Лекарственное обеспечение и лекарственное страхование: перспективы развития
ГУ-ВШЭ 18 апреля 2008 г.

ЯСИН Е.Г.- Научный руководитель Государственного университета – Высшей школой экономики.

Прошу внимания, прошу присаживаться. Начинаем наш семинар. Сегодня у нас такая удача – Дмитрий Владимирович Рейхарт согласился быть у нас докладчиком по проблемам лекарственного страхования. Не могу сказать, что я знаю, что это такое, но интересно. Поэтому я сейчас не буду ничего говорить, я потом буду задавать вопросы и интересоваться, а сейчас я хочу предоставить слово Дмитрию Владимировичу и прошу быть внимательными.

Рейхарт Д.В. – Директор Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Большое спасибо. Глубокоуважаемый Евгений Григорьевич, глубокоуважаемые участники семинара. Для меня и моих коллег из Федерального фонда большая честь участвовать в сегодняшнем событии, в обсуждении в таком составе. Для нас этот формат несколько новый, но мы очень рады присоединиться к постоянно действующему семинару, и надеюсь, что наша встреча в таком формате далеко не последняя. Это лишь начало, старт дискуссии по данному вопросу. Хочу сказать, что сегодня Федеральный фонд представит свое видение проекта концепции лекарственного страхования. Это пока проект, поэтому то, что я буду говорить сегодня, не является официальной позицией Правительства или Министерства здравоохранения и социального развития. Это то, что мы предлагаем в качестве платформы для обсуждения и для последующей имплементации. Именно это я хотел подчеркнуть в самом начале.

Надо сказать, что вопросы лекарственного обеспечения очень давно будоражат умы общества и мыслителей. Еще 2000 лет тому назад Римский философ Корнелий Цельс говорил о том, что «болезнь лечится не красноречием, а лекарствами». С тех пор прошло достаточно много времени, но вопрос по-прежнему является чрезвычайно актуальным в плане доступности лекарственных средств для широких слоев нашего населения. Бывший премьер-министр Норвегии и руководитель Всемирной Организации Здравоохранения отмечала, что в начале XX века широко доступно было только одно современное лекарственное средство – аспирин. Последующие десятилетия были отмечены значительными достижениями в разработке эффективных препаратов различных клинико-фармакологических групп, но к началу 70-х годов половина человечества, как бы продолжала жить еще в конце IXX века. А что же на современном этапе у нас в России?

Я позволил себе привести данные по потреблению лекарственных средств за 2004 год. Я сделал это осознанно, для того, чтобы вернутся на этап, когда еще не была реализована программа дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан (ДЛО). Итак, мы видим, что реальное потребление лекарственных средств в 2004 году в нашей стране было более чем в 6 раз ниже, чем в экономически развитых странах Европы. А если сравнивать со странами с наиболее высоким потреблением, то эта разница была около порядка. Если мы посмотрим на динамику развития фармацевтического рынка страны за последние годы, то увидим, что был достаточно серьезный рост потребления в стоимостном выражении. Особенно этот рост был заметен в 2006 году. Однако, в последнее время он несколько сократился. Если мы сравним 2007 год с предыдущим периодом, то увидим, что рост оказался меньше уровня инфляции. Рост потребления был около 6,5%, при этом инфляция, по официальным оценкам, превысила этот предел.

Несколько слов о программе ДЛО. Неудивительно, что с учетом цифр 2004 года государство озаботилось, что лекарства необходимы в первую очередь тем, кто наиболее нуждается в лечении. Это те категории граждан, которые принято называть декретированными, которые нуждаются в социальной защите, в мерах социальной поддержки. Поэтому была инициирована, в дальнейшем реализована и продолжает реализовываться программа ДЛО. Посмотрим на контингент, на численность граждан, которые участвуют в этой программе. По данным 2005 года - это было более 14 миллионов человек, а на лекарственные средства было потрачено чуть более 42 миллиардов рублей. Посмотрим динамику потребления. Мы видим, что затраты растут, а количество потребителей существенно снижается. В текущем году – это 5,7 миллионов человек. Я бы хотел вернуться к количественной оценке потребления лекарственных средств. На слайде видна динамика потребления в упаковках лекарственных средств. Здесь несколько иная картина, если бы мы говорили о денежном выражении. Анализируя данный слайд, очевидно, что и за последние годы не произошло увеличения доступности лекарственных средств. Напротив, даже можно говорить о некотором снижении количества потребляемых упаковок.

Конечно, можно более детально проанализировать и сказать, что возможно стали потреблять более дорогие препараты, более эффективные. Это не тема сегодняшнего выступления, поэтому я не буду на этом останавливаться подробно. Замечу, что это лишь отчасти так. Я уверенно могу сказать, что реальное потребление медикаментов в стране и, соответственно, доступность лекарственных препаратов для населения не увеличивается. Программа ДЛО, конечно, оказала влияние на потребление лекарственных средств, особенно теми категориями граждан, о которых я говорил.

Преимущественно это инвалиды, иные федеральные льготники. Но вместе с тем, эта программа задумывалась Правительством, Министерством здравоохранения и социального развития, как программа, рассчитанная на достаточно широкий круг участников, примерно 10% населения страны. Сегодня же эта программа, несмотря на усилие тех структур, которые ее администрируют, поэтапно превращается в целевую программу. Я бы сказал, в социальную программу, которая затрагивает жизненно важные интересы, по нашим оценкам, 2,3 миллиона человек, нуждающихся в дорогостоящей лекарственной терапии. Эта цифра мотивирована и обоснована тем, что именно такое количество граждан потребляют лекарственных препаратов в 2 и более раза больше, чем существующий подушевой норматив финансирования, установленный сегодня законодательством для одного федерального льготника.

На следующим слайде иллюстрируется влияние программы ДЛО на количественную оценку потребления лекарственных средств уже в упаковках. Мы видим, что за три последних года, 2005-2007, это влияние, к сожалению, снижается. Мы видим, что лишь небольшое потребление упаковок связано с программой ДЛО, если сравнить с общим объемом потребления лекарственных средств.

Таким образом, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, анализируя эти данные, озаботился подготовкой проекта концепции лекарственного страхования для того, чтобы обеспечить подходы к дальнейшему повышению доступности медикаментов для широких слоев населения, в основном для трудоспособных граждан, о чем я остановлюсь ниже. Мы разработали проект концепции лекарственного страхования с учетом того, что предупреждать болезни гораздо легче, чем лечить их. Об этом говорил еще Илья Ильич Мечников – лауреат Нобелевской премии, известный наш эпидемиолог. Именно по этой причине мы сконцентрировались на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

Позвольте мне остановиться на основных параметрах концепции лекарственного страхования. Мы исходили из того, что лекарственная терапия является составной и неотъемлемой частью лечебного процесса и особенно после фармакологической революции, которая произошла в 70-х годах прошлого века. Очевидно, что лекарства – это неотъемлемая часть современной медицинской технологии, и качество медицинской помощи, безусловно, во многом определяется эффективностью фармакотерапии. Таким образом, концепция лекарственного страхования призвана быть направленной на сохранение здоровья граждан посредством повышения доступности эффективной лекарственной терапии при амбулаторном лечении для широких масс населения, не утратившего полностью или частично трудовую функцию.

Коротко остановлюсь на целях лекарственного страхования. С одной целью, главной - с миссией программы - я только что Вас познакомил. Кроме того, очень важным является то, что данная концепция направлена на

повышение профилактической роли амбулаторно-поликлинического звена и, что не менее важно, на мотивацию работающих граждан к сокращению безответственного самолечения. К сожалению, эта проблема является сегодня очень существенной. Увы, в нашей стране, я это сам проверил, обратившись в несколько аптек, без рецепта можно купить все, что угодно, кроме наркотических препаратов. Сегодня ничто не ограничивает человека от безответственного самолечения. Но в том случае, если существенная часть затрат на лекарственный препарат будет возмещаться государством, человек будет стимулирован к тому, чтобы обратиться к врачу, назначения которого были бы ответственные и профессиональные. Кроме того, одной из целей программы лекарственного страхования является стимулирующие инвестиции в развитие фармацевтической отрасли. В первую очередь речь идет об аптечном звене и производственном сегменте.

Теперь позвольте остановиться на основных принципах программы лекарственного страхования. Их пять и они изложены в Проекте концепции.

Я их перечислю, а потом остановлюсь на каждом из них.

1. Всеобщность и обязательность. Также, как и всеобщность и обязательность ОМС.

2. Целевая ориентация на сохранение здоровья. В первую очередь, здоровья работающих граждан.

3. Инкорпорирование лекарственного страхования в ОМС.

4. Паритетное участие личных средств граждан.

5. Организационная простота.

Такие разные принципы. Я позволю себе остановится на ключевых принципах.

Всеобщность – это программа должна охватывать всех граждан Российской Федерации, застрахованных в системе ОМС. В соответствии с действующим законодательством это практически все население нашей страны.

Целевая ориентация проявляется в определении перечня лекарственных средств, включенных в программу лекарственного страхования. Безусловно, с помощью перечня можно очень существенно управлять параметрами этой программы.

Организационная простота. Учитывая масштаб программы, во многом успех данного проекта определяется выбором простых, с организационной точки зрения, механизмов реализации программы. Хотелось бы сказать, что это чрезвычайно важно, поскольку, когда усложняются механизмы реализации, когда программа перегружена административным влиянием, это приводит к очень серьезным ошибкам, существенному дисбалансу, что мы наблюдали и продолжаем наблюдать при реализации программы ДЛО. Мы предлагаем модель, в которой любой врач, работающий в любом лечебно- профилактическом учреждении, может выписать лекарственный препарат любому застрахованному в ОМС гражданину Российской Федерации. При этом лекарственный препарат может быть получен в любом аптечном учреждении независимо от его

формы собственности, и отпускают его из товарных запасов аптечного учреждения. На этой части я еще остановлюсь более детально. Конечно, такой подход во многом содержит в себе определенные риски и успешными предпосылками реализации предлагаемого подхода является решение двух ключевых, с нашей точки зрения, вопросов.

Первый – это мотивация к рациональному поведению участников программы. Это, безусловно, является важнейшим компонентом.

Второе – это мотивация аптечных учреждений к участию в программе.

Не секрет, что на сегодняшний день во многом участие аптечных учреждений является, скажем так, добровольно-принудительным. Административно их включают в программу, а экономически они, увы, не всегда в полном объеме заинтересованы в участии в соответствующей программе. Мы это наблюдаем по программе ДЛО. Сегодня ситуация выглядит следующим образом (схема представлена на слайде). Врач, являясь эмитентом финансовых обязательств государства, выписывая рецепт и , давая, по сути, государству поручение оплатить такой рецепт, сегодня абсолютно не имеет никакой мотивации к рациональному использованию государственных финансовых ресурсов, выделяемых на лекарственное обеспечение. Отсутствует финансовая ответственность врача.

В этих условиях существует диктат пациента над врачом. Мы многократно наблюдали, когда пациент диктует, что должен выписать врач. Врачи идут на поводу у пациента, будучи поставлены в определенные условия. Эту ситуацию надо изменить и не допустить в дальнейшем.

Решением такой задачи, с точки зрения рационального поведения гражданина, могло бы быть паритетное участие личных средств граждан в покрытии стоимости лекарственного средства. Кроме того, мы предполагаем, чтобы принцип финансовой ответственности распространялся не только на врача и не столько на врача, а в первую очередь на лечебно-профилактическое учреждение, которое должно нести финансовую ответственность за необоснованное назначение врачом лекарственного средства. Механизм реализации такой ответственности возможен в системе ОМС. Лечебные учреждения являются поставщиками медицинских услуг, в системе ОМС возможно определенное финансовое взаимоотношение, направленное на решение этой задачи.

Несколько слов об организации отпуска лекарственных средств. Хочу еще раз подчеркнуть, что отпуск лекарственного средства может быть осуществлен в любом аптечном учреждении, добровольно присоединившемся к программе путем акцепта публичной оферты.

Сегодня мы видим, что работают в основном государственные, муниципальные аптечные учреждения, которые (в основном муниципальное звено), абсолютно не заинтересованы в реализации программы ДЛО. Административно их заставляют работать за 3-5% прибыли

Мы считаем, что участие аптечных учреждений должно быть добровольным и основываться на рыночных принципах. Такой подход определяет необходимость в удовлетворении реальной потребности в

лекарствах. Должен работать принцип “по факту потребления”, без каких-либо заявок, которые так и не научились составлять органы управления здравоохранением субъектов РФ.

Это мы наблюдали в предыдущие годы, в том числе и в прошлом году, когда Фонд администрировал эту программу. Это же, по сведениям Росздравнадзора и Минздравсоцразвития, наблюдается и сегодня в целом ряде регионов.

При таком подходе нет необходимости в проведении конкурсных процедур, поскольку отсутствуют какие-либо ограничения для участников рынка. Нет необходимости, так называемой, канализации поставок, т.е. определения уполномоченных фармацевтических организаций. Не имеет значение, как медикамент попал в аптеку. Здесь работают рыночные законы и отпуск осуществляется из собственных запасов аптечного учреждения по рыночным ценам.

