

19. Сенокосова, О. В. Занятость инвалидов: формы и перспективы развития в российской экономике : дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / О. В. Сенокосова. – Саратов, 2007. – 224 с.
20. Собченко, О. В. Некоторые правовые проблемы занятости населения в Российской Федерации : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.05 / О. В. Собченко. – М., 2005. – 171 с.
21. Фидиркин, А. В. Социальный маркетинг и стратегия интеграции инвалидов в общество : дис. ... д-ра социолог. наук : 22.00.08 / А. В. Фидиркин. – Новосибирск, 2002. – 290 с.
22. Фурсов, С. А. Государственная политика Российской Федерации в области социальной интеграции инвалидов: политологический аспект : автореф. дис. ... канд. политол. наук / С. А. Фурсов. – М., 2011. – 37 с.
23. Храпылина, Л. П. Профессиональная реабилитация и трудоустройство инвалидов в условиях перехода к рыночным отношениям : дис. ... д-ра экон. наук : 08.00.07 / Л. П. Храпылина. – М., 1994. – 363 с.

УДК 34:61

**ПРИНЦИП ДОСТУПНОСТИ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**
**The Principle of Medicines Accessibility
during Out-Patient Treatment**

М. В. Подвязникова – преподаватель кафедры трудового права Омской юридической академии

M. V. Podvyaznikova – Teacher of the Labor Law Department of the Omsk Law Academy



Аннотация. В статье анализируется принцип доступности лекарственных средств, рассматривается опыт применения и модели лекарственного страхования.

The article deals with the analysis of the principle of the accessibility to medicines. The application experience and the models of medicine insurance are considered.

Ключевые слова: лекарственная помощь, медицинская помощь, принцип доступности.

Medicine assistance, medical aid, the principle of accessibility.

Лекарственная помощь является важнейшим элементом медицинской помощи, поэтому принципы, на которых она оказывается, входят в систему принципов охраны здоровья и медицинской помощи. Такая помощь оказывается на основе принципов адресности, ответственности органов государственной власти за обеспече-

ние прав граждан в сфере охраны здоровья, доступности и качества.

Принцип доступности является основным при реализации права граждан на медикаменты. В подтверждение можно привести мнение В. С. Андреева, который подчеркивал, что «право на общедоступную квалифицированную по-

мощь в известной мере охватывает также лекарственную помощь, ибо граждане СССР приобретают лекарства, как правило, по ценам ниже их стоимости, а иногда и бесплатно. Постепенный переход к бесплатной лекарственной помощи всем гражданам будет означать дальнейшее развитие права на бесплатную общедоступную и квалифицированную медицинскую помощь» [1, с. 283].

Рассмотрим реализацию принципа доступности лекарственной помощи в современный период. Лекарственное обеспечение, являясь обязательным элементом медицинской помощи, сопутствует последней, в каких бы условиях она ни оказывалась (вне медицинской организации, амбулаторно, стационарно, в дневном стационаре). При получении медицинской помощи в стационаре пациенты имеют право на лечение необходимыми и бесплатными лекарственными средствами, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. При амбулаторном оказании медицинской помощи лекарственное обеспечение осуществляется только в отношении определенных категорий граждан. Говорить о доступности лекарственных средств на амбулаторном этапе можно только в том случае, когда гражданин имеет реальную возможность получить бесплатно или приобрести за счет личных средств и использовать необходимый лекарственный препарат.

Действующее законодательство предусматривает, что предоставление необходимых лекарственных средств по рецептам врача осуществляется за счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации. За счет ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение предоставления бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура субвенций для обеспечения лекарственными препаратами лиц, страдающих отдельными видами заболеваний (гемофилия, муковисцидоз, гипофизарный низм, болезнь Гоше и т. д.), а также для оказания определенным категориям граждан государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг [6].

Из бюджетов субъектов Российской Федерации, в соответствии со ст. 16 Закона об основах охраны здоровья и Программой государствен-

ных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год, осуществляется лекарственное обеспечение следующих категорий пациентов: 1) лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями; 2) определенных групп населения по рецептам врача (пенсионеры, инвалиды I группы, дети до 3 лет); 3) лиц, страдающих отдельными категориями заболеваний по рецептам врача (СПИД, ВИЧ, туберкулез, психические расстройства) [6].

