

СИСТЕМА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК В РОССИИ. ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СФЕРЫ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

2.1. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В *Конституции Российской Федерации*, полностью в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права (см. разд. 1.1), говорится, что человек, его права и свободы представляют собой высшую ценность, а признание этих прав и свобод, их соблюдение и защита являются обязанностью государства (статья 2). Государственная политика в России, как социальном государстве, направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. К числу таких основных условий относится охрана здоровья (статья 7).

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в России имеет каждый. В государственных и муниципальных организациях здравоохранения согласно Конституции РФ медицинская помощь гражданам должна оказываться бесплатно за счет средств бюджетов, страховых взносов и других источников. Государством должны реализовываться федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, меры по развитию системы здравоохранения, поощряться деятельность, направленная на укрепление здоровья человека, экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие (статья 41).

Правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья, базирующиеся на Конституции РФ, сформулированы в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отрасль законодательства об охране здоровья включает также другие законы и нормативные правовые акты РФ и ее субъектов, принятые в соответствии с основами законодательства. К числу важнейших федеральных законов в сфере охраны здоровья относятся:

- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

- Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 02.01.2000 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов»;
- Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;
- Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
- Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;
- закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»;
- закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- Федеральный закон от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов»;
- Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

В соответствии с основами законодательства в сфере здравоохранения (статья 2 Федерального закона № 323-ФЗ), **охрана здоровья граждан** представляет собой систему мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, санитарно-противоэпидемического (профилактического) характера, которые осуществляются в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни.

Основными *принципами* охраны здоровья (статья 4) являются: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий (в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права); приоритет интересов пациента и охраны здоровья детей; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; приоритет профилактики; доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи и др.

Право на охрану здоровья обеспечивается (статья 18): охраной окружающей среды; созданием безопасных и благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан; производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощи.

Под **медицинской помощью** (статья 32) понимается комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включаю-

щих предоставление *медицинских услуг*, то есть медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, а также реабилитацию. К видам медицинской помощи относятся: первичная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная; скорая, в том числе скорая специализированная; паллиативная (статьи 33–36). В соответствии с законодательством отдельно выделяются медицинская реабилитация и санитарно-курортное лечение (статья 40).

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основой системы оказания медицинской помощи и включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Предоставление первичной медико-санитарной помощи осуществляется по территориально-участковому принципу в основном по месту жительства в амбулаторных условиях терапевтами, педиатрами и врачами общей практики. Доврачебная помощь (также относится к ПМСП) оказывается работниками со средним медицинским образованием, специализированная ПМСП — врачами-специалистами. Помимо амбулаторных условий ПМСП предоставляется также в условиях дневного стационара и в виде неотложной помощи.

Специализированная медицинская помощь (СМП) включает профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Данный вид медицинской помощи оказывается в стационарных условиях и в дневных стационарах врачами-специалистами.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), входящая в состав СМП, включает применение новых сложных, уникальных или ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Скорая медицинская помощь (включая специализированную) оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимых больных. Предоставляется в стационарных и амбулаторных условиях.

Медицинские организации (МО), в которых осуществляется оказание медицинской помощи, подразделяются на государственные (в том числе муниципальные) и частные. Государственные МО представлены организациями федерального и регионального подчинения.

Органы управления системой здравоохранения на федеральном уровне представлены *Министерством здравоохранения Российской Федерации* (Минздрав России), на уровне субъектов РФ — региональными министерствами (комитетами, управлениями) здравоохранения. В функции Минздрава России входят разработка и реализация государственной политики и

нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения, обращения лекарственных средств, медицинской помощи, фармацевтической деятельности, санитарно-эпидемиологического благополучия населения др. В ведении Минздрава России находится *Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения* (Росздравнадзор), осуществляющая функции по контролю соблюдения обязательных требований в сфере здравоохранения, обращения лекарственных средств, оказания медицинской помощи и пр. В сфере здравоохранения большое значение имеет еще один контрольно-надзорный орган, находящийся в подчинении правительства, — *Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека* (Роспотребнадзор). В функции Роспотребнадзора входит контроль в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, защиты прав потребителей и потребительского рынка.