Теперь я хотел бы сказать о механизме возмещения аптечным учреждениям стоимости лекарственного средства. Краткая схема представлена на слайде.

Схема достаточно проста, пациент обращается за выпиской лекарственного препарата в лечебно-профилактическое учреждение, получает рецепт, направляется в аптечное учреждение, где оплачивает 50% стоимости лекарственного средства. В дальнейшем, аптечное учреждение направляет отчетность в Федеральный фонд ОМС, где у нас уже создан центр обработки данных – процессинговый центр. После обработки данных, после валидации соответствующего отчета, Федеральный фонд ОМС направляет в территориальные фонды реестры счетов и территориальный фонд производит возмещение финансовых ресурсов аптечному учреждению. Такая простая организационная модель. Остановимся более подробно на инфраструктуре этой модели. Нами создан весьма современный информационный центр обработки данных Федерального фонда ОМС. Он создан в рамках концепции информатизации системы ОМС на среднесрочный период до 2010 года. Эта концепция уже утверждена Правлением Федерального фонда ОМС. Это пошаговый, детальнейший план работы. Нам, в любом случае, вне зависимости от каких-либо программ, связанных с лекарственным обеспечением, необходим был такой центр, чтобы наладить персонифицированный учет и учет информационных потоков в системе ОМС.

Кроме того, в прошлом году нами в целях обеспечения надлежащего контроля за реализацией программы ДЛО была создана информационно-аналитическая система, я бы даже сказал, экспертно-аналитическая система ДЛО, которая уже доказала свою эффективность.

Я уже приводил в начале своего сообщения цифры, что расходы по 2007 году были существенным образом оптимизированы, примерно на треть, по сравнению с 2006 годом. Хотя расчеты еще не завершены, ориентировочно и предварительно мы можем сказать, что после хаоса и

дезорганизации 2006 года, удалось наладить управление основными параметрами системы. Объем счетов не превысит 52 миллиардов рублей.

Эта экспертно-аналитическая система уже получила профессиональное признание, она сертифицирована Лондонской школой экономики. А на текущей неделе мы были отмечены профессиональной премией «Платиновая унция» - это премия участников фармацевтического рынка.

Хотел бы сказать, что сама по себе инфраструктура системы ОМС готова к тому, чтобы реализовывать программу лекарственного страхования. В период 2005-2007 годов территориальные фонды сформировали базовую инфраструктуру для обеспечения информационного взаимодействия участников ДЛО. Напомню, эта базовая структура была профинансирована средствами федерального бюджета. Сегодня, когда фонды законодательно исключены из контроля над рациональным использованием средств, выделяемых на программу ДЛО, можно сказать, что эта инфраструктура во многом находится под угрозой деградации. Тем не менее, структура есть, фонды сохраняют специалистов и, безусловно, это надо сохранить и использовать в дальнейшем, исходя из того, что лекарственное обеспечение – это составная часть лечебного процесса.

В 2008 году Федеральный фонд ОМС, в рамках уже озвученной мной концепции информатизации системы ОМС на среднесрочный период, обеспечит ввод в промышленную эксплуатацию юридически значимый электронный документооборот между участниками системы ОМС с использованием средств электронно-цифровой подписи. Это необходимо для обработки соответствующей отчетности особенно, когда мы ведем речь о работе с персональными данными граждан, что регламентируется соответствующим законодательством.

В 2007 году Федеральным фондом был разработан пакет прикладных программ для участников программы ДЛО, для центров обработки данных, для аптечных учреждений и для лечебно-профилактических учреждений. В ряде регионов это программное обеспечение успешно работает. По разным причинам не все регионы этим воспользовались, но кто хотел, тот мог воспользоваться. Таким образом, если говорить об инфраструктуре системы ОМС, Фонды ОМС технологически готовы обеспечить расчеты за фактически отпущенные лекарственные средства в рамках программы лекарственного страхования в сроки, не превышающие трех рабочих дней с момента выставления аптечным учреждением соответствующего счета. Технологически, я повторяю, мы абсолютно к этому готовы.

Несколько слов об управлении программой лекарственного страхования. Важнейших средств управления, важнейших методологических и практических, два.

Это - стандарты оказания медицинской помощи и перечень лекарственных средств, доступных застрахованным гражданам в рамках программы лекарственного страхования. По сути это базовая граница публичных обязательств государства.

Нужно уделить особое внимание финансовой устойчивости программы. Необходимо отметить ряд угроз финансовой устойчивости. Очевидно, что это те же угрозы, с которыми мы сталкивались при реализации программы ДЛО. Главным образом, это необоснованная и не контролируемая выписка рецептов, назначение лекарственной терапии без наличия на то адекватных медицинских показаний. Мы считаем, что противодействовать этой угрозе возможно, если будет обеспечено паритетное участие личных средств граждан в возмещении стоимости лекарственного средства. Такое участие граждан также позволит эффективно контролировать цены на лекарственные средства.

Гражданин будет контролировать цены, а не чиновники, как это происходит сегодня и не всегда эффективно. Кроме того, есть риск завышения аптечными учреждениями стоимости лекарственных средств в условиях, когда возмещение осуществляется по рыночной цене.

Думаю, об этом многие могли бы сегодня сказать. А мы это увидим с помощью нашей эффективной системы контроля рационального использования финансовых ресурсов. Мы для этого сможем широко использовать соответствующие информационные технологии, современные инновационные технологии. Мы ими располагаем, уже применяли на практике. Таким образом, мы сможем принять адекватные меры. При необходимости соответствующие аптечные учреждения будут исключены из реализации программы. Тем не менее, важнейшей частью успешной реализации программы является добровольное участие аптечных учреждений, публичное акцептование ими оферты государства. Но, я еще раз повторюсь, для этого требуется повышение финансовой привлекательности участия в программе и минимизация финансовых рисков участников программы. Даже если будет подтверждено, что лекарственный препарат был выписан необоснованно, аптечное учреждение финансово не пострадает. Препарат был отпущен, в течение короткого времени - трех рабочих дней - препарат будет оплачен. Риски будут нести соответствующие лечебные учреждения.

Минимизацию сроков возмещения стоимости отпущенных лекарственных средств аптечным учреждениям сделать необходимо, чтобы не складывалось так, как мы иногда наблюдаем сегодня. Я, к сожалению, сам это видел в ходе поездок по регионам. В аптеке отдел коммерческого отпуска и тут же отдел льготного отпуска лекарственных средств. Обращается льготник за лекарственным препаратом не очень дорогим - по льготе нет, а в коммерческой продаже есть. Это страшно. Это подрывает доверие к государству. Этого необходимо избежать. А избежать этого можно будет лишь тогда, когда аптечное учреждение будет в равной степени заинтересовано в отпуске препарата, как по программе лекарственного страхования, так и по коммерческой цене.

Хотел бы сказать о том, что в 2008 году мы предполагаем возможность проведения подготовительного этапа для опытной апробации программы на пилотных территориях в 2009 году. Подготовительный этап включает в себя

проработку организационных и правовых аспектов реализации программы, формирование нормативно-правовой базы. Мы предлагаем включить соответствующие положения и в закон о бюджете Федерального фонда ОМС. Также нужно провести детальные расчеты необходимого объема финансирования программы. Провести соответствующие подготовительные мероприятия в пилотных территориях, включающие, в том числе, как приоритетное направление, и информационно-разъяснительную работу с населением. Завершая основную часть своего выступления, я, конечно, с большим удовольствием отвечу на Ваши вопросы.

Я хотел бы сказать еще вот о чем. Встретив вчера перед входом в наше здание нашего коллегу уважаемого Сергея Сергеевича Бударина, представителя Счетной палаты РФ, он здесь тоже присутствует. А у нас Счетная палата работает безостановочно с того самого момента, как я пришел на работу в Федеральный фонд. Мы этому очень рады, нам это помогает в работе.

(**Реплика: Ясин Е.Г.- Особая любовь.)**

Мы благодарны им за это. Я знаю, что Сергей Сергеевич до этого длительное время много работал в Польше, и я вспомнил слова польского публициста Владислава Лоренца, который говорил: «лучше самая малая помощь, чем самое большое сочувствие». Поэтому я всех призываю помочь нам самым активным участием в обсуждении данной концепции. Текст концепции существует и имеется у ряда участников семинара. Он будет размещен в понедельник на нашем сайте вместе с моей презентацией. Все смогут познакомиться с текстом. Там есть достаточно детальное описание ряда параметров, на которых я не стал останавливаться из-за регламента. Я, как Вы видите, строго укладываюсь в регламент – минута в минуту. У всех будет возможность ознакомиться и направить нам предложения по электронному адресу, который указан на слайде di@foms.ru . Мы будем признательны всем за комментарии и за последующие сегодня вопросы.

Ясин Е.Г. – Спасибо большое, Дмитрий Владимирович. Боюсь, я Вас неправильно понял: вопросы можно задавать сейчас, а отвечать Вы будете потом или тоже сейчас?

Рейхарт Д.В - Я буду отвечать тогда, когда Вы скажете.

Ясин Е.Г. – Тогда мы договоримся так: сейчас некоторое количество вопросов, Вы на них ответите. После этого будет дискуссия, а под занавес я Вам, кончено, дам заключительное слово, чтобы Вы могли ответить на замечания и всякие инсинуации. Вопросы, пожалуйста.

Шишкин С.В., - Независимый институт социальной политики, директор научных программ, профессор

Дмитрий Владимирович, скажите, пожалуйста, в таких системах лекарственного страхования во всем мире самая главная проблема – это

планирование общего объема расходов. Неважно, бесплатно они предоставляются или 30%, 10% или даже 5% платит пациент, все равно возникает проблема планирования общего объема расходов, которое возмещается государством. Как у Вас это предполагается решить?

Рейхарт Д.В. –Вы абсолютно правы, спасибо Вам за этот вопрос.

Я намерено ушел от цифры, от «цены вопроса» в своей презентации. Конечно, предварительные расчеты в целом по стране у нас есть. Они исходят из определенной динамики потребления лекарственных препаратов, как принято говорить, домашними хозяйствами, т.е. гражданами страны, за вычетом соответствующих программ с полным государственным покрытием. Мы также имеем представление о поведении граждан, когда предоставляется паритетный соплатеж с учетом опыта реализации программ по региональной льготе. Там есть уже некая достаточно значительная база, которая была наработана. Да мы представляем себе эту цифру, но я считаю, что чрезвычайно важно двигаться поэтапно. Провести пилотную апробацию и, конечно, во многом эти расходы будут определяться, в том числе, и перечнем лекарственных средств, которые будут предоставляться участникам программы лекарственного страхования. В основном, управлять расходами помимо соплатежа можно путем перечня лекарственных препаратов. Естественно, на это оказывает влияние и стандарт лечения и так далее. Мы понимаем, как управлять основными параметрами такой системы. Спасибо.

Шейман И.М., **профессор ГУ-ВШЭ.** Дмитрий Владимирович, я Вас правильно понял, что исчезает различие между льготной и не льготной рецептурой, лекарственные средства реализуются в аптеках по единым рыночным ценам. Означает ли это, что ликвидируется нынешняя система централизованных закупок лекарственных средств?

Рейхарт Д.В. – Спасибо за вопрос. Игорь Михайлович. Я бы сказал, что это вещи, которые не совсем связаны между собой. Это абсолютно разные программы, имеющие разное целевое назначение, если угодно. Программа обеспечения тяжело больных граждан дорогостоящими лекарственными препаратами - это государственное обязательство обеспечить нуждающихся тяжело больных, как правило, граждан дорогостоящим лечением. Это модель обеспечения. Я же говорю о рыночной модели страхования, преимущественно направленной на относительно здоровых граждан. Модель имеет своей целью, основной целью, сохранение здоровья трудоспособного населения, в свою очередь, создающего валовой внутренней продукт страны. Поэтому это несколько разные вещи. Одно, конечно, не отменяет другое. Спасибо.

Ясин Е.Г. – Еще есть желающие? Можно, у меня есть пара дурных вопросов, я прошу прощение за такое их качество. В каком смысле Вы

говорите о диктате пациента над врачом? В том смысле, что он говорит «выпиши мне такое – то лекарство». А Вы выписываете?

Рейхарт Д.В. – Спасибо Евгений Григорьевич, но я должен Вам сказать, что для меня неудобных вопросов не бывает.

Ясин Е.Г.- Нет, вопрос неудобный для того, кто его задает.

Рейхарт Д.В. – Этот вопрос не считаю неудобным для меня. Вот мне подсказывает Рамил Усманович, член-корреспондент Российской академии медицинских наук и врач, что диктат осуществляется в прямом смысле. Приходит пациент и не всегда в вежливой форме требует выписать ему соответствующий лекарственный препарат. Как правило, врачи, особенно которые работают в небольших населенных пунктах, прекрасно знают этих пациентов, они живут рядом, это единый социум. Отказать в выписке требуемого лекарственного препарата, даже когда это необоснованно, он не может, у него нет никакой мотивации. Экономической мотивации! Такую мотивацию к рациональному поведению врача, конечно, нужно создать. Я имел в виду это.

