	4847	24,16	1150	18,58
Карбамазепин*	1799	8,97	590	9,53
Топирамат*	1378	6,87	208	3,36
Винпоцетин*	1358	6,77	1038	16,77
Пирибедил*	797	3,97	289	4,67
Леводopa + Бенсеразид	700	3,49	233	3,76
МНН не указано	481	2,40	386	6,23
Пирацетам*	469	2,34	391	6,32
Этилметилгидроксипиридина сукцинат	450	2,24	347	5,60
Пантогам	428	2,13	381	6,15
Бетагистин*	426	2,12	319	5,15
Леводopa + Карбидопа	411	2,05	159	2,57
Ламотриджин*	370	1,84	61	0,99
Фенобарбитал*	368	1,83	102	1,65
Тригексифенидил*	362	1,80	175	2,83
Бромдигидрохлорфенилбензолиазепин	325	1,62	267	4,31
Пентоксифиллин*	239	1,19	215	3,47
Альфа-Липоевая кислота	224	1,12	181	2,92
Бензобарбитал*	181	0,90	49	0,79
Интерферон бета-1a	177	0,88	39	0,63
Депротенинизированный гемодериват из телячей крови	158	0,79	128	2,07
Глицин*	153	0,76	138	2,23
Другие 242 МНН	3957	19,7	2930	47,3

Таблица 5

Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями глаза и его придаточного аппарата Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями глаза и его придаточного аппарата

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях глаз и его придаточного аппарата (%)
Тимолол*	23375	29,1	9112	36,6
Азапентацен	11670	14,6	7232	29,0
Цитохром С+Аденозин+Никотинамид	9787	12,2	6382	25,6
Пилокарпин	8776	10,9	3668	14,7
Таурин*	6542	8,2	4478	18,0
Бетаксоллол*	6284	7,8	2770	11,1
Другие 151 МНН	13761	17,2	9479	38,1

Включение лекарственных средств, необходимых для лечения больных этими заболеваниями, в общую систему лекарственного страхования представляется нецелесообразным. Возможно сохранение в отношении этих препаратов принципа специального администрирования в рамках федеральных целевых программ.

Расчет тарифов на страхование лекарственного обеспечения в рисковом модели

Реализация любой модели страхования лекарственного обеспечения должно сопровождаться необходимостью расчета тарифных ставок, т.е. определения цены страхового риска.

В страховании лекарственного обеспечения расчет тарифных ставок осложняется отсутствием необходимых статистических данных о стоимости медикаментозного лечения больных с различными диагнозами как в амбулаторных условиях, так и в стационарных условиях.

В настоящее время широко публикуются аналитические обзоры о состоянии фармацевтического рынка в

России, в которых, в основном, приводятся данные о статистике продаж лекарственных средств в натуральном и стоимостном выражении в привязке к производителям, о наиболее продаваемые лекарственные средства, лидерах производителей лекарственных средств и другие данные, характеризующие состояние и динамику фармрынка. Однако, в этих обзорах отсутствуют данные необходимые для проведения актуарных расчетов по страхованию лекарственного обеспечения.

В доступных нам публикациях, анализирующих дополнительное лекарственное обеспечение, таких данных также недостаточно.

В связи с изложенным для иллюстрации расчета тарифной ставки при страховании лекарственного обеспечения были использованы данные о стоимости лекарственных средств, отпущенных по программе ДЛО в 2007 г. по некоторым группам заболеваний (DSM Group, 2008), данные по выписке лекарственных средств по программе ДЛО более чем 100 тысяч лиц, имеющих право на дополнительное лекарственное обеспечение, а также данные обрабатываемости населения за амбулаторно-поликлинической