В системе ОМС созданы внебюджетные государственные фонды: на федеральном уровне — *Федеральный фонд ОМС* (ФФ ОМС), на региональном — территориальные фонды. Работа фондов координируется совместно с органами исполнительной власти соответствующего уровня. В координации деятельности Федерального фонда участвует Минздрав России.

Финансирование медицинской помощи в РФ осуществляется из государственных источников (средств ОМС и бюджетов различных уровней), а также частных, в том числе ДМС). Минздрав России и региональные органы управления здравоохранением распоряжаются средствами федерального и регионального бюджетов¹ соответственно. ФФ ОМС аккумулирует основную часть средств ОМС и только затем уже распределяет их по территориальным фондам, которые оплачивают медицинскую помощь в рамках ОМС на региональном уровне.

ОМС является формой социальной защиты интересов населения в сфере охраны здоровья. Страхование граждан (застрахованных) в ОМС осуществляется без учета рисков возникновения заболеваний, то есть возраста, пола, состояния здоровья и пр. Выплаты в системе ОМС не зависят от страховых взносов и соответствуют величине ущерба. Страхователями (вносящими страховые взносы) для работающей части населения являются лица, производящие выплаты в пользу физических лиц (работодатели), а также индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие (уплачивают взносы за себя). Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов РФ. В роли страховщика² выступает ФФ ОМС. Страховые медицинские организации, являющиеся частью системы ОМС, в настоящее время реализуют лишь отдельные полномочия страховщика (непосредственно осуществляют финансирование и контроль оказания медицинской помощи), не неся при этом рисков.

При страховании в системе ДМС, в отличие от ОМС, всегда учитываются риски возникновения заболеваний, от которых зависит величина страховых

¹ Основными источниками наполнения бюджетов являются налоги.

² Организация, проводящая страхование, берущая на себя обязательство возмещения ущерба.

взносов. Страхователями в ДМС выступают сами граждане или работодатели. Взносы осуществляются добровольно. Страховщиками являются страховые медицинские организации, которые в данном случае несут страховые риски.

Оплата страховых случаев¹, как в ОМС, так и ДМС, осуществляется в рамках страховых программ, которые представляют собой перечень видов медицинской помощи и медицинских услуг, оплату которых гарантирует страховщик в случае возникновения заболевания.

Предоставление медицинской помощи, оплачиваемой из государственных финансовых источников в РФ, определяется *Программой государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи*, которая ежегодно принимается правительством сроком на три года. ПГГ включает: перечень заболеваний и состояний, при которых оказание медицинской помощи осуществляется бесплатно; виды и формы этой помощи; нормативы объема медицинской помощи на одного жителя; нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи; средние подушевые нормативы финансирования; критерии доступности качества оказания медицинской помощи и др. Основное ядро ПГГ составляет *базовая программа ОМС*. В соответствии с ПГГ органы государственной власти субъектов РФ утверждают *территориальные программы государственных гарантий (ТПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи*, включающие *территориальные программы ОМС*. ТПГГ формируются на основе нормативов федеральной ПГГ с учетом региональных коэффициентов и половозрастной структуры населения. Законодательно закреплено, что в ПГГ могут участвовать МО любой формы собственности.

В базовую программу ОМС входит оказание скорой помощи, ПМСП, СМП, ВМП (в соответствии с утверждаемым перечнем), а также мероприятия по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам, медицинской реабилитации, по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения). Предоставление медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС осуществляется МО различных форм собственности. Оплата выполнения территориальных программ ОМС производится территориальными фондами ОМС, куда средства в виде субвенций поступают из ФФ ОМС. Территориальные программы могут также дополнительно финансироваться из бюджетов субъектов РФ.

Из федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ в рамках ПГГ финансируется медицинская помощь, не включенная в базовую программу ОМС (прежде всего значительная часть ВМП, лечение заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и СПИДа, психических расстройств и расстройств поведения), а также расходы МО, не включенные в структуру тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС². Бюджетное фи-

¹ Событие, при наступлении которого в силу закона или договора страхования страховщик обязан выплатить страховое возмещение.