Ясин Е.Г. –Тогда следующий вопрос. На каком основании выписываются рецепты тем врачом, который находится под соответствующим давлением? Он должен посмотреть, может быть, требуемое лекарство не нужно больному? По стандарту это положено? Надо знать, что это за болезнь? Как это происходит?

Рейхарт Д.В. Спасибо и за этот вопрос. Я бы не хотел сейчас подробно останавливаться на роли и статусе стандартов, лекарственной терапии, в том числе, амбулаторно-поликлинической помощи. Очевидно, что это может быть тема отдельной чрезвычайно важной дискуссии. На сегодняшний день законодательство нашей страны таково, что ничто не запрещает врачу выписать любой препарат пациенту, который он считает нужным. Юридически врач сегодня отвечает за здоровье пациента, и он может выписать любой препарат, разрешенный в стране. К сожалению, должен сказать о том, что мотивацией может быть квалификация врача, его понимание того, как надо лечить то или иное заболевание, участие фармацевтических компаний в стимулировании данного врача. Извините, но я думаю, что и многие присутствующие здесь в зале на своих примерах с этим сталкивались. Кроме того, может быть настойчивое желание пациента выписать лишь определенное наименование препарата. Многие наши пациенты, к сожалению, не могут объективно разбираться в фармакологических свойствах того или иного лекарственного препарата. Они смотрят рекламу, подвержены внешнему воздействию, у них есть, в конце концов, свои привычки, которые сложились на протяжении длительного

времени. Таким образом, исходя из этого, они и требуют от врача определенных действий.

Ясин Е.Г. – Вот все-таки я не понял. Извините. Придет пациент, попросит: выпишите мне такое лекарство, дорогое. И без обследования, без знания истории болезни, врач просто выпишет рецепт?

Рейхарт Д.В. – Врач может действовать по-разному. Бывают и такие случаи, о которых Вы говорите, они нам известны. Но, как правило, речь не об этом. Врач может его посмотреть, и обследовать, и историю болезни изучить. Я говорю о другом. У врача отсутствуют экономические стимулы вести себя рационально. Рационально расходовать средства государства. У него нет экономических стимулов. А действия врача определяются его уровнем – образованием, квалификацией, знаниями, независимостью в категориями.

Ясин Е.Г. –Все понял. Пожалуйста.

Евдаков В.А. – Главный врач Городской поликлиники № 224 г. Москвы

Скажите, пожалуйста, Дмитрий Владимирович, Вы озвучили тезис «любой врач в любом лечебно-профилактическом учреждении может выписать любое лекарство любому больному». Вы пытались, выводя такой тезис, подсчитать даже по сегодняшним стандартам, а сколько стоит лекарственная терапия больных, инвалидов или возьмем тот ограниченный контингент, который входит в программу? По сегодняшним стандартам? Я просто маленькую ремарку привожу: мы подсчитывали на уровне учреждения и округа города Москвы – никаких денег не хватит. (**Реплика: Ясин Е.Г. – Не хватит?).** Абсолютно. В 5-7 раз больше надо, чем есть сегодня.

Рейхарт Д.В. Я благодарен Вам за вопрос, но я должен сказать, что Вы не совсем точно интерпретировали то, о чем я говорил. Я прошу показать тот слайд.

Вот здесь не написано – любой препарат. Совершенно не любой препарат, а лишь тот препарат, который включен в перечень лекарственных средств, который и будет одним из ключевых элементов в управлении соответствующими расходами.

Конечно, речь идет о рецептурных препаратах широкого или общего профиля, как принято у нас в медицине говорить. Это исключает дорогостоящие препараты, которые должны предоставляться по-другому механизму. Мы об этом немножко говорим сегодня и это сегодня, в том числе, реализуется путем соответствующих аукционов, которые проводит Федеральное агентство, Федеральных целевых программ, существуют и иные государственные программы. Когда мы говорим о любом лечебно-

профилактическом учреждении или любой аптеке, то очень важно, чтобы их было как можно больше. В этом случае будет гораздо больше выбора, это будет комфортней и удобней гражданам, это будет больше конкуренции. Будет гарантия того, что не будет каких-либо явлений, связанных с завышением цен в розничном звене. Спасибо.

Ясин Е.Г. Пожалуйста.

Попович Л.Д. – Первый заместитель Генерального директора – Исполнительный директор ОАО РОСНО-МС.

Дмитрий Владимирович, правильно ли я понимаю, что, говоря о всеобщности, Вы, тем не менее, выделяете две разных категории программ. Одна из них - это целевая программа, которая применяется для граждан с тяжелыми заболеваниями и для которых отсутствует вероятностный характер предоставления лекарственных средств, а лекарственное страхование относится ко всем прочим категориям граждан и все, что мы сейчас рассматриваем, относится именно к тому, что носит вероятностный характер, т.е. их лекарственное обеспечение, их лекарственное страхование.

Рейхарт Д.В. – Спасибо, уважаемая Лариса Дмитриевна, я бы немножко акцентировал иначе то, о чем Вы сказали. Я говорил всего лишь о следующим. Дело заключается в том, что программа государственного обеспечения, государственных закупок, предоставления бесплатно гражданам, нуждающимся в дорогостоящих лекарственных препаратах, это обязательство государства, которое связано с социальным статусом или заболеванием гражданина. Это абсолютно не связано с программой лекарственного страхования. Это узкий круг тяжело больных, нуждающихся людей. Те же самые люди, если они застрахованы в рамках ОМС и если им потребуется лекарственный препарат общего списка, который им не предоставляется по каким-то причинам. Ну, скажем, если они монетизировали по каким–то основаниям свою имеющуюся у них натуральную льготу, они могут точно так же участвовать в программе лекарственного страхования, но на общих со всеми остальными гражданами основаниях. Надеюсь, что я понятно ответил на Ваш вопрос. Спасибо.

Ясин.Е.Г.- Прошу Вас.

Медведев В.Я.- ОАО «Росгосстрах»

(смена пленки - только конец фразы)… он не будет помощь по ОМС вообще получать.

Рейхарт Д.В. – Вопрос Ваш одновременно носит, я бы сказал, правовой и провокационный характер. Сегодня граждане вообще лишены возможности получать какую-либо государственную поддержку. Я имею в виду широкие слои населения, за исключением тех, которые охвачены государственной, я подчеркиваю, социальной помощью, есть еще

региональные льготники, которые также охвачены. За исключением этих категорий граждан сегодня люди, широкие слои работающих граждан, находящиеся в трудоспособном возрасте, относительно здоровые, они сегодня лишены какой-либо возможности получать субсидирование расходов на лекарственное обеспечение.

Медведев В.Я.- Понятно. Отдельной статьей будет идти субсидирование.

Рейхарт Д.В. – Конечно. Я, с Вашего позволения, закончу ответ на Ваш вопрос. Это потребует определенных изменений действующего законодательства, в том числе законодательства об ОМС. Конечно, это предусматривается. Конечно, это потребует увеличение отчислений на ОМС. Скорее всего, возможно это потребует и модернизации единого социального налога и переход к страховым взносам. Это отдельная тема, которую надо отдельно обсуждать и Вы это знаете.

Но очевидно, что в любом случае мы исходим из того, что лекарственное средство является необходимым элементом технологии лечения. Поэтому обязательно должна быть лекарственная составляющая в ОМС. Кстати, вчера, на заседании комитета по охране здоровья, Николай Федорович не даст соврать, он присутствовал на этом заседании, министр говорила о том же, что в перспективе, конечно, все это будет в системе ОМС. В перспективе. Но это нужно тщательно подготовить и отработать.

Ясин Е.Г. –Еще есть желающие? Пожалуйста. А еще есть? Последний вопрос.

Гудрус В.О. – ЗАО «Группа компаний «Медси».

Дмитрий Владимирович, спасибо за презентацию, мне лично очень понравились и предложения и форма изложения и ответы на вопросы, но я хотел бы несколько вопросов уточнить для себя по тому слайду, который сейчас выведен на экран.

1. Когда мы говорим о любом враче в любом лечебно-профилактическом учреждении, имеем ли мы в виду расширение перечня лечебных учреждений, работающих в системе ОМС, относительно существующего, или мы говорим о тех лечебных учреждениях, которые в разных формах в системе ОМС задействованы сейчас?
2. Вытекающий из первого. Перечень аптечных учреждений, которые пока в системе ОМС никак не задействованы, Вы предлагаете включить в рассматриваемую систему?
3. На сегодняшний день существует обязательство государства по лекарственному обеспечению льготных декретированных категорий населения. Правильно ли я понял ответы на вопросы, которые прозвучали, что Вы предлагаете расширить перечень групп населения, которые в рамках программы госгарантий имеют право на участие в системе лекарственного

страхования и, если да, то через какие механизмы: добровольные механизмы, расширение программы ОМС или какие-то еще? Спасибо.

Рейхарт Д.В. - Постараюсь ответить на три Ваши вопроса. Спасибо Владимир Оскарович за них. В отношении первого вопроса, связанного с количеством или категориями учреждений, которые могут участвовать в программе лекарственного страхования. Сегодня законодательство об ОМС не ограничивает, Вы это прекрасно знаете, форму собственности учреждений. Сегодня, по сути дела, их участие, я имею в виду участие частных, негосударственных медицинских организаций по факту ограничивается двумя обстоятельствами. Первое – административным давлением. Второе – мы по-прежнему не оплачиваем реальную стоимость медицинской помощи, а финансируем ее исходя из суррогатных показателей – посещение, койко-день и прочее. Поэтому, с одной стороны, экономически не всегда эти показатели мотивируют частные учреждения входить в систему ОМС, а с другой стороны, есть административные ограничения, с которыми мы, по мере своих сил, стараемся бороться при обращения к нам таких учреждений. Мы исходим из тех тезисов, которые излагала Министр здравоохранения и социального развития, что мы должны перейти, в перспективе, к тому, чтобы финансировать медицинскую помощь полным рублем, исходя из реальной стоимости медицинских услуг. В этом смысле, конечно, никаких ограничений быть не может и, конечно, можно сказать, что такие ограничение антиконституционны. Все формы собственности по Конституции у нас равны. Для нас же важно, чтобы у пациента был как можно больше выбор, чтобы была как можно сильней конкуренция. Конкуренция по цене, с одной стороны, а с другой стороны по качеству обслуживания этих граждан, которые придут к врачам. Они должны иметь право свободного выбора врача, который выписывает и назначает лекарственные препараты.

В отношении расширения категорий граждан. Еще раз хочу подчеркнуть, что программа носит всеобщий характер. Одним из принципов программы является ее всеобщность для всех застрахованные по ОМС, без права какой - либо монетизации в данном случае. То же самое касается аптек. На сегодняшний день гораздо больше частных аптек, чем государственных. Доля частных аптек, участвующих в системе ДЛО, очень незначительна. Не участвуют они потому, что у них нет для этого стимула. Ни одна аптека не будет работать за 3-5% . Им нужно минимум 12%, для того чтобы работать на уровне рентабельности в среднем. Это вопрос экономического стимулирования. Это также важно для гражданина с точки зрения качества услуги. Спасибо.

Ясин Е.Г. Так, пожалуйста, последний вопрос. Ну, ладно, давайте.

Омельяновский В.В. –Экспертный совет Совета Федерации РФ.

Спасибо. Я хочу сказать, что просто с большим удовольствием шел на это мероприятие, потому что вопросы и лекарственного страхования и вопросы…

Ясин Е.Г. – Сейчас пока вопросы, все остальное потом.

Омельяновский В.В. – Вопрос у меня очень простой. Скажите, пожалуйста, если мы сегодня говорим о соплатеже, есть ли какие-то экспертные или данные каких-то исследований относительно того, насколько население в целом России готово участвовать в соплатеже и сколько они готовы платить, чтобы не потерять в доступности? **(Общий шум. Ясин Е.Г. – не все хором.)** Ну, подождите. Когда мы говорим об участии пациентов, мы говорим о соплатеже. И в этом смысле надо понимать, чтобы ответственность была разделена между врачом и пациентом.

Рейхарт.Д.В. Я должен ответить профессору Омельяновскому, уважаемому коллеге. Мы предварительно рассматривали различные вопросы и, конечно, есть объяснение тому, почему мы предложили 50% соплатеж, а не другой. Такое объяснение у нас, несомненно, имеется. Мы рассматривали разные варианты. Мы изучали модели, которые существуют в экономически развитых странах. Скажем, в Великобритании есть фиксированный соплатеж. Мы хотели бы уйти от фиксированного соплатежа, поскольку в этом случае человек, потребитель, гражданин не будет мотивирован к экономически рациональному поведению. Он не будет влиять на цены. Понимаете то, о чем я говорю? Ему будет все равно. Он, как и сегодня, к сожалению, будет хотеть в ДЛО получить самый дорогой лекарственный препарат. И потом это существенно утяжелит инфраструктуру. Это опять справочники и прочее. Извините, мы этих вещей уже «накушались» в 2007, 2006, 2005 годах. В первую очередь, это очень сложно имплементировать на уровне лечебно-профилактического учреждения и аптеки. Это очень тяжелая задача. Десятки тысяч компьютеров надо задействовать. Самое главное, экономически не целесообразно. Мы считаем, что паритетное участие государства и гражданина это справедливо. Это с одной стороны создает достаточный стимул гражданина, чтобы пойти к врачу и получить адекватное назначение. Не пойти за свои деньги купить, а пойти к врачу, выписать и получить 50% софинансирование со стороны государства. Это очень важно. А с другой стороны - это подталкивает человека к очень рациональному поведению, экономически рациональному. Поэтому мы считаем, что эта программа будет иметь очень существенный отклик у наших граждан.