Таблица 6

Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями системы кровообращения

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных, (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях системы (%) кровообращения
Индапамид*	23282	8,0	12143	15,2
Винпоцетин*	18723	6,5	12491	15,6
Эналаприл*	18084	6,2	11478	14,3
Метопролол*	14616	5,0	9041	11,3
Ацетилсалициловая кислота	14376	5,0	9481	11,9
Изосорбида динитрат*	14240	4,9	8417	10,5
Нифедипин*	13781	4,8	8190	10,2
Эналаприлат*	12931	4,5	8347	10,4
Лизиноприл*	10479	3,6	6181	7,7
Эналаприл+Гидрохлортиазид	10377	3,6	6184	7,7
Периндоприл*	8498	2,9	4907	6,1
Триметазидин*	7161	2,5	4781	6,0
Атенолол*	6681	2,3	4265	5,3
Амлодипин*	6668	2,3	4171	5,2
Каптоприл*	6377	2,2	3822	4,8
Пирацетам*	6216	2,1	4818	6,0
Верапамил*	5074	1,8	3275	4,1
МНН не указано	4733	1,6	3387	4,2
Бетагистин*	3860	1,3	2631	3,3
Фозиноприл*	3794	1,3	2315	2,9
триметилгидразиния пропионат	3367	1,2	2729	3,4
Изосорбида мононитрат*	3185	1,1	2090	2,6
Спинолактон*	3176	1,1	2235	2,8
Калия и магния аспарагинат	3118	1,1	2449	3,1
Этилметилгидроксипиридина сукцинат	3036	1,0	2429	3,0
Дипиридамол*	2988	1,0	2318	2,9
Симвастатин*	2929	1,0	2013	2,5
Бисопролол*	2810	1,0	1894	2,4
Другие 404 МНН	55236	19,1	42303	52,9

Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями органов дыхания

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях органов дыхания (%)
Сальбутамол*	14674	11,5	6041	21,6
Беклометазон*	11212	8,8	4337	15,5
МНН не указано	10895	8,5	6558	23,5
Фенотерол*	8923	7,0	2888	10,3
Ипратропия бромид+фенотерол	8781	6,9	3368	12,1
Флутиказон*	6002	4,7	2559	9,2
Формотерол+будесонид	5632	4,4	2082	7,5
Амброксол*	4612	3,6	3806	13,6
Салметерол+Флутиказон	4095	3,2	1728	6,2
Кромоглицевоая кислота*	3308	2,6	1582	5,7
Теофиллин	3129	2,4	1572	5,6
Амоксициллин + клавулановая кислота	2925	2,3	2649	9,5
флутиказон+салметеролмультидиск	2261	1,8	894	3,2
Формотерол*	2007	1,6	803	2,9
Бромгексин*	1992	1,6	1755	6,3
Цетиризин*	1983	1,6	1221	4,4
Фенспирид*	1881	1,5	1619	5,8
Ацетилцистеин*	1861	1,5	1453	5,2
Недокромил* натрия	1827	1,4	887	3,2
Амоксициллин*	1734	1,4	1604	5,7
Будесонид*	1718	1,3	823	2,9
Аминофиллин*	1688	1,3	985	3,5
Другие 355 МНН	24766	19,4	19591	70,2

Таблица 8

Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями органов пищеварения

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях органов пищеварения (%)
Панкреатин	13071	37,8	8338	49,1
Дротаверин*	4705	13,6	3734	22,0
Омепразол*	2442	7,1	1924	11,3
Фосфолипиды эссенциальные	1740	5,0	1352	8,0
МНН не указано	1728	5,0	1307	7,7
Алгедрат + Магния гидроксид	1372	4,0	1068	6,3
Панкреатин + Желчи компоненты + Гемицеллюлаза	1327	3,8	1056	6,2
Силибинин*	1090	3,1	850	5,0
Ранитидин*	842	2,4	712	4,2
Другие 266 МНН	6289	18,2	5408	31,9

Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях кожи и подкожной клетчатки (%) кровообращения
Хлоропирамин*	379	11,5	324	17,3
МНН не указано	301	9,1	236	12,6
Цетиризин*	269	8,2	234	12,5
Медгидролин*	244	7,4	219	11,7
Флуоцинолона ацетонид*	208	6,3	190	10,1
Хифенадин*	198	6,0	179	9,5
Бетаметазон*	191	5,8	161	8,6
Метилпреднизолона ацепонат*	182	5,5	162	8,6
Лоратадин*	151	4,6	133	7,1
Клемастин*	113	3,4	105	5,6
Кетотифен*	73	2,2	64	3,4
Диметинден*	66	2,0	65	3,5
Бифидобактерии бифидум	54	1,6	49	2,6
Дезлоратадин	53	1,6	48	2,6
Панкреатин	53	1,6	44	2,3
Гидрокортизона* 17-бутират	48	1,5	41	2,2
Преднизолон*	47	1,4	29	1,5
Метилпреднизолон*	30	0,9	8	0,4
Другие 133 МНН	638	19,3	545	29,04

Таблица 10

Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями костно-мышечной системой и соединительной ткани

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани (%)
Диклофенак*	5662	16,8	4225	29,8
Кетопрофен*	4167	12,3	3159	22,3
Хондроитина сульфат	3556	10,5	2751	19,4
Нимесулид*	3053	9,0	2280	16,1
Мелоксикам*	2576	7,6	1830	12,9
кодеин +напроксен	1308	3,9	1003	7,1
Метилпреднизолон*	1193	3,5	477	3,4
Индометацин*	940	2,8	791	5,6
МНН не указано	842	2,5	639	4,5
Толперизон*	797	2,4	699	4,9
Ибупрофен*	796	2,4	698	4,9
Кеторолак*	714	2,1	645	4,6
Сульфасалазин*	550	1,6	217	1,5
Метотрексат*	536	1,6	293	2,1
Гидроксихлорохин*	483	1,4	189	1,3
Другие 275 МНН	6608	19,6	5246	37,0

помощью по одному из субъектов РФ. Эта информация позволила, по нашему мнению, проиллюстрировать процедуру расчета тарифной ставки по страхованию лекарственного обеспечения по условной программе лекарственного страхования при амбулаторном лечении.

Расчет тарифной ставки проводился по стандартной методике, принятой в страховании, с ограничениями, вызванными недостаточностью исходных данных.

В качестве программы страхования лекарственного обеспечения примем перечень лекарственных средств, утвержденных приказом Росздравнадзора от 02 октября 2006 г. №2240-Пр/06⁸ выписанных по программе ДЛО больным в части болезней:

- нервной системы (G00-G99),
- глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)
- системы кровообращения (I00-I99),
- органов дыхания (J00-J99),
- органов пищеварения (K00-K99)
- болезней кожи и подкожной клетчатки (L00-L99).
- костно-мышечной системой и соединительной ткани (M00-M99).

Анализ номенклатуры и объема выписываемых рассматриваемому контингенту лекарственных средств (по МНН) по указанным выше классам заболеваний, показал, что больным, имеющим право на бесплатное получение лекарственных средств по программе ДЛО по поводу болезней нервной системы выписываются лекарственные средства, относящиеся к 264 МНН. При этом из 20058 рецептов 80% выписанных рецептов приходился на лекарственные средства 22 МНН (табл. 4).

Более 80% рецептов, выписанных больным по поводу заболеваний глаза и его придаточного аппарата приходилось на лекарственные средства, относящиеся к 6 МНН (табл. 5).

На остальные лекарственные средства (151 МНН) приходилось 17,2% выписанных рецептов.

Больше всего разнообразных лекарственных средств (432 МНН) было назначено больным с заболеваниями системы кровообращения. При этом на 28 МНН приходилось почти 81% выписанных рецептов (табл. 6).

Аналогичная картина наблюдалась при выписке лекарственных средств, больным с заболеваниями, относящимися к другим классам болезней.