² Тариф ОМС на оплату медицинской помощи в настоящее время включает: расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, работ и услуг и пр.

нансирование получают медицинские организации государственной формы собственности, находящиеся в соответствующем подчинении¹.

ПГГ предусматривает бесплатное лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи в стационарах (СМП, ВМП, паллиативной помощи), в дневных стационарах (ПМСП), а также при оказании неотложной (ПМСП) и скорой медицинской помощи (в том числе специализированной), но не предполагает возмещение стоимости лекарств для всех категорий населения в амбулаторных условиях. Правами на льготное амбулаторное лекарственное обеспечение, финансируемое из бюджетных источников, в настоящее время в России обладают ограниченные категории населения и группы больных (подробнее см. в разд. 2.2).

В России финансирование системы здравоохранения осуществляется преимущественно из государственных источников, что соответствует конституционному строю России как социального государства. В составе финансирования медицинской помощи, по данным Минздрава России (Стратегия развития здравоохранения ...), в 2013 г. государственные расходы на медицинскую помощь составили 1,95 трлн руб., тогда как частные средства — 519,6 млрд руб. (79 и 21% всех расходов соответственно). Для всей системы здравоохранения, в том числе с учетом финансирования лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях, доля государства составляет менее значительную величину — примерно 70% (см. рис. 1.4). В структуре частных расходов доля ДМС составляет примерно 10%, что свидетельствует о низком уровне развития частного страхования и высокой доле прямых платежей со стороны населения.

Таким образом, до последнего времени в России действовала смешанная бюджетно-страховая модель государственного финансирования здравоохранения. В этом следует усмотреть ее отличие от системы финансирования здравоохранения в европейских и других развитых странах, где имеет место или бюджетная модель, или модель ОМС (см. разд. 1.4). Функционирующая в настоящее время модель финансирования здравоохранения в России представлена на рис. 2.1.

«Гибридная» модель является результатом исторических процессов. В советское время здравоохранение представляло собой бюджетную сферу. С 1993 г. на фоне либерализации экономики и перехода к рыночным отношениям наряду с бюджетным финансированием было введено ОМС. Система ОМС была создана с целью аккумуляции средств, которые могли быть использованы исключительно целевым образом² и должны были увеличить общие объемы финансирования здравоохранения. В течение двух десятилетий система ОМС доказала свою жизнеспособность и в результате заняла в системе российского здравоохранения центральное место.

Начало современных преобразований, которые могут быть охарактеризованы как реформа российского здравоохранения, относится к 2005—2006 годам.

¹ В финансировании оказания помощи в муниципальных медицинских организациях могут также участвовать местные бюджеты в случае передачи органами государственной власти субъектов РФ соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья органам местного самоуправления.

² В отличие от бюджетных средств, которые могли быть направлены на иные цели.