Букреева Н.Д. - Научный центр социальной и судебной психиатрии имени Сербского.

Дмитрий Владимирович, я хотела бы уточнить в отношении пациентов психиатрических учреждений. Они не входят в систему ОМС и каким образом это правило будет распространяться на них?

Рейхарт Д.В. Я тронут внимание института Сербского к нашей теме. Мы знаем, что такое пограничное состояние все больше прогрессирует в нашем обществе. По отдельным территориям по 2006 году, по Мордовии, которую я не так давно посетил, на первое место по программе ДЛО вышел лекарственный препарат, применяемый в лечении шизофрении. Это потребление у федеральных льготников, это просто голая статистика и ничего больше. Я считаю, что такие пациенты, конечно, нуждаются в государственном обеспечении. Это должна быть другая специализированная программа. Надеюсь она будет. Надеюсь, что та программа и проект концепции, который мы предлагаем, будет не единственная мера лекарственной поддержки нашего населения.

Букреева Н.Д. – Больные, страдающие психическими расстройствами не подлежащие ДЛО, будут ли пользоваться лекарственным страхованием?

Рейхарт Д.В. – Конечно, как и все граждане, на равных условиях со всеми.

Ясин Е.Г. – Все. Извините, я предупредил, а то мы все время можем потратить на вопросы. Мой последний вопрос. Вы пытались как-то изучать эластичность спроса на такие дорогие лекарства в зависимости от цен?

Рейхарт Д.В. Евгений Григорьевич, я этим занимаюсь достаточно давно. Коллеги, которые работают на фармрынке, это знают. Я по базовому образованию провизор. И 15 лет занимаюсь этой темой, в том числе, изучением спроса. Должен сказать, что на дорогостоящие препараты, в которых человек нуждается постоянно, спрос всегда бывает не эластичен.

(Реплика: Ясин Е.Г. – Вот то, что я хотел узнать.)

А на спрос лекарственных препаратов общего списка очень серьезно влияет цена. На доступность и на спрос. Очень серьезно.

Ясин Е.Г. – Я почему спросил? В том, как Вы отвечали на вопрос, было ощущение, что мы введем стимул рационального поведения, и он сработает. Но если спрос не эластичен, то в этом случае Вы ничего сделать не можете.

Рейхарт Д.В. – Я прошу меня простить, я всего лишь ответил на Ваш вопрос, когда Вы говорили о дорогостоящих препаратах, что на них спрос не эластичен. Я имел в виду это, и также то, что дорогостоящие препараты должны предоставляться гражданам бесплатно в рамках других программ лекарственного обеспечения, а не страхования. Я говорю о том, что программа лекарственного страхования направлена на предоставление

гражданам препаратов общего списка, которые не являются дорогостоящими.

Ясин Е.Г. – Я понял. Спасибо. Пожалуйста Рамил Усманович.

Хабриев Р.У. –член-корреспондент РАМН.

Спасибо, Евгений Григорьевич.

Уважаемые коллеги, у нас сегодня тема семинара «Лекарственное обеспечение и лекарственное страхование». Мы со второй части начали обсуждение и я рад, что оно было очень подробное и мне кажется, что эта заинтересованность в вопросах как раз и говорит, что тема очень актуальная и, безусловно, Дмитрий Владимирович очень интересно ее доложил. Тем не менее, я считаю, что есть необходимость поговорить в целом о системе лекарственного обеспечения, имея в виду, что решение проблем, связанных с доступностью лекарственных средств исключительно введением всеобщего лекарственного страхования, мы решить не можем и есть и другие направления, в которых необходимо эту работу осуществлять.

Поговорим о доступности лекарственных средств. Эта аудитория тему и проблему знает, но с учетом того, что проблема постоянно озвучивается разными категориями населения и разными социальными группами, она безусловно существует и ее нельзя рассматривать как некий политический лозунг, который перед какими-то событиями, связанными с выборами обостряется, это мы знаем, некоторые на своей судьбе, но тем не менее, тема эта есть. С другой стороны нам надо дать ответ, какие существуют и существуют ли вообще, ограничения доступности, связанные с какими-то законодательными актами в стране. Может быть, сняв эти ограничения, мы можем получить большую доступность лекарственных средств для населения. Эти организационные мероприятия довольно легко порой решаются. Тем более, что опыт многих стран и законодательно прописанные заградительные нормы существуют.

У нас так получилось, что принятый в 98 году закон о лекарственных средствах, многие из здесь присутствующих так или иначе участвовали в его подготовке, в принятии, прописан таким образом, что фактических ограничений на ввоз лекарственных средств, на возможности их производить в нашей стране, не существует. И каких-то ограничений, связанных с третьими странами, каких-то заградительных таможенных пошлин страна не выставляла. Это, конечно, было связано с тем, что принятие закона проходило в очень сложное время. Это формирование рынка, серьезное падение отечественного производства, ломка централизованной системы обеспечения лекарственными средствами. В данном случае эта мера абсолютно демократичная, дала возможность сделать такой законодательный акт, который позволяет сегодня любому производителю, не зависимо от страны происхождения, заявлять свои лекарства к регистрации у нас в стране. Добиваться того, чтобы эти лекарственные средства в страну

поступали, если, конечно, нет нарушения тех норм, которые это и регулируют.

Существуют ли какие-то ограничения по странам, по лекарственным средствам, связанные с нормативными документами министерств, ведомств, которые тоже в ряде стран прописываются? Допустим, составлением формуляров, составлением стандартов, ориентированных на отечественное производство лекарственных средств?

Мы ответим, что у нас в стране таких заградительных мер, нормативных актов на уровне органов исполнительной власти, которые определяют политику в сфере здравоохранения, не существует.

Если говорить о самой системе здравоохранения, если речь идет о стационарных учреждениях, то нет у нас официально установленных требований по соплатежу лекарственных средств. Нет стандартов, которые ориентированы были на какие-то, повторяюсь, лекарственные средства по стране происхождения, или исключительно на дженериковые препараты.

Здесь ситуация такая же, никаких ограничений мы не имеем.

Если говорить о населении. Каким образом оно ограничено в доступности лекарственных средств? Ответ очень простой – это единственно кошелек человека, который собственно и определяет его возможности в получении лекарственных средств при амбулаторном лечении и очень часто при стационарном. Для того, чтобы выходить на те расчеты, о которых коллега спрашивал, в рамках лекарственного страхования или какой-то другой системы обеспечения лекарственными средствами за счет государства, безусловно, необходимо оценить уровень платежеспособности населения, возможности участия населения в этих программах сооплаты. Это должно прозвучать, как одно из предложений для специалистов, оценить уровень возможности населения для того, чтобы предполагать и уровень соплатежа и возможности включения тех или иных лекарственных средств в программы. Социологические исследования, которые были в конце 90 годов, больше не повторялись. По крайней мере, я не знаю таких работ, которые бы сегодня четко нам сказали для каких категорий населения оплата лекарственных средств является абсолютно ограниченной, какие слои населения при необходимости покупать лекарственные средства при амбулаторном лечении ограничивают другие свои потребности, и какие слои населения абсолютно не ограничены в своих финансах, чтобы приобретать лекарственные средства.

Таким образом, мы для себя можем сделать вывод, что основным ограничением доступности лекарственных средств для населения, отчасти и при стационарном лечении, а уж при амбулаторном абсолютно, являются финансовые возможности. Именно в этом направлении мы должны идти для того, чтобы решить проблему повышения доступности лекарственных средств.

Если говорить о нашей стране, охват различными формами возмещения составляет примерно 15% населения. Дмитрий Владимирович привел цифру 5 с небольшим миллионов граждан, которые участвуют в программах, где

идет 100% возмещение расходов на лекарственные средства при лечении основного заболевания. Остальная часть населения, это так называемые региональные льготники, которые имеют возможность покрыть на 50% свои расходы, исходя из своего социального статуса. В этом смысле наша страна, конечно, очень здорово уступает развитым странам.

Мы же сейчас, выстраивая свою социальную политику, в основном ориентируемся на них и говорим о своих претензиях на место в пятерке, в десятке. И в этом смысле сравнение не в нашу пользу. Если говорить о Европе, то примерно 80% населения имеют различные программы возмещения при амбулаторном лечении. Если говорить о Соединенных Штатах Америки, которые изначально немножко другим путем шли, то начиная с 1990 года по сегодняшний день доля участия населения своим кошельком при приобретении лекарственных средств с 60% сократилось до 20%. И соответственно возросли до 40% затраты различных фондов в покрытии этих расходов. Это или страхование, или фонды Медикейт и Медикер. Таким образом, тенденция стран на то, чтобы при амбулаторном лечении покрывать расходы населения, абсолютно очевидна и в этом смысле подход, который предлагается Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, мне кажется абсолютно бесспорным и речь в обсуждении может идти только о деталях.

Как же мы добиваемся того, чтобы при относительно небольшой доле лиц, которые имеют те или иные возможности для возмещения своих расходов, все-таки поддерживать уровень лекарственного обеспечения? Пусть на довольно низком уровне, но, тем не менее, целые слои населения, которые при необходимости вообще не могли бы себе позволить покупать серьезные, необходимые для лечения, медикаменты в аптеках, все-таки как-то из положения выходят. Это, скорее всего, как-то связано с самой системой организации медицинской помощи и, прежде всего, это та диспропорция в оказании медицинской помощи, которая на сегодня сложилась в пользу стационарной помощи. И здесь, для сидящих в этом зале абсолютно не секрет, что при необходимости получить лекарственную помощь, те слои населения, которые этого себе позволить не могут, обращаются в стационарные учреждения и таким образом формируется вот этот перекос. То-есть, при полной возможности оказания амбулаторной помощи или в дневных стационарах, тем не менее, имеем крен в сторону стационарной помощи. С одной стороны, этот крен, эта диспропорция между амбулаторной и стационарной помощью отчасти решает проблемы населения в доступности лекарственных средств. С другой стороны она консервирует ту систему здравоохранения, которая сегодня фактически сформировалась. До тех пор, пока мы не осуществим коренные изменения в доступности лекарственных средств при амбулаторном лечении, со стороны населения и со стороны медицинского сообщества, мы будем постоянно встречать сопротивление в исправлении этой диспропорции. Мне кажется это надо понимать и это очень серьезная проблема.

Приступая к реформе системы здравоохранения, сети учреждений, оптимизируя сеть, мы обязательно должны учитывать, что параллельно должна быть обеспечена доступность лекарственных средств при амбулаторном лечении. В какой мере сегодня есть ограничения и насколько доступны лекарственные средства при стационарном лечении? Конечно, сегодня есть какие-то разные оценочные данные, в какой мере население само участвует в расходах на медикаменты при стационарном лечении. Во всяком случае, мы очень часто сталкиваемся с тем, что если есть финансовые ограничения со стороны человека, и со стороны сети оно есть, то адекватной терапии человек может и не получить в стационарном учреждении. Поэтому реформа системы здравоохранения, нацеленная на финансирование по конечному результату, во многом будет способствовать и решению проблем связанных с доступностью лекарственных средств для населения. При этом спрос и со стороны страховой компании и со стороны самого населения, со стороны людей, представляющих интересы населения, безусловно будет обращен, прежде всего на то, в какой мере выполнены стандарты если больной получил необходимую помощь.

Опять же, этот переход важен не только с позиции обеспечения доступности лекарственных средств. Его необходимо провести и для того, чтобы создать конкуренцию лечебных учреждений и для того, чтобы сделать среду привлекательной для инвестиций. Не решив эти проблемы, мы не найдем возможности, чтобы сегодня эти отрасли были привлекательны для инвестиций.

Серьезным источником обеспечения доступности лекарственных средств для населения является модернизация фармпромышленности, в которой существуют большие проблемы. Я хочу напомнить цифры, которые прозвучали в основном докладе, когда приводилась доля отечественного производства лекарственных средств в стоимостном выражении. Если оценивать весь рынок, то это – порядка 30%. В программе ДЛО это – порядка 10%. Если брать препараты, которые закупаются для обеспечения тех категорий населения, о которых сегодня шла речь, там почти 100% покрытие идет за счет зарубежных лекарственных средств. Вывод нашей промышленности на тот уровень возможностей, когда будет проведено замещение импорта по этим лекарственным средствам, безусловно, даст существенное снижение затрат на оказание лекарственной помощи, и таким образом, даст возможность повысить доступность лекарственных средств.