Так, 80% рецептов, выписанных больным с заболеваниями органов дыхания, приходилось на 22 МНН из 377 (табл. 7), с заболеваниями органов пищеварения – на 9 МНН из 275 (табл. 8), с болезнями кожи и подкожной клетчатки – на 18 МНН из 151 (табл. 9), с заболеваниями костно-мышечной системой и соединительной ткани – на 15 МНН из 290 (табл. 10).

Из представленного материала следует, что при разработке реальных программ страхования лекарственного обеспечения необходим тщательный отбор лекарственных средств в Перечень, основанный на их фармако-терапевтических свойствах и доказанной эффективности, а также отвечающих требованиям оптимизации стоимости курсового лечения при различных заболеваниях.

Страховым случаем в нашем примере будем считать обращение застрахованного за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение или в поли-

клиническое отделение больницы по поводу заболеваний нервной системы, болезней глаза и его придаточного аппарата, системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, болезней кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системой и соединительной ткани., при котором по рецепту врача в аптеке застрахованным получены (приобретены) лекарственные средства, указанные в программе страхования (перечне лекарственных средств).

Частота обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения по перечисленным выше причинам представлена в таблице 11.

Из представленного материала следует, что при разработке реальных программ страхования лекарственного обеспечения необходим тщательный отбор лекарственных средств в Перечень, основанный на их фармако-терапевтических свойствах и доказанной эффективности, а также отвечающих требованиям оптимизации стоимости курсового лечения при различных заболеваниях.

Страховым случаем в нашем примере будем считать обращение застрахованного за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение или в поликлиническое отделение больницы по поводу заболеваний нервной системы, болезней глаза и его придаточного аппарата, системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, болезней кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системой и соединительной ткани., при котором по рецепту врача в аптеке застрахованным получены (приобретены) лекарственные средства, указанные в программе страхования (перечне лекарственных средств).

Частота обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения по перечисленным выше причинам представлена в таблице 11.

Согласно формуле:

$$p = [1 - (1 - p_1) * (1 - p_2) * \dots * (1 - p_k)],$$

где

p – вероятность наступления страхового случая,

p_1, p_2, \dots, p_k – вероятности обращения за медицинской помощью для каждого класса болезней, предусмотренных условиями страхования,

находим вероятность наступления страхового случая, т.е. обращения за амбулаторно-поликлинической помощью:

$$p = [1 - (1 - 0,0225) * (1 - 0,039) * (1 - 0,302) * (1 - 0,2748) * (1 - 0,0269) * (1 - 0,0487) * (1 - 0,0361)]$$

$$p = 1 - 0,42428758 = 0,58$$

Далее необходимо рассчитать убыточность страховой суммы, т.е. отношения среднего возмещения к средней страховой сумме. В связи с тем, что в настоящее время отсутствуют опубликованные фактические данные по проведению страховых операций по страхованию лекарственного обеспечения, в соответствии с рекомендациями Методики расчета тарифных ставок по рисковому виду страхования (Росстрахнадзор, от 05.07.1993 № 02-03-36) отношение средней выплаты к средней страховой сумме примем не ниже 0,3 (при страховании от несчастных случаев и болезней, в медицинском страховании).

Согласно формуле

⁸ Приказ Росздравнадзора от 02.10.2006 г. № 2240-Пр/06 «О государственной регистрации предельных отпускных цен производителей на лекарственные средства (по торговым наименованиям), отпускаемые по рецепту врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи»

Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями костно-мышечной системой и соединительной ткани

Классы болезней по МКБ-Х	Число обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения (на 1000 населения)
Болезни нервной системы	22,5
Болезни глаза и его придаточного аппарата	39
Болезни системы кровообращения	302
Болезни органов дыхания	274,8
Болезни органов пищеварения	26,9
Болезни кожи и подкожной клетчатки	48,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	36,1