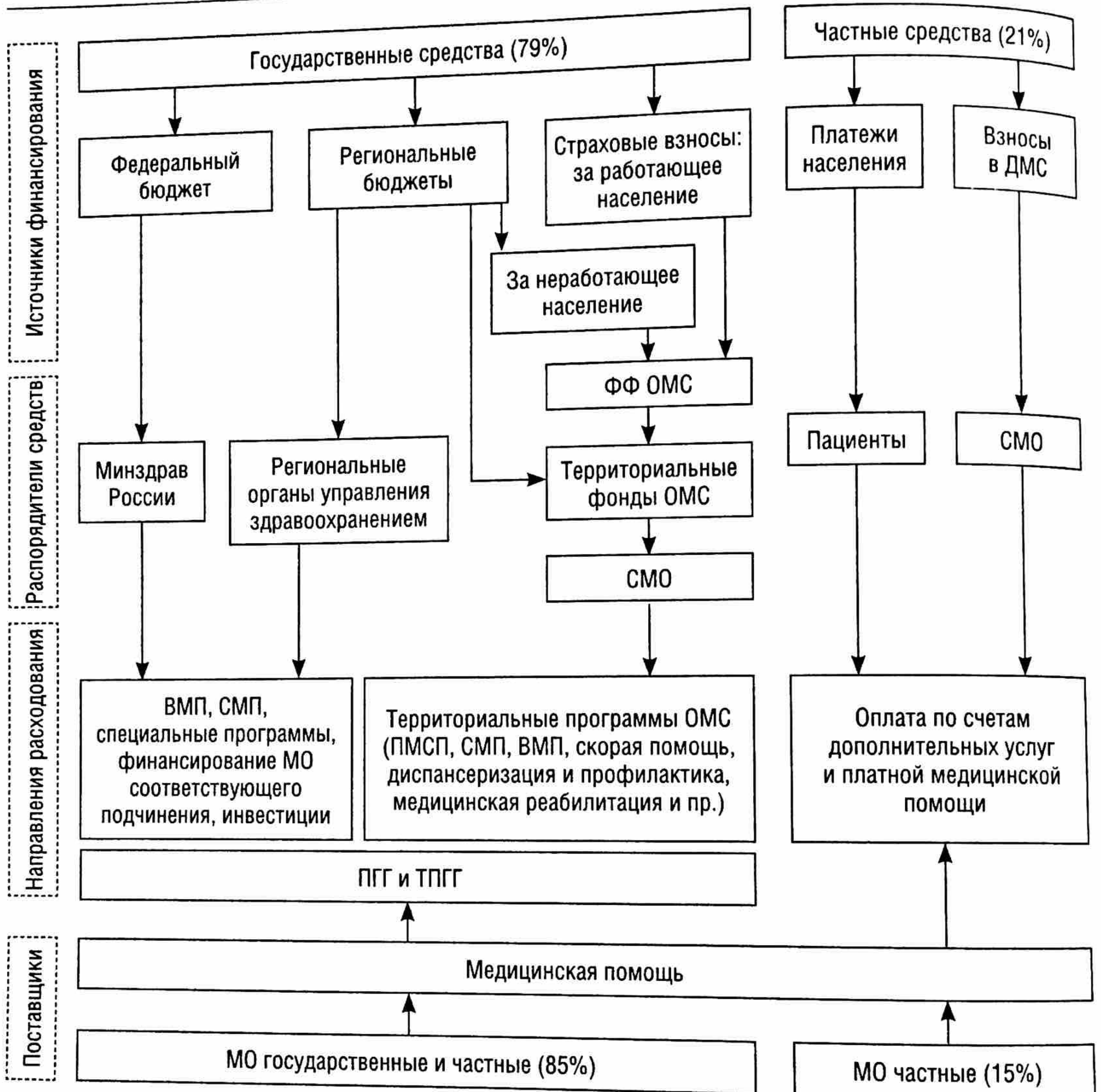


Рис. 2.1. Структура финансирования медицинской помощи в РФ.

Источник: при составлении схемы использован рис. 9.1 из (Лисицин Ю.П. и др., 2013, с. 279)

Первый этап этой реформы был связан с реализацией программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) (подробно см. разд. 2.2) и приоритетного национального проекта «Здоровье».

Приоритетный национальный проект «Здоровье» стартовал под эгидой Президента РФ наряду с другими национальными проектами, имеющими социальную направленность. Необходимость реализации проекта «Здоровье» была обусловлена крайне негативными демографическими тенденциями, сложившимися во второй половине 90-х гг. XX в. и первой половине 2000-х, состоящими в высокой смертности (прежде всего мужчин в трудоспособном возрасте от внешних причин), низкой рождаемости, низких показателях средней продолжительности жизни (в 2005 г.: 58,9 лет — мужчин и 72,5 лет — женщин,

65,4 года — всего населения), сокращении численности населения (за счет естественной убыли, то есть превышения числа умерших над числом родившихся).