Я бы сейчас не хотел уходить в тему, что необходимо сделать для развития отечественной промышленности. Это очень серьезная тема, требующая очень серьезного и обстоятельного разговора. Но сам тезис, который должен быть сегодня обсужден, это один из путей повышения доступности лекарственных средств. Его необходимо озвучить и он должен быть приведен. Я хочу поблагодарить Высшую школу экономики за возможность высказать свое мнение по поводу сегодняшнего состояния лекарственного обеспечения и призвать сегодня, обсуждая очень интересную тему, связанную с конкретным лекарственным страхованием, коснутся и тех

аспектов, которые являются одними из существенных возможностей для повышения доступности лекарственных средств для населения. Спасибо.

Ясин Е.Г. Спасибо большое, Рамилу Усмановичу. Очередная порция вопросов. Пожалуйста. Нет? Еще выступить? Пожалуйста.

Крестинский Ю.А. – Сопредседатель Координационного совета РАФМ.

У меня вопрос и к Рамилу Усманович и к Дмитрию Владимировичу. Связан он с возможностями использования инструментов ДМС в лекарственном обеспечении граждан. Уточняющий вопрос к Дмитрию Владимировичу – возможно ли наложение ДМС, как некий дополнительный компенсационный платеж к тому, что предусматриваете Вы в своей системе ОМС. Переводя на русский язык – можно ли за счет страховки соплатежа, приобретаемой гражданином, либо работодателем, увеличивать стоимость покрытия, скажем до 75 или 100%.

Рейхарт Д.В. – Можно.

Ясин Е.Г. -Вот и все. Договорились. Коротко, ясно, по-русски.

Крестинский Ю.А. – Что для этого нужно сделать?

Рейхарт Д.В. – На эту тему будет отдельное сообщение. Давайте дождемся его и, если будут вопросы потом, мы на них ответим.

Хабриев Р.У. Если можно, поскольку и мне тоже адресован был этот вопрос. Безусловно, я согласен с тем, что при соответствующем объеме дополнительной оплаты возможности соплатежа должны быть увеличены со стороны государства. Но, наверное, когда мы говорим о программах дополнительного лекарственного страхования, надо понимать не только расширение объема доплаты, может быть можно вести речь о расширении списка лекарственных средств, которые будут участвовать в программе, потому что это тоже один из путей и тут примеров можно много привести.

Ясин Е.Г. - Спасибо. Еще вопросы? Нет? Тогда я не буду принуждать Вас к вопросам. Кто желает выступить? Пожалуйста.

Комаров Ю.М. - ВНИИ железнодорожной гигиены, профессор. Интересные доклады были, тут вопросов нет. Но они вызывают множество своих вопросов. Очень хорошо Рамил Усманович сказал насчет соплатежей. Действительно, таких исследований нет, и какими они должны быть, и для каких категорий населения, и при каких лекарствах - это вопрос серьезный.

Второй вопрос, который возникает, это по схеме, которую Вы показали и сказали, что она очень простая. На самом деле, она не выглядит очень простой. Принципиальным является то, что корни многих проблем лекарственного обеспечения уходят в практическое здравоохранение. Вот это является принципиальным моментом. Корни всех проблем уходят туда. Это очень четко, кстати, показал Рамил Усманович.

Чтобы стимулировать дискуссию, я хотел бы остановиться на двух принципиальных, на мой взгляд, вопросах. Первое. Введение принципа оплаты за пролеченного больного привело к тому, что мы в лечебных учреждениях заинтересованы в увеличении числа больных. Мало того, мы заинтересованы в увеличении числа тяжело больных. Чем больше тяжелых больных, тем больше денег придет в систему здравоохранения, в каждое учреждение. В этом же заинтересованы и фармацевтические компании, безусловно. Вот смотрите. Вы сегодня приводили пример. У нас сейчас 2,3 миллиона пациентов потребляют медикаментов в несколько раз больше, чем обычные пациенты. С каждым годом это число будет расти, потому, что, фактически, профилактикой мы не занимаемся. Очень слабо, несмотря на все усилия, развивается первичная медико-санитарная помощь в стране. Очень слабо, потому что первичная медико-санитарная помощь – это первичная забота о здоровье. Она очень слабо развивается в стране, также как и профилактика. Естественно, увеличивается число больных. Это естественно. А раз увеличивается число больных, то получается, что каждый раз государству надо будет тратить больше средств на вот это лекарственное обеспечение.

Как решаются в мире эти вопросы? Они решаются иначе. Они решаются не путем выделения этих средств, а путем предупреждения этих тяжелых заболеваний. Весь мир идет таким путем, предупреждая вот эти тяжелые случаи, которые требуют высоких технологий и колоссальных затрат на лекарственное обеспечение. Я могу привести много примеров, как это делается в мире, в разных странах и это очень правильно, там просто умеют считать. Скажем, в США по программе «Медикер» - помощи пожилым людям. Пять лет проводилась реформа. Они посчитали, что обычная помощь стоит 2,6 тысяч долларов для одного пожилого человека. А тяжелый случай, тянет уже на 36 тысяч долларов. А таких больных 4%, но они забирали 40% средств из всей программы. И они стали думать, как сделать так, чтобы этих больных было меньше и чтобы были меньше затраты на программу. Что они сделали? Они перебросили деньги со стационарной помощи на раннее выявление заболевания. В результате, раньше рак прямой кишки на ранней стадии выявлялся у 1% больных, теперь у 75%. Увеличилось число выявленных больных с гипертензией, увеличилось число выявленных больных с алкогольными различными проблемами. В результате уменьшились выделяемые средства, улучшилась вся ситуация, удовлетворенность пациентов выросла и т.д.

Я хочу еще раз подчеркнуть, что, как говорил Рамил Усманович, именно корни всех проблем лекарственного обеспечения лежат в

здравоохранении. И в зависимости от того, как будет организована медицинская помощь, в зависимости от этого и надо строит все систему лекарственного обеспечения, потому что, если мы будем строить так, как сейчас она организована – это безобразно, просто безобразно. Хуже придумать невозможно! Это будет нарастать, как снежный ком – проблема лекарственного обеспечения. Надо это очень четко увязывать. В предложенной концепции, которая так хорошо была преподнесена, надо все четко увязать с программой развития здравоохранения. Спасибо.

Ясин Е.Г. – Спасибо. Пожалуйста.

Берестов Л.А. - Генеральный директор ЗАО МСК «Солидарность для жизни»

Я могу показать несколько слайдов?

Ясин Е.Г. – Сколько Вы собираетесь выступать?

Берестов Л.А. – Сколько Вы разрешите

Ясин Е.Г.- Минут 5-7.

Берестов Л.А – Я постараюсь уложиться. Наша компания занимается обязательным и добровольным медицинским страхованием. У нас есть, примерно, шестилетний опыт работы по лекарственному страхованию - не в системе ДЛО, а в системе ДМС. В этой связи, мы подготовили и оставим здесь материалы, которые нами наработаны, но за ограниченностью времени, попробую рассказать о некоторых моментах, которые нам представляются крайне важными.

Во-первых, я хотел бы подчеркнуть и сказать, что очень отрадно, что сегодня мы обсуждаем проблему, связанную со страхованием лекарственного обеспечения. Потому что на самом деле есть еще третья альтернатива. Между ОМС и ДМС есть еще и страхование расходов, когда гражданам выплачивают компенсацию за те деньги, которые они потратили на приобретение медикаментов. Такая система широко используется в странах Европы. На наш взгляд она имеет много недостатков. Она потворствует многочисленным случаям мошенничества и дополнительным злоупотреблениям и плохо ограничивает расходы. Поэтому первый тезис, который мы отстаиваем - должно быть именно страхование, или в варианте ОМС, что для граждан будет достаточно приемлемая ситуация, или в варианте ДМС.

Второй тезис, который мы также поддерживаем, был озвучен главным докладчиком. Страхование должно быть солидарным, потому что не может быть страхование лекарственного обеспечения, при котором гарантируется 100% оплата страховой организацией или тем органом, который этим занимается. Мы с Вами уже получили достаточно серьезные обоснования.

Могу от себя добавить, что когда мы занимались этим в ДМС, то убедились, что любая попытка изменить соотношение долей, которые платит страховая компания и сам человек, в сторону большей оплаты страховой компанией привели к тому, что тут же начинается перерасход. А при 40%-ом коллективном страховании «ДМС – лекарственное обеспечение», у нас сейчас убыточность порядка 30% и я считаю, что это очень хороший показатель. К сожалению, мы только-только подбираемся к проблеме страхования физических лиц, потому что это не коллективы, здесь в меньшей степени солидарная ответственность в большей степени проявляется заинтересованность людей, которые хотят застраховаться под конкретную болезнь. Поэтому нам пришлось долго разбираться в этом вопросе и готовить специальные предложения. Одним из основных предложений является развитие тезиса, который сегодня обозначил Дмитрий, Владимирович. Мы предлагаем не просто солидарную или паритетную ответственность, а еще и разную по разным группам медикаментов. Вот на этом слайде Вы видите, что у нас программа предусматривает скидки от 10 до 50%. Я опускаю всякие страховые вещи, потому что сегодня докладчик не поднял эти вопросы и не стал их обсуждать. Речь идет о страховом тарифе, страховой сумме, страховом взносе и прочее.

Нам представляется крайне важным ситуация, связанная с определением страхового риска и страхового случая, потому что здесь впервые мы сталкиваемся с уникальным моментом. Есть разница между страховым риском, которым, по сути, является обращение за медицинской помощью и страховым случаем, которым является приобретение медикаментов. И это должно быть обязательно законодательно закреплено независимо от того, будет это в ОМС или ДМС.

Следующий слайд ключевой, я бы хотел, чтобы его все увидели. Программа может быть успешно реализована и, строго говоря, неважно в каком виде. Но даже при условии, что это программа обеспечения, при условии правильного наполнения, так называемой, «медикаментозной корзины», установления минимального страхового возмещения на лекарственные препараты, имеющие широкий спектр применения и определения страховой суммы, она не должна быть безразмерной. Мы у себя также вводим обязательное использование рецептурных бланков, которые прилагаем к Договорам. Это связано с тем, что у нас есть требование зафиксировать страховой случай. Если мы даем доступ к тому, что любой врач может выписать рецепт, тогда возникает проблема, как будет зафиксирован страховой случай? В условиях ОМС, конечно, несколько проще решается ситуация, но с законодательной точки зрения, это - то же самое.

И еще мы вводим технологически необходимое нам понятие «авторизация каждой покупки». Без этого обстоятельства невозможно работать, потому что иначе мы не сможем отследить страховой случай. Нам удалось разработать технологию, которая позволяет это делать. К сожалению или к счастью, но мы полагаем, что должен быть фиксированный перечень

аптек. Здесь я не совсем согласен с основным докладчиком о широком доступе в аптечной сети. Это, прежде всего технологические особенности той же авторизации, потому что она должна иметь определенные технические возможности.

Медикаментозная корзина – это средняя стоимость потребления медикаментов на одного человека в год. Мы на данных одной из территорий, которая в прошлом году раскрыла свои показатели, показываем, что медикаментозная корзина ДЛО составляет всего 3837 рублей на человека, в среднем. Если ее скорректировать на те медикаменты, которые сейчас исключены из ДЛО, то она становится еще меньше, примерно 2 тысячи с небольшим. Наша же медикаментозная корзина, которую мы реализуем в ДМС, составляет 38 тысяч рублей. Я бы хотел, чтобы все присутствующие понимали, что не всю эту сумму покрывает страховая компания. Она покрывает примерно 12 тысяч. Это страховая сумма, а величина страхового взноса для застрахованного при массовой продажи такого продукта составляет 980 рублей в год.

К сожалению, за неимением времени, я думаю, у меня больше нет возможности рассказывать о других нюансах, но мне кажется, что это достаточно перспективно. Я рад, что выбрано общее направление в этом же плане, но оно немножко больше озадачено технологическими вопросами. Нам, исходя из нашего опыта, они представляются гораздо более сложными. Спасибо.

Ясин Е.Г. – Хотел бы сказать, Леонид Алексеевич, что мы уже слушали здесь страховщиков и готовы предоставить слово еще раз, столько сколько нужно. С моей точки зрения, работа в страховых компаниях, причем классная работа, которая контролируется и обеспечивает нужное качество контроля. Это важнейший элемент в реформе здравоохранения, поэтому готовьте доклады, чтобы не выступать по чужому докладу, а сами подробно, со всеми обоснования, чтобы вопросы на Вас сыпались. Я сам пару каверзных вопросов Вам задам.

Берестов Л.А. – Это только первый опыт, Я все материалы оставлю.

Ясин Е.Г. – Плохо, что первый опыт. Мы уже должны были за это время накопить опыт, а мы только начинаем поворачиваться. Есть еще желающие? Пожалуйста.

Береговых В.В. - член-корреспондент РАМН, профессор.