Все остальные граждане, получая лечение в амбулаторных условиях, приобретают медикаменты за счет личных средств. По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (далее – ВЦИОМ), лишь 14 % жителей нашей страны имеют льготы на приобретение лекарств, при этом 6 % из них покупают препараты за полную стоимость. Это связано, прежде всего, со сложностью процесса льготного лекарственного обеспечения (27 % респондентов), отсутствием лекарств данной категории в наличии (26 % респондентов), низкой эффективностью препаратов, предоставляемых по льготам (39 % респондентов). Более 81 % опрошенных иногда приобретают фармацевтические препараты, а более трети россиян (38 %) часто или постоянно обращаются в аптеки [7]. Однако граждане, имеющие низкий и средний доходы, не могут за счет собственных средств приобретать необходимые назначенные врачом лекарственные средства в силу их высокой стоимости. В результате ВЦИОМ представляет данные о том, что каждый пятый россиянин (19 %) сталкивается с ситуацией, когда он не может купить необходимое лекарство [7].

Программа обязательного медицинского страхования не позволяет компенсировать социально-рисковую ситуацию, связанную с необходимостью лечения. Один из факторов, обуславливающих невозможность предоставления медицинской помощи надлежащего объема и качества, связан с тем, что лекарства не гарантированы государством [8, с. 324]. Как следствие, может снижаться эффективность наиболее затратной для государства медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях¹. Так, после стационарного лечения для полного восстановления здоровья пациента, как правило, лечащий врач назначает ему ряд лекарственных препара-

¹ На 1 случай госпитализации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов выделяется 61 732, 8 руб., за счет средств обязательного медицинского страхования – 19 182, 2 руб.

тов. Если гражданин отказывается от приобретения медикаментов по какой-то причине, в том числе в силу их высокой стоимости, это может привести к ухудшению состояния его здоровья, скорому рецидиву и госпитализации в медицинское учреждение. Таким образом, принцип доступности лекарственных средств важен не только для населения, но и для государства в целом.

Однако он не реализуется в полной мере ни в отношении всего населения, ни даже в отношении льготных категорий граждан. В связи с этим часто высказываются мнения о необходимости введения в Российской Федерации лекарственного страхования, призванного гарантировать право на получение медикаментов всем гражданам, а не определенным категориям населения. Реформа должна устранить разницу в возможности доступа к современной качественной медицинской помощи, инновационным лекарственным препаратам [4]. Различные модели лекарственного страхования уже давно и успешно функционируют в странах Европы, США.

Приведем несколько примеров. В рамках лекарственного страхования пациент приобретает право на получение медикамента только по рецепту врача. Этот принцип препятствует развитию самолечения и способствует своевременному обращению к специалисту. Однако помощь врача должна быть доступной для населения с организационной и экономической точек зрения. Необходимо создать такие условия, чтобы работающий гражданин при необходимости в кратчайшие сроки мог получить бесплатный талон к специалисту, который бы и назначил ему лечение. Выписывание лекарственного препарата врачом должно производиться по медицинским показаниям и при этом рационально, то есть исходя из экономических соображений. Для этого во многих странах вводится система референтных цен на определенные группы медикаментов. Если пациент желает получить лекарство, которое стоит дороже референтной цены² и отличается не эффективностью, а потребительскими свойствами, за это он должен доплатить сам (к примеру, не таблетированная форма лекарства, а капсула). Подобная си-

стема существует в Германии. Пациент никогда не доплачивает более 10 евро за упаковку медикамента, а сумма его общих расходов на медикаменты в год не должна превышать 2 % его годового дохода до уплаты налогов. Лекарственному страхованию подлежат в Германии лица, имеющие доход менее 10 600 евро в год – для одиноких, 14 400 евро в год – для пар [3].

Для обеспечения рационального назначения лекарственных препаратов государствами создаются «позитивные» списки, куда включаются более дешевые воспроизведенные препараты (дженерики) вместо дорогих оригинальных лекарств (Италия) или «черные» формуляры, то есть медикаменты, которые никогда не оплачиваются в рамках лекарственного страхования (Германия, Великобритания, Швеция) [5, с. 21–22].