Таблица 12

Изменение величины брутто-ставки в зависимости от величины убыточности и числа договоров страхования

Величина убыточности	Число договоров страхования					
	1000	5000	10000	25000	50000	100000
убыточность 0,3	22,90	22,3	22,10	22,00	21,90	21,90
убыточность 0,4	30,50	29,70	29,50	29,30	29,20	29,10
убыточность 0,5	38,20	37,10	36,90	36,60	36,50	36,40
убыточность 0,6	45,80	44,50	44,20	44,00	43,80	43,70
убыточность 0,7	53,40	52,00	51,60	51,30	51,10	51,00
убыточность 0,8	61,10	59,40	59,00	58,60	58,40	58,30

Таблица 13

Изменение величины страховой премии в зависимости от величины убыточности и числа договоров страхования при страховой сумме 20 тыс. рублей

Величина убыточности	Число договоров страхования					
	1000	5000	10000	25000	50000	100000
убыточность 0,3	4580	4460	4420	4400	4380	4380
убыточность 0,4	6100	5940	5900	5860	5840	5820
убыточность 0,5	7640	7420	7380	7320	7300	7280
убыточность 0,6	9160	8900	8840	8800	8760	8740
убыточность 0,7	10680	10400	10320	10260	10220	10200
убыточность 0,8	12220	11880	11800	11720	11680	11660

Таблица 14

Адаптация тарифов в зависимости от возраста

Застрахованные	Брутто-ставка	Премия при страховой сумме 10 тыс. руб.
Дети до 18	59,154	5915,4
Взрослые трудоспособного возраста	41,965	4196,5
Взрослые старше трудоспособного	60,440	6044

Таблица 15

Адаптация тарифов в зависимости от региона проживания

Застрахованные	Брутто-ставка		Премия при страховой сумме 10 тыс. руб.		Сальдо N – M
	Регион N	Регион M	Регион N	Регион M	
Дети до 18	59,154	61,440	5915,4	6144,0	-228,6
Взрослые трудоспособного возраста	41,965	42,401	4196,5	4240,1	-43,6
Взрослые старше трудоспособного	60,440	57,305	6044	5730,5	313,5

$H_o = 100 \cdot V / C \cdot p$, где
 H_o – основная часть нетто-ставки
 V – среднее возмещение, ед.;
 C – средняя страховая сумма, ед.

рассчитаем основную часть нетто-ставки:
 $H_o = 100 \cdot 0,3 \cdot 0,58 = 17,4$ ед.

Рисковую надбавку рассчитаем по формуле

$$H_p = 1,2 \cdot H_o \cdot \alpha(\gamma) \cdot \sqrt{(1-p)/(n \cdot p)}$$

где

H_p – рискованная надбавка,

H_o – основная часть нетто-ставки,

$\alpha(\gamma)$ – гарантия безопасности, определяемая для 95% значения вероятности как 1,645,

p – вероятность наступления страхового случая,

n – прогнозируемое число договоров страхования (1000 договоров).

$$H_p = 1,2 \cdot 17,4 \cdot 1,645 \cdot 0,0269 = 0,924$$

Тогда нетто-ставка ($H_{ст}$) будет равна сумме основной нетто-ставки (H_o) и рискованной надбавке (H_p):

$$H_{ст} = 17,4 + 0,924 = 18,3 \text{ ед.}$$

Производим расчет совокупной брутто-ставки, которая рассчитывается по формуле:

$$B_{ст} = H_{ст} / (100 - n),$$

где

$B_{ст}$ – брутто-ставка, ед.;

$H_{ст}$ – нетто-ставка, ед.;

n – нагрузка, %.

$$B_{ст} = 18,3 / (100 - 2) = 22,9 \text{ ед.}$$

Поскольку в отсутствие статистических данных о страховых операциях по этому виду страхования была рассчитана возможная величина брутто-ставки при различных показателях убыточности. (рис. 5).