Я хотел остановиться на вопросе, связанном с рисками. Мы сразу сказали, что лекарств у нас сколько угодно, и мы их распределяем. Но давайте поговорим о самом товаре, о лекарственных средствах. О рисках, связанных с лекарственными средствами. О ситуации, связанной с лекарственным обеспечением. Вот здесь мне кажется, хоть Дмитрии Владимирович сказал, что остались маленькие частности, так вот эти

частности эту концепцию не сдвинут с места совершенно. Давайте просто некоторые риски назовем.

Закон «О лекарственных средствах» был очень сильно упрощен законом № 122-ФЗ (закон о «монетизации» льгот), из него ушло примерно треть статей. Сегодня этот закон вообще не отвечает состоянию нормативного регулирования, которое есть во всех развитых странах, я беру Европу, Америку. Поэтому у нас сегодня стоит вопрос о необходимости скорректировать закон «О лекарственных средствах».

Следующий риск – Патентный закон. Дмитрий Владимирович сказал о вопросе, связанном с инновационными предприятиями. Вы извините, пожалуйста, но у нас любое лекарственное средства патентуется на 20 лет. А Индия и Китай это делают на год. Я хочу сказать, что уже давно наше поле запатентовано иностранными предприятиями.

Налоговый кодекс предполагает, что затраты на научно-исследовательские работы, связанные с лекарственными средствами, включаются в себестоимость в первые 3 года, а дальше за счет прибыли. Создание лекарственного средства идет 12 - 15 лет. Следовательно, я не знаю, какое предприятие будет за свой счет создавать новые лекарственные средства. Следующий вопрос. У нас сказано в Законе «О лекарственных средствах» (19 статья пункт 5) сказано, что не допускается государственная регистрация различных лекарственных средств под одинаковым названием, как и многократная государственная регистрация одного и того же лекарственного средства под одним и тем же или различными названиями. Это означает, что если я куплю лицензию, выпустить лекарственное средство закон не разрешает. Следовательно, прогресса в инновациях и создании препаратов не будет.

Подзаконные акты. В развитых странах субстанции нигде не регистрируются. Для этого есть национальная фармакопея. В РФ национальной фармакопеи нет. И хоть анонсировалось, что на конференции «Человек и лекарство» будет представлена Российская национальная фармакопея – ее не было. Я просто в среду присутствовал на анонсировании американской фармакопеи в русском переводе. Следовательно, мы сегодня будем регистрировать субстанции и платить дополнительные деньги. Регистрация затягивается на 2-3 года, а поменялась субстанция, значит, предприятие пролетело и выпускать лекарственное средство не может. Вот страхуйте чего хотите! Лекарства не будет.

Есть совершенно четкая, принятая Всемирной Организацией Здравоохранения концепция национальной лекарственной политики. Она базируется на понятии «основные лекарственные средства». У нас есть перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утверждаемый Правительством и перечень для ДЛО. Но эти перечни, особенно для ДЛО, в год по 4-5 раз в год меняются. Поймите, пожалуйста, какой производитель, поставщик может угнаться за этими изменениями. Та же ситуация у нас и с ценам.

В соответствии с 13 статьей «Закона о лекарственных средствах», другими нормативными документами лицензию предприятие может получить только в том случае, если оно соответствует GMP . У нас более 600 предприятий имеет лицензии но по данным Росздравнадзора только 50 предприятий соответствуют правилам GMP, а остальные не соответствуют. Товарищи, ну давайте или законы соблюдать или их не принимать.

Система декларирования. Возможно, как в Европе, собственными доказательствами, где есть принцип уполномоченных по качеству, когда предприятие доказывает, что лекарственное средство произведено в соответствии с регистрационным досье в условиях правил GMP или с участием третей стороны. Третья сторона по документам органов Федеральной власти не отвечает за выданную декларацию соответствия, за качество отвечает предприятие. Так давайте уберем эту систему деклараций и пусть этим вопросом занимается предприятие.

Важный итог, что говорит национальная лекарственная политика? Нам обязательно нужен новый вариант Федерального Закона о лекарственных средствах, обязательно нам нужна национальная фармакопея России. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств должен пересматриваться и считаться перечнем основных лекарственных средств. Должен быть официальный формуляр лекарственных средств РФ, который основывается на стандартах лечения. В Европейских странах врач имеет право выписывать только те лекарственные средства, которые в формуляре записаны применительно к соответствующему заболеванию. И отсюда тогда у нас выйдет стратегия развития фармацевтической промышленности – на основании перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Любой участник рынка тогда будет уверен, что государство гарантирует закупку этих основных лекарственных средств. Спасибо за внимание.

Ясин Е.Г. – Спасибо. Еще желающие есть. Пожалуйста.

Евдаков В.А. – **главный врач городской поликлиники № 224 г. Москвы, д.э.н.**

Я начну с самого начала, с чего начал Дмитрий Владимирович. Я должен сказать, как врач практический или организатор практического здравоохранения, я не совсем могу согласиться, что сегодня у врача нет стимула к правильной выписке лекарственных препаратов в системе ДЛО. Если нет финансового стимула, то есть административный, а, скорее всего, дисциплинарный стимул. Скажу просто, мы, главные врачи, просто выкручиваем руки врачам, для того чтобы они не выписывали «дорогостой», потому что денег у нас нет. Рамил Усманович абсолютно прав, диктат - это деньги. Денег в Москве не хватает. И сегодня, Евгений Григорьевич, на Ваш вопрос, все-таки кто диктует политику при взаимоотношении врач-пациент в отношении выписки лекарств пациент или врач? Да, конечно, врач. **(Реплика: Ясин Е.Г. – Это очевидно.).** Конечно, он определяет, что

выписать, что не выписать, потому, что он оглядывается, какая будет реакция, если он перерасходует лекарственные средства.

Еще тезис о том, что мы не научились составлять заявки. Нет, научились. Дмитрий Владимирович. Москва, наверное, имеет больший опыт, чем страна в целом. Мы давно работаем в системе ДЛО и у нас сейчас эта система достаточно отлажена. А вот то, что вы сказали о системе рисков, в той программе, которую Вы предлагаете, риски должны быть все-таки двухсторонними. Они не должны касаться только лечебного учреждения. Они должны касаться и дилеров, которые от производителя поставляют нам лекарства. Что сегодня творится? Беспредел. Список один, утверждена программа одна. Нам меняют лекарства, меняют дозы, меняют нормативы. Хотя у пациентов складывается предпочтение в лекарственном лечении, привязанности к тем или иным лекарственным препаратам. Мы перестраиваем всю систему лечения и работаем под дилера. Дилер никаких рисков сегодня не несет. Все риски несем мы. Мы оправдываемся перед пациентом и перед властями. Понимаете, получается система одностороннего риска. Я думаю, что если в этой программе это будет учтено, это будет очень правильно. Это будет взаимная ответственность. Если сказать в целом о программе, то мне очень понравились дополнения и отдельное выступление Рамила Усмановича. Он практик, он знает все эту систему изнутри, наверное, лучше всех нас вместе. И выступление Юрия Михайловича Комарова. Конечно, может не все, Юрий Михайлович, но многое идет от практического здравоохранения, оно ведь тоже нуждается в помощи, ему тоже надо помочь. Оно не должно нести одно на себе всю эту ответственность. А если говорить в целом о программе, я не могу ее не поддержать. Сама по себе программа, идея в программе Дмитрия Владимировича интересна, очень интересна.

Евгений Григорьевич, мы обсуждали на предыдущем семинаре, вопросы соплатежей оказания медицинской помощи. Мы же говорим, что лекарственная помощь - это составляющая часть медицинской помощи в целом, и мы поддержали эту идею. И сегодня Сергей Владимирович Шишкин показывает в своих работах, сколько люди доплачивают из своего кармана (неформальные соплатежи) при лечении в амбулаторно-поликлинических условиях, в больничных условиях, при оказании скорой медицинской помощи, мы же это знаем. Сегодня это портит систему, она разлагает эту систему. Введение формального соплатежа - это попытка упорядочить систему, увязать ее, сделать систему богаче, сделать ее чуть-чуть богаче финансово. Может это позволит решить многие проблемы. Очень интересно. Спасибо.

Ясин Е.Г. – Спасибо. Пожалуйста.

Шейман И.М. –Я не знаю, первый ли раз представляет Дмитрий Владимирович свою концепцию или не первый, но мы были бы польщены, если бы узнали, что это одно из первых представлений, и общая реакция у

меня лично очень-очень позитивная. У меня такое ощущение, что многие вещи поставлены просто с головы на ноги. Не льготники и все остальные, не два разных канала прохождения денег (по льготной рецептуре и нельготной рецептуре), в одном случае рынок, в другом случае закупки, а единый канал, за исключением чего-то, что мы выделяем в «катастрофические» риски.

Введение современной системы соплатежей для того, чтобы привлечь дополнительные средства и для того, чтобы создать какой-то элемент ценового сигнала. Все это очень разумно, представляя собой движение к современной европейской модели лекарственного страхования, именно всеобщего лекарственного страхования (я не говорю о ДМС).

Сразу хочу сказать о прозвучавшей здесь озабоченности в отношении способности или, точнее, неспособности людей делать соплатеж. Ну зачем же раньше времени политизировать эту проблему? Формально не платим за лекарства, а тут говорят – делай соплатеж, надо что-то платить. Формально не платят, простите, 5 миллионов человек, а 135 миллионов человек платят за это. И платят много! Сегодня они платят за лекарства по полной рыночной стоимости, а здесь предлагается, что за них государство будет частично платить. Вот о чем речь идет в этой концепции. О создании всеобщей системы лекарственного страхования с соучастием населения. Бремя финансовых расходов, естественно, снижается для подавляющей части населения.

Совершенно понятно, что одно дело концепция, другое дело механизмы. Правильна исходная позиция: именно врач определяет издержки. Как врач поведет себя, так и будет. Легко сказать, что надо разделить финансовую ответственность между врачом и амбулаторно-поликлиническим учреждением. Вопрос этот очень тяжелый и просто так сказать о разделении финансовой ответственности – это ничего не сказать. Этот вопрос уже неоднократно обсуждался, когда разрабатывалась схема ДЛО, разрабатывалась, к сожалению, наспех, и эти вопросы поднимались тогда: какова степень финансовой ответственности врача и лечебного учреждения.

Я глубоко убежден в том, пока мы в тариф оплаты амбулаторной помощи не будем включать хотя бы часть расходов на лекарственные средства, говорить о каких-то финансовых рисках совершенно бессмысленно. Мы говорили с Валерьяном Алексеевичем, практическим руководителем, можно ли спросить с поликлиники за какое-то превышение затрат, если она не является держателем этих денег. Конечно, нельзя! Нужна современная система разделения рисков между территориальным фондом и амбулаторно-поликлиническим учреждением. Начинать надо с небольших финансовых рисков, которое несет лечебное учреждение за возможное отклонения расходов. А потом строить вертикаль – вплоть до конкретного участка, конкретного врача.

Совершенно согласен с тезисом о том, что корни всех проблем с лекарственными средствами в практической медицине. Поэтому одними финансовыми стимулами здесь не обойтись. Нужно просто учить врачей

нормально использовать ограниченный запас лекарственных средств. Во всем мире существует рационирование медицинских услуг и особенно лекарственных средств. Существует фармацевтический менеджмент: врачей учат управлять затратами на лекарства. И здесь дело не только в экономике.

Вопрос о соплатежах. Почему сразу ставится вопрос о паритетном участии – 50% на 50%? Кстати, когда мы в прошлый раз говорили о фиксированном соплатеже, я не имел ввиду, что это обязательно абсолютный размер. В этом смысле я с Вами согласен, что процент должен быть, фиксированный процент. Но совсем не обязательно 50%. Считать надо. Возможны варианты. Возможно, как это делается во многих странах, в пределах опорной цены по классу лекарств можно брать небольшой процент соплатежа, а за разницу между опорной ценой и ценой конкретного бренда – более высокий процент. Идея состоит в том, чтобы стимулировать потребление и выписку более дешевых дженериков. Здесь, я думаю, Высшая школа экономики готова помочь в разработке этих конкретных схем соплатежей.

Критический момент, Дмитрий Владимирович: зачем нужна вертикаль фондов? Я имел привилегию прочитать Ваш доклад, поэтому немного больше готов к обсуждению. Вы об этом не говорили, но в концепции есть пункт о том, что нужно подчинять территориальные фонды Федеральному фонду, нужно восстанавливать управленческую вертикаль, дальше линия на акцепт реестров, пусть в трех или десятидневный срок и проч. Зачем все это городить? Вы ведь сами говорите о том, что сегодня территориальные фонды вполне дееспособны, накопили опыт, накопили информационные системы. Судя по Вашей логике, система централизованных закупок исчезает **(Реплика: Ясин Е.Г. – не горячитесь, он не настаивает).**

Дальше. По-поводу внешнего контроля. Почему только Росздравнадзор? Почему только он в этой схеме? Почему не территориальный фонд, как главный держатель средств, как страховщик? Совершенно логично предоставить ему это право и наделить его этой функцией.

Участники программ. Да, все учреждения, включая частные, могут участвовать. Но думаю, что все они должны иметь договоры в системе ОМС и брать на себя обязательства участвовать в мероприятиях по оптимизации затрат.