В Концепции лекарственного страхования, представленной 24 марта 2008 г. Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, разработанной Институтом экономики здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики», представлены организационные схемы лекарственного страхования в нашей стране, в соответствии с которыми предлагается включить систему лекарственного возмещения при амбулаторном лечении в территориальные программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). В данном случае возможны четыре организационные схемы, в зависимости от того, кто будет производить расчеты с аптечной организацией: 1) территориальный фонд ОМС; 2) страховая компания; 3) лечебное учреждение; 4) сам застрахованный.

Обобщенно, на практике предлагается реализовывать лекарственное страхование следующим образом: пациент обращается к врачу, который выписывает ему рецепт, с ним застрахованный гражданин идет в аптечную организацию³. Аптека производит отпуск назначенного врачом медикамента из собственного товарного запаса, причем оплата его осуществляется на принципе паритетного финансирования, при котором предлагается ввести правило о том, что 50 % стоимости медикамента оплачивает пациент, а 50 % – территориальный фонд ОМС. Однако это соотноше-

² Референтная цена – это индикатор, отражающий фактически существующие цены на внутреннем и внешних рынках [2].

³ Право на отпуск лекарственных средств в системе лекарственного страхования будут иметь аптечные организации вне зависимости от ведомственной подчиненности и организационно-правовой формы, наделенные специальной правоспособностью в части розничного отпуска лекарственных средств гражданам, присоединившимся к публичному договору лекарственного обеспечения застрахованных граждан.

ние может меняться. В течение 3 дней аптечное учреждение формирует отчет о фактически отпущенном лекарственном средстве и выставляет территориальному фонду ОМС счет на 50 %-ную доплату стоимости медикаментов [5].

Безусловно, имея существенные преимущества, система лекарственного страхования не лишена недостатков: высокий уровень административно-хозяйственных расходов, т. е. значительные средства отводятся на документооборот и информатизацию; возможность получения лекарства только по рецепту, выданному в медицинском учреждении; длительный период ожидания талона к врачу, очереди, неудобный график работы поликлиник – все это будет препятствовать развитию лекарственного страхования, соответственно, и реализации принципа доступности лекарственной помощи.

Доступность современной фармакотерапии при оказании медицинской помощи является важнейшим фактором, оказывающим влияние на ее качество и эффективность. Введение всеобщего лекарственного страхования в Российской Федерации обеспечит равный доступ граждан к современным медикаментам, будет способствовать отказу от самолечения и своевременному обращению пациентов к врачу. Однако надлежащее функционирование такого механизма возможно лишь при условии его доработки. Введение лекарственного страхования должно способствовать более быстрому выздоровлению больного, предупреждать распространение инфекций, снизить нагрузку на стационарное звено здравоохранения. Таким образом, в лекарственном страховании должны быть заинтересованы не только пациенты, но и государство в целом.

Библиографический список

1. Андреев, В. С. Право социального обеспечения в СССР : учеб. / В. С. Андреев. – М. : Юрид. лит., 1974. – 304 с.
2. Батенёва, Т. Цены на лекарства изменятся [Электронный ресурс] / Т. Батенёва. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2012/06/26/lekarstva.html> (дата обращения: 24.01.2014).
3. Гацан, В. В. Международный опыт организации лекарственного страхования / В. В. Гацан // Новая аптека. – 2009. – № 7. – С. 19–23.
4. Данилов, И. Лекарственное страхование решит проблему низкой доступности дорогих лекарств [Электронный ресурс] / И. Данилов. – Режим доступа: http://zdravamir.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=475:2012-06-13-06-10-37&catid=12:2010-11-17-16-13-13&Itemid=1 (дата обращения: 07.01.2014).
5. Концепция лекарственного страхования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/newsletters/periods/2008/april/21042008/Лекарственное%20страхование.doc> (дата обращения: 13.01.2014).
6. Подвязникова, М. В. Правовое регулирование бесплатной лекарственной помощи в Российской Федерации / М. В. Подвязникова // Вестн. Ом. юрид. акад. – 2013. – № 1. – С. 44–47.
7. Покупаем лекарства: мониторинг поведения российских потребителей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=114513> (дата обращения: 7.01.2014).
8. Федорова, М. Ю. Теоретические проблемы правового регулирования социального страхования : моногр. / М. Ю. Федорова. – Омск : Изд-во Ом. гос. ун-та, 2003. – 382 с.