Национальный проект «Здоровье», реализуемый в период с 2006 по 2009 г., включал такие направления, как: развитие ПМСП (повышение оплаты труда медицинских работников, оснащение амбулаторно-поликлинического звена и скорой помощи современным оборудованием и автотранспортом, программы повышения квалификации и переподготовки для врачей), усиление профилактической составляющей медицинской помощи (расширение программ иммунизации, диспансеризации и пр.), повышение доступности ВМП (повышение объемов оказания ВМП, строительство новых центров, развитие новых технологий), улучшение качества медицинской помощи женщинам в период беременности и родов (введение системы родовых сертификатов, строительство и оснащение региональных перинатальных центров), совершенствование медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, туберкулезом, развитие службы крови, формирование здорового образа жизни у населения (создание и оснащение центров профилактики во всех субъектах РФ) и др.

Принципиальным моментом в определении современной политики государства в сфере здравоохранения стало принятие Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года [Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р (ред. от 08.08.2009)]. В качестве цели государственной демографической политики в этом документе были обозначены: снижение темпов естественной убыли населения, стабилизация численности населения и создание условий для ее роста, а также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Была поставлена задача создания условий для повышения к 2025 г. численности населения до 145 млн человек и средней продолжительности жизни до 75 лет. В концепции обозначено, что для улучшения состояния здоровья населения необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения, причем доля государственных расходов в этой сфере по отношению к ВВП должна вырасти с 3,6 до 5,2–5,5% как минимум. В связи с этим важно отметить, что в настоящее время в России уровень финансирования здравоохранения, даже с учетом средств населения, значительно отстает от уровня финансирования в западных странах (см. рис. 1.3).

На решение задач в сфере здравоохранения, сформулированных в концепции, было направлено принятие целого ряда федеральных законов, прежде всего «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Данными законами было сформировано правовое поле для реформы системы здравоохранения, направленной на обеспечение государственных гарантий в отношении оказания бесплатной медицинской помощи, совершенствование системы стандартизации в области здравоохранения, модернизации системы ОМС, повышение эффективности организации медицинской помощи, информатизацию системы здравоохранения, развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и т.д.

Важным условием реформирования системы здравоохранения является переход от «гибридной» к преимущественно одноканальной модели финансового обеспечения ППГ и ТППГ через ОМС, что предполагает концентрацию финансовых потоков в системе ОМС, в том числе поэтапное «погружение» в систему ОМС все более широкого перечня ВМП. Переход на одноканальное финансирование должен повысить эффективность финансовой модели российского здравоохранения, усилить ответственность за реализацию программ госгарантий, снизить административные издержки, способствовать унификации условий реализации ТППГ в различных регионах РФ. Выравнивание финансового обеспечения ППГ на всей территории РФ является одной из важнейших задач реформы здравоохранения, поскольку это соответствует цели обеспечения равных прав граждан на охрану здоровья, вне зависимости от того, в каких частях страны они проживают.

Переход на одноканальное финансирование уже с 2013 г. проведен в целом ряде субъектов РФ. В структуре государственных расходов по итогам 2013 г. доля средств ОМС составила 43%, консолидированного бюджета субъектов РФ — 41%, федерального бюджета — 16%. Согласно планам на 2015 г. доля средств ОМС в структуре финансирования здравоохранения должна вырасти до 60%.

Выравниванию условий реализации ППГ способствовало также то, что с 2012 г. доходная часть бюджета системы ОМС была сосредоточена в ФФ ОМС (средства в территориальные фонды поступают в виде субвенций из ФФ ОМС), в то время как ранее основная часть страховых взносов (как за работающее, так и неработающее население) сразу поступала в территориальные фонды (соответственно, доходная часть бюджетов различных территориальных фондов значительно отличалась). Были также введены меры по нормированию отчислений из бюджетов субъектов РФ за неработающее население. Помимо этого, с 2011 г. доходы системы ОМС существенно возросли в связи с увеличением ставки страховых взносов за работающее население (с 3,1 до 5,1%). В 2011–2013 гг. за счет дополнительно собранных в ОМС средств были реализованы *региональные программы модернизации здравоохранения*, направленные на решение насущной потребности обновления и переоснащения материально-технической базы МО, информатизации здравоохранения, создания условий для реализации единых для всей страны порядков¹ и стандартов² медицинской помощи.