Роль информации. Я был, если не участником разработки ДЛО, то свидетелем всех этих обсуждений по поводу создания персонифицированного учета, всевозможных отчетностей с мест, огромного количества писанины, которая в ДЛО планировалась и реально существовала. Казалось бы, много информации, есть персонифицированный учет, много умных людей в этой системе. Почему так получилось, что информация, которую так много собирали, не предупредила о надвигающемся дисбалансе, ну где-то на дальних подступах к проблеме?! Я к чему это говорю? Когда Вы докладываете о своих роскошных информационных центрах, которые находятся в Москве, а анализировать

информацию надо в Сибири, возникают вопросы. Я не случайно задал Зурабову М.Ю. на нашем семинаре прошлым летом вопрос: зачем нужен персонифицированный учет? Ответ был простой: для контроля. Думаю, что не только для контроля, а прежде всего для управления. Управления системой лекарственного страхования. Чтобы не допустить или хотя бы предупредить возможный дисбаланс в системе. Его надо очень бояться! Он в этой системе объективно заложен - в силу многих особенностей рынка. Вся информация должна на это работать. И это крайне сложно сделать из центра.

И последнее. Опять же по своему «свидетельскому» опыту, хочу предупредить Вас, чтобы не было спешки с реализацией этого проекта, как это было с системой ДЛО. Надо очень и очень основательно все проработать. И те вопросы, которые здесь уже поставлены, и массу других вопросов. Не такая уж это простая схема. Она ясная, она более прозрачная, но она совсем непростая.

Ясин Е.Г. - Пожалуйста.

Макаров В.В. – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, заместитель директора.

Я некоторое участие принимал в подготовке данных материалов и самой концепции. Мне, хотелось бы озвучить несколько мыслей, которые может быть не вполне ясны с точки зрения подготовленных материалов. Коллеги, я работаю в системе не так давно и со свежего взгляда у меня складывается следующее впечатление. Наше государство готово тратить 33 миллиарда рублей на несколько десятков тысяч больных и это правильно. Безусловно, это социальная программа и это нужно. Вместе с тем, мы совсем не готовы заниматься нормальным лекарственным обеспечением всех остальных граждан, для того чтобы потом эти 33 миллиарда не тратить. Здесь я абсолютно согласен с Комаровым Ю.М., что первичное звено, безусловно, важно. Вместе с тем, у нас есть оценки и по стационарам, поскольку часть этих расходов финансируется через систему ОМС.

Мы с Вами должны понимать, что те цифры, которые были представлены – 46 евро на человека - это как раз характеризует все наше население, за исключением тех людей, которые попали вот в эти декретированные категории. Соответственно, с другой стороны, массовый выход людей из программы обусловлен тоже очень простыми вещами – это организационная сложность. Если мы начинаем говорить о сложных системах расчета с аптечными учреждениями, о сложности в части какие лечебно-профилактические учреждения, на каком уровне, какие врачи и как могут выписывать рецепты, мы автоматически налагаем на аптечные учреждения целый комплекс проблем.

Начнем с сегментирования людей, дифференциации людей. Если у нас есть некоторые категории, которые чуть более равны, чем все остальные, в этом случае у нас возникает необходимость в каждом аптечном учреждении иметь в очередной раз регистр этих людей. Это персонифицированные

данные, соответственно защищаются Законом № 152-ФЗ. Ни одна аптека на сегодняшний день, это факт, равно, как и большинство лечебно-профилактическое учреждение, обеспечить выполнение требования законодательства по защите персональных данных не может. Это первое.

Второе, то, что возникло в ДЛО. Фактически мы знаем, что право на получение лекарственного препарата в ДЛО у человека возникало не в тот момент, когда он попадал в какой-то регистр, который должен стоять и в аптеке и в лечебно-профилактическом учреждении, а с момента назначения ему единовременной денежной выплаты. Существует масса случаев, и мы с этими проблемами сталкивались и пытались их решать и в прошлом году и в позапрошлом году, когда лекарственный препарат человек не мог получить, только потому, что его забыли в какой-то регистр включить.

Масштаб проблемы следующий. В системе ДЛО участвуют по состоянию на 01.01.08, как минимум 32 тысячи компьютеров. Регистр льготников изменялся три раза в месяц. До 4% лечебно-профилактических учреждений добираться надо авиатранспортом, для того, чтобы регистр этот поставить. Есть люди, которые получают 10% возмещения, есть люди, которые получают 80% возмещения, это абсолютно правильно, но получать его они должны не в аптеке и не в лечебно-профилактическом учреждении. Есть социальная сфера, есть возможность обеспечить возмещение уже фактически понесенных расходов через некую социальную надстройку, действительно адресно и только тем гражданам, которые действительно в этом нуждаются. Соответственно, наша программа не предполагает какой-либо сегментации людей.

Теперь, что касается сложных элементов расчетов. Коллеги, наверное, я выражу общий настрой рынка, особенно аптечного звена, в том, что программу ДЛО с теми завершениями расчетов, которые у нас были, с дефицитами, которые никто не мог предвидеть, аптечные учреждения боятся.

Сегодня срок возмещения аптекам официально установлен в 180 дней, а на практике, если вспоминать прошлый год, это доходит и до 360 дней. Если мы не создадим понятных, прозрачных механизмов работы с аптеками, а три дня возмещения, это понятный механизм, мы добровольно аптеки туда не получим.

Теперь, что касается перечня, пару слов тоже скажу. Очевидно, что специфики там быть не может, это не значит, что в этой программе быть не может, это не значит, что доступ к специфическим лекарственным средствам не должен быть реализован, это задача, безусловно, государства. Вместе с тем, администрирование программ, связанных с управлением дорогостоящими лекарственными препаратами должно быть совсем иным. Это, конечно, не рыночные цены. Это, конечно, не в любой аптеке. Этого препарата нет в любой аптеке. Это тоже, наверное, не открытие.

И еще один момент, который я хотел бы отметить. Коллеги, программа ориентирована на здоровых людей, на профилактику, в том числе заболеваний. На сегодняшний день большинство молодых людей, я не исключение, к сожалению, ходить и стоять в очередях в нашу

муниципальную сеть, в муниципальные лечебно-профилактические учреждения для того, чтобы получить рецепт, очевидно не может. Если мы хотим работать, мы должны работать. Программа должна быть простой. Каждый врач, вне зависимости от того, работает он в муниципальной сети, в частной сети, имеет право, в силу своего статуса врача, выписать лекарственный препарат. Другой вопрос, каким образом урегулировать правоотношения между лечебно-профилактическим учреждением и фондами ОМС. Но если мы сразу говорим о том, что это только те лечебно-профилактические учреждения, которые работаю по ОМС, да, безусловно, наверное, в какой-то степени это оправдано с точки зрения вписывания этой программы в действующую модель ОМС. На практики мы понимаем, что мы отсекаем достаточно большую категорию людей, которая весьма активна, но которые ходить в нашу муниципальную сеть не имеет времени и возможности. Я уж не говорю про иногородних, я не говорю про систему ОМС, которая функционирует не самым лучшим образом. Получить медицинскую помощь вне территории страхования тоже не всегда бывает просто, равно, как и рецепт и т.д. Программа ориентирована на очень простые элементы.

И последний момент, связанный с процессинговыми центрами, с информационными системами, со всем остальным. Это все появилось либо в 2007 году, либо в 2008 году.

Ясин Е.Г. – Дорогой мой, второй доклад уже делать не надо

Макаров В.В. – Извините.

Шишкин С.В. – Независимый институт социальной политики, директор научных программ, профессор

Я хотел бы поблагодарить и Дмитрия Владимировича и Рамила Усмановича за интересное и, что для меня было очень полезно, четко структурированное выступление. Большое спасибо. Действительно, я думаю, все согласятся с тем, что, наконец, давно летающая идея лекарственного страхования, кажется, переводится в практическую плоскость. Это заслуживает всяческой поддержки.

Я хочу в своем выступлении привлечь внимание к некоторым проблемным зонам в предлагаемой концепции, но оговорюсь, что может быть эти проблемы связаны с недостатком времени на их изложение докладчиком.

Я задал вопрос о планировании объемов государственных расходов. Вы мне ответили как вы предполагаете считать, но этот вопрос имеет вторую сторону – управляемость объемами расходов. Одно дело, что вы запланировали, заложили в бюджет, но все мы знаем, что происходило с программой ДЛО. К сожалению, увеличение расходов сверх запланированных, конечно, не в таких масштабах, как в ДЛО, может произойти и здесь, несмотря на то, что будет разделение расходов с пациентами. Почему? Потому, что возможно влияние производителей,

дистрибьюторов на выписку лекарств. Мы знаем все механизмы этого влияния, как врачей заинтересовывают выпиской лекарств. Как вы с этим будете бороться, пока не было сказано

И второй сюжет, который очень важен, но Вы о нем не упомянули. После того, как вы введете такую систему, очень возможен рост цен на лекарственные препараты. Давайте возьмем простой пример. Лекарственный препарат стоил 100 единиц. Завтра вы объявляете, что половину его цены будет компенсировать государство. Послезавтра будет 190. Пациент платит 95, ему это выгодно, он экономит 5 единиц, а 95 компенсирует государство. Я надеюсь, что так не будет. Но такие схемы, которые действуют в Западной Европе, с двумя проблемами всегда сталкиваются. Это естественный риск лекарственного страхования - проблема борьбы с выпиской дорогостоящих препаратов и проблема борьбы с завышением цен производителями. Есть разные механизмы, но этим надо заниматься. И регулированием цен в этой системе и регулированием выписки лекарств. Я надеюсь, вы это продумаете, и эти предложения в концепции будут.

Теперь о разделении рисков в этой системе. Сейчас, во всяком случае, как это прозвучало, фактически риски делятся между государством и самим населением. Действительно, все правильно, создаются стимулы к тому, чтобы население соучаствовало, но в принципе, платит население, а остальное доплачивает государство. Как в этой системе разделения рисков участвуют территориальные Фонды ОМС, страховщики, лечебно-профилактические учреждения, аптечные учреждения? Кроме штрафов, которые Вы упомянули, я пока не увидел этих механизмов. Наверное, они у вас будут, но пока их нет.

Если нет системы разделения рисков по цепочке, то тогда говорить о лекарственном страховании можно только в пропагандистских целях. Конечно, это тогда никакое не лекарственное страхование, а обычное расширение государственных гарантий. Государство просто дополнительно дает гарантии, что оно на 50% субсидирует покупку лекарств, пусть даже из ограниченного списка.

Механизма страхования здесь нет, даже если деньги проходят через систему ОМС, но я надеюсь, что Вы, как директор Федерального фонда ОМС, понимаете, что это большая разница.

И наконец, стимулы для медицинских учреждений. Вы упомянули негативные стимулы, и, конечно, очень важно с ними бороться. Но нужно подумать и о позитивных стимулах. Чтобы врач не только боялся выписать неправильно, потому что тогда его накажут. А чтобы он знал, что размер его материального вознаграждения зависит от того, насколько он придерживается рекомендаций по назначению дженериков, а не патентованных лекарственных средств. В систему поощрения врачей при расчете стимулирующих надбавок в новой системе оплаты труда должны быть включены показатели, которые завязаны, в том числе, на политику эффективного выписывания лекарственных средств.

И последнее, что я хочу сказать. Мне понравились все принципы, которые Вы назвали, кроме последнего – организационная простота. Вот если на те изъяны, к которым я хотел привлечь внимание, вы будете серьезно реагировать, то организационная простота не позволит это решить. Такие системы сложны, и это нормально. Они и должны быть сложными. Поэтому мы должны понимать, что если мы хотим сделать систему организационно простой, то у нас следствие одно – перенесение издержек на государство. Мы должны понимать, что чем проще, тем дороже. Вот это надо иметь в виду. Спасибо.

Ясин Е.Г. – Прошу

Гришин В.В – помощник Председателя Счетной палаты Российской Федерации, профессор

Мне очень приятно, что через 12 лет после того, как мы начинали лекарственное страхование в одной из областей РФ, сейчас вернулись к этой проблеме. 12 лет назад мы эту идею благополучно озвучили и в одной из областей попытались кое-что сделать. Была создана информационная система. Мы подошли вплотную к персонифицированному учету потребления медикаментов. Мы сделали упор на страховые аптеки, мы сделали упор на цены, мы сделали упор на дилеров, на всю цепочку товаропродвижения. Это первое.

Второе. Вы сказали, что цена может резко возрасти, и это однозначно так. Наш подход был такой: в стационарах желательно все бесплатно плюс 30% возмещения от покупки медикаментов в амбулаторной сети. Все. Фактически это было участие государства в приобретении медикаментов населением. Я подтверждаю, что там не было никакого страхования.

Уместно будет вспомнить, что как раз в 1996 году (об этом говорили на прошлом семинаре) мы официально обратились в Правительство с тем, чтобы пересмотреть тарифы на все страховые Фонды.