Другими словами, при страховой сумме, равной 20 тыс. руб., величина страховой премии в зависимости от уровня убыточности будет колебаться от 4380 до 12220 руб.

Величина брутто-ставки и соответственно размер страховой премии зависят также от числа планируемых договоров страхования (табл. 12 и 13).

Оценивая полученные результаты, необходимо учитывать, что использовались данные о выписке лекарственных средств ограниченному контингенту лиц по программе ДЛО, а также данных о расходах на отпуск лекарственных средств по программе ДЛО по отдельным группам заболеваний. Эти данные сложились в результате несомненного влияния повышенного уровня спроса и потребления лекарственных средств лицами, оставшимися в 2007 г. в программе ДЛО.

По данным страховой медицинской компании «Солидарность для жизни»⁹ при корпоративном страховании добровольного медицинского страхования расходов на лекарственное обеспечение, охватывающего существенно более здоровый контингент застрахованных, чем лица, входящие в программу ДЛО, при страховой сумме в 38 тыс.

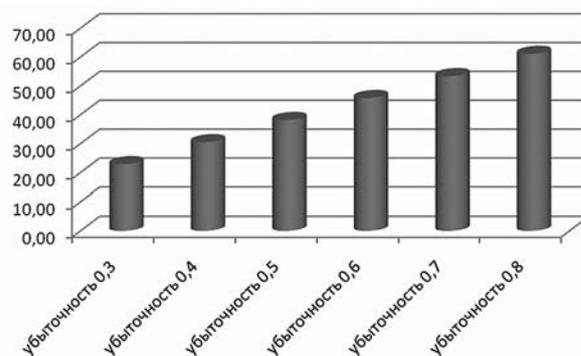


Рис. 5. Величина брутто-ставки при различных показателях убыточности

рублей, франшизе на различные группы лекарственных средств в размере 50–90%, величина страхового взноса при массовой продаже составила 980 рублей в год

Адаптация тарифов в зависимости от возраста

Для иллюстрации была рассчитана величина тарифной ставки при страховании лекарственного обеспечения для трех групп населения различного возраста. Расчеты проводились по формулам, приведенным в отчете по первому этапу настоящего исследования в разделе «Методические рекомендации по формированию страхового тарифа». При расчетах учитывались данные о заболеваемости по классам болезней, выделенными в табл. 1 полужирным курсивом. Страховая сумма была принята равной 10 тыс. рублей, убыточность – 0,5, нагрузка – 0,2, ожидаемое число договоров страхования – 10 тысяч. Результаты расчетов представлены в таблица 14.

Адаптация тарифов в зависимости от региона

Результаты расчета величины тарифной ставки по различным регионам страхования по тем же трем группам населения различного возраста приведены в таблице 15. При расчетах также как и приведенных выше учитывались данные о заболеваемости по классам болезней. Страховая сумма была принята равной 10 тыс. рублей, убыточность – 0,5, нагрузка – 0,2, ожидаемое число договоров страхования – 10 тысяч.

Из данных, приведенных в табл. 15 видно как различия в заболеваемости отражаются на величине тарифной ставки, рассчитанной при прочих одинаковых условиях.

Таким образом, приведенные технологические решения для моделей лекарственного страхования в России позволяют говорить о принципиальной реализуемости этого прогрессивного способа обеспечения населения лекарственными средствами.

Литература

1. Мелик-Гусейнов Д. (2008) INPHARMACIA. Фармэксперт № 7–8 2008
2. Тельнова Е.А. (2006) Система льготного лекарственного обеспечения населения России. – Москва, 2006, Изд. дом «Огонек», с. 10
3. ФФОМС (2008) Концепция лекарственного страхования. www.ffoms.ru

⁹ Берестов Л.А. Добровольное медицинское страхование расходов на лекарственное обеспечение. Презентация на семинаре в ГУ-ВШЭ, Москва, 18.04.2008 г.