До последнего времени в российском здравоохранении не было единой системы тарифов на медицинские услуги и не были внедрены единые способы оплаты. Согласно закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь должна осуществляться на базе стандартов медицинской помощи, включающих усредненные показатели частоты предо-

¹ Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний). Включает: этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности МО, стандарт оснащения МО, рекомендуемые штатные нормативы и пр.

² Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: медицинских услуг, лекарственных средств, медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, видов лечебного питания и пр.

ставления и кратности применения медицинских услуг, лекарственных препаратов и пр. В 2012 г. после вступления в силу закона началась разработка стандартов. Однако к концу 2013 г., согласно результатам проверки Счетной палаты РФ, разработанной оказалась только часть необходимых стандартов (17,2%) (Чистова В.Е., 2014).

Практика показала, что медицинские стандарты не могут являться единственным инструментом управления финансированием медицинской помощи, особенно в условиях его дефицита. В связи с этим Минздрав России пошел по пути внедрения оплаты оказания медицинской помощи за каждого пролеченного больного по фиксированному тарифу для так называемых клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), то есть достаточно крупных групп диагнозов (Бычкова А., 2014). Поправочные коэффициенты определения стоимости, рассчитанные для КСГ, должны применяться к базовой ставке финансирования, устанавливаемой исходя из нормативов, фигурирующих в ТПГГ каждого субъекта РФ. Метод оплаты по КСГ находится на стадии апробации и по состоянию на конец 2014 г. не получил нормативного закрепления. Однако перспективы его внедрения предопределены, что подтверждает широкое использование данного метода в медицине развитых странах.

В 2013 г., по свидетельству Минздрава России, впервые было внедрено финансирование территориальных программ ОМС на основе единого для всей страны минимального подушевого норматива (с учетом численности застрахованного населения и коэффициента дифференциации субъектов РФ). Предприняты также шаги в направлении создания нормативной базы для введения единых методов оплаты медицинской помощи и тарифной политики. В результате впервые дифференциация тарифов по оплате медицинских услуг в рамках территориальных программ ОМС в субъектах РФ составила менее 20%, в то время как еще в 2011 г. для стационарной помощи она составляла более чем 50%.

Унификация финансирования медицинской помощи должна базироваться на внедрении единых подходов к лечению пациентов, включая решение проблемы распространения передового опыта и использовании современных эффективных методов лечения. На это направлена разработка клинических протоколов (руководств), осуществляемая под эгидой Минздрава России с привлечением профессионального медицинского сообщества. По состоянию на середину 2014 г. министерство утвердило 600 таких руководств. Общее число клинических протоколов к концу 2015 г., согласно планам, должно было составить 1300.

Недостаток сложившейся системы здравоохранения в России состоит в значительном перевесе расходов на стационарные услуги и, как следствие, неэффективном использовании средств, которые направляются в здравоохранение. В связи с этим важным направлением реформы системы российского здравоохранения является увеличение объемов амбулаторной помощи, повышение эффективности использования коечного фонда.

Согласно данным Росстата (Здравоохранение в России ... , 2013) по состоянию на 2012 г. в РФ действовало 16,5 тыс. амбулаторно-поликлинических организаций и 6,2 тыс. — больничных. Среди них доля частных МО составляла соответственно 20 и 2% (по всем МО — 15%). По сравнению с 2000 г. общее

число амбулаторно-поликлинических организаций сократилось на 22,5%, больничных — на 42%. Удельное число больничных коек при этом уменьшилось на 19%, а мощность (посещений в смену) амбулаторно-поликлинических организаций выросла на 8%.

Проводимые в последнее десятилетие мероприятия по совершенствованию системы здравоохранения позитивно сказались на состоянии здоровья населения и демографической ситуации. Обозначилась устойчивая тенденция к снижению смертности по всем основным группам заболеваний, увеличилась рождаемость¹, значительно сократились показатели естественной убыли населения. В 2013 г. по сравнению с 2005 г. средняя продолжительность жизни в стране выросла на 5,4 лет и составила 70,8 лет. У мужчин продолжительность жизни увеличилась на 6,2 года до 65,1 года, у женщин — на 3,8 лет до 76,3 лет.