Пенсионному фонду, как сегодня показывает практика, достаточно 22 %, Фонду соцстраха достаточно 3% и мы говорили, чтобы все нестраховые расходы отдать на лекарственное страхование. Это все было в жизни уже 12 лет назад. И поэтому участие государства, как раз и предполагало 3,6% взноса на ОМС от ФОТ плюс 0,5-1% на лекарственное страхование. И тогда мы какую-то цепочку простую выстраиваем. Но я, может быть, что-то не понял или не совсем понял - я покупаю, как простой гражданин лекарство, а государство доплачивает 50% стоимости. Я правильно понимаю? Мы исходили из другого. Я плачу 100% , а возмещается 30%. Другой немного подход.

Я не услышал сегодня ответа на один вопрос. У вас источник средств какой будет? Не надо, я сам отвечу. Я понимаю, что источника никакого не будет. На прошлой дискуссии мы упомянули о накопительных счетах. Американцы подошли к тому, что на личный накопительный счет каждого гражданина сбрасываются деньги. Вот это самая простая система. Известно кому, сколько, зачем и почему. Я иду плачу, я знаю свой лимит средств на

карточке, и вся система формируется в общий информационный блок. Это и аптеки и лечебные учреждения и прочее.

Еще один момент: когда мы это делали 12 лет назад, я ни в коем случае не допускал, чтобы Федеральный фонд в этом участвовал. Есть уровень страховщиков, которые тогда страховали 75-85%, а сегодня уже 95 % населения, есть территориальный фонд, которому достаточно этого уровня. Упор нужно делать на этом звене. Соплатеж, конечно, имеет свои плюсы, но мы пошли по другому пути. Все-таки я получу компенсацию, 30% - это участие государства. И, конечно, контроль за ценами. Поэтому может быть, есть смысл все-таки вспомнить, как сказал уже Юрий Михайлович, что в разных странах есть свои подходы к сдерживанию цен, и надо их учесть. Но в любом случае мы упремся в источник средств. Спасибо.

Ясин Е.Г. – Последний выступающий, предлагаю после этого дискуссию прекратить, потому что время подходит к концу. Пожалуйста.

Фадин Д.В. – Ведущий консультант фирмы «ОМБИС».

Одно короткое замечание. Мне кажется, что критичным в этой концепции может оказаться список препаратов. Мне кажется, что главная проблема заключается в том, что одним рычагом придется управлять двумя параметрами. С одной стороны это очень хороший инструмент для управления бюджетом. С другой стороны, этот же инструмент придется использовать для повышения медицинской эффективности этого страхования. Нельзя о ней забывать. Потому что это делается, чтобы лечить людей. Эти две тенденции будут действовать разнонаправлено. И управлять этим списком под давлением фармкомпаний, под давлением ЛПУ и под давлением бюджета будет очень трудно. Спасибо.

Ясин Е.Г. – Ну, что, господа? Есть еще мнения? Нет, тогда я представляю слово докладчикам. Пожалуйста, Дмитрий Владимирович.

Рейхарт Д.В. Какой регламент?

Ясин Е.Г. – Минут 10.

Рейхарт Д.В – Я постараюсь покороче. Спасибо, уважаемый, Евгений Григорьевич. Я хотел бы, во-первых, поблагодарить всех, кто высказался, задал вопросы, ряд соображений чрезвычайно интересны. Я бы, конечно, остановился на основном в своем выступлении. Но, может быть, я не все смог сказать, как и Вы. Несмотря на пояснения, которые дали я и мой заместитель, судя по тем вопросам, которые звучали, до конца нам не удалось разъяснить все положения, которые мы хотели бы сегодня донести. Но тем не менее я согласен с Юрием Михайловичем Комаровым, что внедрение системы лекарственного страхования нужно увязать с реформой всего нашего здравоохранения.

Должен Вам сказать, что сегодня у нас тема довольно узкая. У Федерального фонда были свои предложения, мы их внесли в те рабочие группы, которые были созданы Министерством здравоохранения и социального развития по подготовке концепции развития здравоохранения до 2020 года. Мы внесли эти предложения и, отсутствующему сегодня уважаемому Леониду Михайловичу Рошалю и Белову Владимиру Сергеевичу, заместителю министра здравоохранения. Все наши предложения сделаны и мы понимаем, что, конечно, это всего лишь один из небольших элементов, один из этапов на том большом пути по приведению нашего здравоохранения в цивилизованное состояние.

В отношении опыта компании «Совита». Я должен сказать, что прозвучало это достаточно интересно. Вы знаете также о том, что у нас есть совместная рабочая группа с Всероссийским союзом страховщиков, подписано соглашение о взаимодействии, есть план работы. К сожалению, мы не были проинформированы заранее, о таком интересном опыте. Надеюсь, что Вы найдете возможность (мы с Вами отдельно встретимся) обсудить более детально Ваши предложения. Они действительно очень интересны.

В отношении Закона о лекарственных средствах, о чем говорил Валерий Васильевич, и иных аспектах. К нашей теме это имеет некоторое отношение, без сомнения, но весьма относительное. Для информации я должен вам сказать, что мы дали свои предложения и сегодня вас призываю это сделать. В Министерстве здравоохранения есть рабочая группа, которая занимается подготовкой Закона о лекарственных средствах. Мы определенные изменения от имени Фонда представили туда, чтобы в этом законе был ряд общих положений, необходимых для реализации лекарственного страхования. Это я для справки хотел Вам сказать.

Уважаемый Валеран Алексеевич, уважаемый наш главный врач из города Москвы. Спасибо Вам, что Вы попались на эту провокацию, которую я упомянул в своем сообщении, о диктате пациента над врачом, а не врача над пациентом. Вы сказали все как есть. Мы все это знаем. Думаю, что Росздравнадзору, сегодня здесь присутствует уважаемая Елена Алексеевна Тельнова, тоже было интересно послушать то, что Вы говорили в отношении того, что происходит в Москве.

Теперь хотел бы выразить особую признательность Игорю Михайловичу. Очень много Вы задали вопросов. Я не буду отвечать на все за отсутствием времени, исходя из прозвучавших пожелания коллег. Но должен Вам сказать, что насчет персонифицированного учета Вы не правы. Было много интересных наработок, Владимир Вадимович говорил о том, что было 12 лет назад. Но когда я был направлен на работу в Федеральный фонд ОМС, в части системы персонифицированного учета там не было ничего, ровно ноль. Были системы в регионах, они очень интересные, но на Федеральном уровне системы контроля не было, мы ее создали. В результате в 2007 году, я эти цифры привел в докладе, расходы сократились на треть. Во многом это результат тех подходов, которые мы применили. Должен сказать,

что абсолютно с Вами согласен, что реализовывать программу нужно без спешки, мы так и предполагаем в концепции. Конечно, нужно тщательно все готовить.

Теперь в отношении того, что сказал уважаемый профессор Шишкин по увеличению расходов сверх запланированных. Да, такой риск есть, я об этом говорил в своем докладе, демонстрировал соответствующие слайды. Но должен Вам сказать, что у нас по лекарственным препаратам так называемого общего списка это, в основном, дженерики - более чем на 90%, рынок, то есть рынок воспроизведенных препаратов, сегодня, в отличии от того, что было 12 лет назад, - это высококонкурентный рынок. Это, во-первых.

Второе. 50% софинансирование со стороны гражданина, это второй механизм, который не допустит роста цен, который раньше был в тех экспериментах, которые в нашей стране проводились. Я отвечаю за свои слова, я уверен в том, что на высококонкурентном рынке не будет резкого роста цен. Разделить риски, конечно, необходимо. Мы намерено не стали подробно говорить о том, каким образом лечебно-профилактические учреждения будут отвечать финансово за нарушения при выписке лекарственных средств со стороны врача, механизм этот существует. Конечно, нужно вводить в тариф на ОМС соответствующую составляющую лекарственного страхования и тогда этот вопрос будет решаться вполне эффективно.

Абсолютно не согласен, что чем проще, тем дороже. Это не так. Но мы говорим об организационной простоте, о достаточно легкой технологической конструкции. Мой коллега, мой заместитель говорил о тех сложностях, с которыми мы столкнулись по программе ДЛО, особенно с учетом нового закона о защите персональных данных**.**

Ясин Е.Г. – механизм прост, как автомат Калашникова.

Рейхарт Д.В – Да, это будет достаточно простой и эффективный механизм. Но в целом я хотел бы сказать, что для нас очень приятно, что прозвучали такие заинтересованные мнения. Мы рассчитываем получить дополнительные комментарии, предложения и мы благодарны и Высшей школе экономики и всем участникам семинара. Спасибо.

Ясин Е.Г. – Пожалуйста, Рамил Усманович

Хабриев Р.У. - Уважаемые коллеги, я позволю себе не останавливаться на всех комментариях и вопросах, которые прозвучали, скажу только об одном. Сам факт проведения такого семинара говорит о том, что идея повышения доступности лекарственных средств, в том числе через систему лекарственного страхования, нуждается в подробном обсуждении и выверке. Самое главное, чтобы те ошибки, которые были при поспешном введении (точнее, вынужденном очень быстром внедрении) программы ДЛО, не

повторились. И опыт, который мы получили при внедрении ДЛО, тоже, конечно, должен быть учтен, и положительный опыт и отрицательный.

Персонально, Игорь Григорьевич Стуканов, хочу Вас поблагодарить. И еще обращаясь к одному человеку, ответственному за организацию этого семинара. Со своей стороны еще раз подтверждаю, что готов участвовать при необходимости в обсуждении тех вопросов, в которых я кое-что понимаю. Спасибо.

Ясин Е.Г. – Спасибо. Я очень коротко подведу итог. Я хочу выразить благодарность нашим уважаемым докладчикам за проделанную работу, которая действительно заслуживает внимания, с моей точки зрения. Очень во многом чувствуется продвижение вперед, и это очень важно.

Второе. Я бы хотел обратить внимание и докладчиков и всех присутствующих на одну особенность наших попыток модернизации различных сторон нашей жизни. Что-нибудь у нас возникает, потом мы на это начинаем надстраивать разные «халабуды». Поэтому получается не стройная система, а какие-то, может быть, живописные (**подсказка из зала – «загогулины»),** действительно загогулины. Они как раз организационной простотой не отличаются. Я не случайно задал вопрос про пациента, и в особенности про то, откуда рецепт появляется. Если так, как Вы объяснили, то это не связано с лечением. Возможно, диктатура пациента может иметь какой-то смысл. Но для здоровья это не нужно. Я просил бы просто подумать над какими-то более радикальными идеями, которые, мне кажется, созревают. Не к тому, чтобы ставить под сомнение вашу работу, но я хочу обратить ваше внимание на следующее обстоятельство.

По моим оценкам, объемы медицинского страхования в ближайшее время вырастут в 10-15 раз. Колоссальный спрос на желание быть здоровым! Мы это не учитываем. Люди становятся более состоятельными. Как только они стали более состоятельными, у них, может быть, сразу после Porsche Cayenne появится желание быть здоровыми. Мы должны исходить из того, что вчера для людей ОМС было неким аналогом как бы бесплатного медицинского обслуживания при Советской власти. Но так не будет. Мы через некоторое время обнаружим, что либо ОМС почти исчезнет или будет занимать очень небольшой удельный вес, либо государство лопнет, если оно захочет продолжать выполнять все обязательства, которые возьмет на себя.

С этой точки зрения, я прошу обратить внимание на то, что основным будет добровольное медицинское страхование. Здесь об этом говорилось. Мы не отказываемся и не можем отказываться от конституционного обязательства, что государство обеспечивает бесплатность какой-то медицинской помощи. Но надо уже теперь это встраивать в добровольное страхование, иначе мы не подготовимся к этому.

Какая доля ВВП тратится в Америке или в Европе на здравоохранение? 5,7,10,15%? Я думаю, что 15% у нас никогда не будет, да и не надо. Я глубоко убежден, что многие решения, которые приняты сегодня, ориентируются на существующее законодательство, на существующую

систему здравоохранения. Когда я сегодня слушал, я подумал, что когда-то было принято решение о льготных лекарствах, о предоставлении льготы на лекарство. И все дерево могучее выросло исходя из того, что существует эта льгота и она бессмертна. На самом деле это совсем не обязательно. Причем это натуральная льгота – человек платит более низкую цену. А ведь существует сто других форм, и еще можно придумать.

Сегодня реформа здравоохранения разрабатывается в министерстве и, насколько я понимаю, широкую публику не привлекают к этому делу. Я не в порядке обиды, но я прошу вас, как участников, предупредить, что ситуация будет очень быстро меняться, очень быстро. Это обстоятельство надо учесть, мы никуда от этого не уйдем. Мы обсуждали здесь, что в концепции долгосрочного развития сказано о растущем среднем возрасте населения – это серьезный фактор растущей потребности в медицинской помощи. Есть и другие факторы. Если мы хотим, чтобы шла реформа, то все эти факторы надо уметь прогнозировать. Это серьезно, это надо учесть.

Еще раз большое спасибо Вам за прекрасную работу - очень интересные доклады. И всем присутствующим за оживленную, заинтересованную дискуссию. До новых встреч, всего доброго.