В то же время, как следует из проекта Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период, одобренной Минздравом России в декабре 2014 г., структура оказываемой медицинской помощи по-прежнему остается смещенной в сторону наиболее затратной медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара. В стратегии ставятся задачи дальнейшего развития ПМСП, оказываемой в амбулаторных условиях, расширения и повышения качества диспансеризации и профилактических программ, развития диагностической, патронажной и реабилитационной служб. Обозначается необходимость расширения сети дневных стационаров, активного внедрения методов амбулаторной хирургии и других стационарозамещающих технологий, совершенствования скорой и экстренной медицинской помощи.

В качестве основных направлений развития национальной системы здравоохранения Российской Федерации в проекте стратегии значатся: совершенствование ПГГ; развитие ОМС на основе принципов солидарности и социального равенства, расширения страховых принципов; развитие ДМС при оказании дополнительных медицинских или иных услуг, не входящих в ПГГ; развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении; развитие общественных медицинских организаций, сформированных по территориальному и профессиональному принципам; введение обязательной аккредитации медицинских работников; выстраивание вертикальной системы контроля и надзора в сфере здравоохранения; развитие информатизации здравоохранения; обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями; ускоренное инновационное развитие здравоохранения на основе результатов биомедицинских и фармакологических исследований.

Несмотря на значительные достижения в совершенствовании системы здравоохранения, нерешенной проблемой остается относительно низкий уровень ее финансирования из государственных источников. На протяжении 2010–2014 гг. он сохранялся на уровне 3,6–3,7% ВВП, что является недостаточным с точки зрения международных подходов (см. разд. 1.4). Значительное ухудшение экономической ситуации в России в 2014–2015 гг., негативные макроэкономические прогнозы, а также наметившиеся тенденции в бюджетном планировании, выражающиеся в ограничении роста расходов на здраво-

¹ Повышению рождаемости способствовали также меры социальной поддержки семьи (программа «материнского капитала», доступности жилья и пр.).

охранение, свидетельствуют о том, что развитие национальной системы российского здравоохранения будет проходить в сложных финансовых условиях, и целей, сформулированных в концепции долгосрочного социально-экономического развития, в перспективе до 2020 г. достигнуть будет значительно сложнее, чем это предполагалось ранее.

2.2. СИСТЕМА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ. СТРАТЕГИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДО 2025 ГОДА

Современная система лекарственного обеспечения в России является наследницей советского периода. Именно тогда сформировалась модель, в рамках которой применение лекарственных средств в стационарах, а также при оказании скорой и неотложной помощи являлось для населения бесплатным. В то же время лекарства, используемые амбулаторно, приобретались населением в основном за собственный счет, и только для отдельных групп граждан и категорий больных действовал порядок отпуска лекарств бесплатно и со скидкой.

При переходе на рыночную модель экономического развития сложившаяся в советское время система лекарственного обеспечения принципиально не изменилась. Формально стационарное лечение оставалось бесплатным, однако в условиях дефицита финансирования здравоохранения средств на лекарства не хватало, и дорогостоящие препараты приобретались больными и их родственниками самостоятельно. Сохранились также социальные обязательства государства по льготному лекарственному обеспечению, но и они в условиях кризисного состояния экономики выполнялись только частично.

В Постановлении Правительства от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» был обозначен ряд мер, направленных на нормализацию ситуации с лекарственным обеспечением. Постановлением были также утверждены перечни групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и медицинские изделия должны отпускаться бесплатно или со скидкой в 50%. Эти перечни воспроизводили круг пользователей льготных лекарств, который в основном сложился в советское время и был подтвержден в ранее действовавшем Постановлении Правительства РФ от декабря 1992 года.

Постановление № 890 в последней редакции от 14.02.2002 действует по сей день. Согласно этому нормативному акту право на бесплатный отпуск лекарств имеют пациенты, страдающие целым рядом тяжелых заболеваний (табл. 2.1), а также группы населения, требующие специальной поддержки в силу возраста (дети до 3 лет, дети до 6 лет из многодетных семей), ограниченных возможностей (инвалиды, дети-инвалиды), личных заслуг [участники и ветераны Ве-