

# РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПЕРВЫЙ ЭТАП РЕФОРМ

РУКОВОДИТЕЛЬ  
ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ  
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
Рамил Усманович  
Хабриев



С 1 января 2005 года в России началась структурная перестройка всей системы здравоохранения. Один из основных этапов реформирования – запуск Федеральной программы «Льгота-2005» по обеспечению бесплатными лекарствами отдельных категорий граждан, имеющих право на государственную социальную помощь. Министерство здравоохранения и социального развития поставило перед собой задачу сделать лекарства доступными для всех россиян.

Программа дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан – один из важнейших этапов реформы здравоохранения. В первую очередь эта программа позволяет решать вопросы доступности лекарств при амбулаторном лечении, распределить финансирование таким образом, что основная часть средств поступает на амбулаторно-поликлиническое звено.

## ОСНОВНЫЕ МОМЕНТЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ЛЬГОТА-2005»

*Первое.* Разный уровень установления льгот. Практически все они были установлены законодательными нормативными актами федерального уровня, а финансовая ответственность почти на 90% ложилась на плечи субъектов Российской Федерации и муниципалитетов.

*Второе.* Неравномерность получения льгот в зависимости от того, в каком субъекте Российской Федерации

проживают льготники. Это объяснимо тем, что финансовое положение регионов разное, и даже в субъектах-донорах, где обязательства по предоставлению льгот принимались законодательными органами, объем средств, выделяемых на эти цели, всегда определялся волонтаристски руководителями данных субъектов Российской Федерации.

*Третье.* Отсутствие персонифицированного учета получателей льгот. Именно из-за этой проблемы до сих пор остаются нерешенными вопросы в составлении федерального регистра лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи. Например, пока не отрегулирован порядок передачи в общий регистр льготников, относящихся к правоохранительным органам. Все остальные категории граждан, имеющих право на льготы, в регистре учтены, по крайней мере в части, относящейся к федеральным льготам.

*Четвертое.* Четкое выделение финансовых средств на льготное лекарственное обеспечение граждан. Поскольку не было определено точное количество получателей льгот, в большей степени потому, что были не урегулированы цены на лекарства, невозможно было планировать финансовые средства на эти цели. Опыт показывает, что фактические расходы на следующий финансовый год в части обеспечения льготными лекарственными средствами не были обоснованными или зависели от финансовых возможностей субъектов Российской Федерации и от существующей базы учета получателей льгот. Соответственно не было возможности обеспечить контроль за полнотой охвата этой категории населения льготными лекарственными препаратами, а главное – за движением финансовых средств и их прозрачностью.

На данный момент создана законодательная база, четко определившая степень финансовой ответственности федерального центра и субъектов Российской Федерации за те или иные категории населения – Федеральный закон №122 от 22 августа 2004 года и постановление Правительства РФ №690 от 26 ноября 2004 года. Составлен федеральный регистр граждан, имеющих право на государственную социальную поддержку, – в него включено почти 15 млн. человек. Аналогичную работу провели и субъекты Россий-

ской Федерации: наладили четкий учет, определили объем льгот и необходимые затраты на их выполнение.

### УТВЕРЖДЕН НОВЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ Льготных лекарств

Очень важным для получения медикаментозной помощи при амбулаторном лечении является наличие единого перечня лекарств, отпускаемых по льготным рецептам. Ранее требования бесплатного или с 50%-ной скидкой отпуска лекарств прежде никогда не выполнялись в полном объеме. Поэтому Министерством здравоохранения и социального развития 2 декабря 2004 года утвержден новый перечень лекарств, предназначенных для льготного отпуска. Он включает в себя 322 лекарственных средства по международным непатентованным наименованиям 31 фармакотерапевтической группы в 467 лекарственных формах.

Также принципиально важно было установить цены, по которым производители будут поставлять лекарства в рамках этой программы. В ситуации, когда нет возможности планировать расходы и жестко их контролировать, установление единых цен, действующих в течение всего года, было необходимым условием запуска программы. Любая структура, которая обеспечит поставку лекарственных средств в аптечные сети по установленным ценам, может претендовать на участие в программе. В этом смысле программа была открыта для всех участников. На регистрацию цен подал документы 331 производитель, в том числе 64 российских и 267 зарубежных.

Дальнейшая задача Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития заключалась в том, чтобы с учетом соотношения цены и качества отобрать наиболее оптимальный вариант лекарств по торговым наименованиям. Общее количество препаратов с зарегистрированными ценами составляет сегодня около 940 торговых наименований в более чем 1800 различных лекарственных формах и дозировках. Этот охват шире любого из действующих на сегодня списков и покрывает даже московский перечень, наиболее полный из всех субъектов Российской Федерации.

В соответствии с законом за Службой закреплены вопросы решения доступности лекарственных средств. Задача заключается в том, чтобы лекарства, которые включены в программу, имелись в аптечной сети и оплата их дистрибьюторам производилась только по факту отпуска этих медикаментов. Предварительных закупок лекарств для их реализации программой не предусмотрено. Главное требование, которое выдвигалось поставщикам для запуска программы, – наличие у них необходимых запасов медикаментов не менее чем на 60 дней. Анализ готовности федеральных округов к реализации программы показывает, что это условие соблюдено.

Кроме того, сотрудниками Службы получено и проанализировано 188 комплектов документов, описывающих инфраструктуру лекарственного обеспечения 89 субъектов Российской Федерации. Она включает в себя 133 оптовые

фармацевтические организации и более 11 500 пунктов отпуска лекарств, что тоже вполне достаточно для решения проблемы льготного обеспечения граждан. Мониторинг, как в части доступности лекарств, так и учета персонализированного расхода, будет проводиться совместно с органами управления здравоохранением и фармацевтической деятельностью субъектов Российской Федерации, включая все территориальные управления.

Очень важный момент связан с обеспечением качества лекарственных средств. Мы жестко контролируем прохождение препарата от производителя до потребителя, отслеживаем цены. Появляется возможность увидеть, где пытаются вбросить фальсифицированные препараты. Это позволяет решать вопросы недопущения на наш рынок некачественных препаратов. В Росздравнадзоре составлен перечень наименований лекарственных средств, входящих в программу, при этом обязательным условием является поставка препаратов от производителей, не имеющих рекламаций к качеству продукции в течение пяти лет.

Введение единых цен на льготные лекарства потребовало корректировки уровня торговых наценок. Установление торговых наценок – прерогатива субъектов Российской Федерации. Анализ, проведенный совместно с Федеральной службой по тарифам, показал, что их разброс очень большой. Причем не только в процентном выражении, но и в том, по отношению к какой цене применяется наценка. В соответствии с методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации №670 от 22 ноября 2004 года «О распределении дотаций из Федерального фонда финансовой поддержки субъектов Российской Федерации», были установлены дифференцированные предельные оптово-розничные торговые надбавки к зарегистрированным ценам на лекарственные средства, предназначенные для льготных категорий граждан. Для каждого из субъектов Российской Федерации введены поправочные коэффициенты, учитывающие реальные затраты по логистике лекарств в зависимости от географической удаленности региона и сложности транспортировки. В качестве базовой установлена наценка в 32%, которая существует примерно в 60–65% субъектов Российской Федерации. Довольно существенное увеличение торговой надбавки – от 20% в Москве и до 103% в Чукотском автономном округе. Связано это главным образом с затратами по доставке лекарств.

В результате принятых предложений по ценообразованию цены на лекарства из льготного перечня снизились примерно на 20–25% от прежнего уровня.

Кроме того, в рамках Программы государственной социальной помощи населению был принят ряд постановлений Правительства Российской Федерации, регламентирующих реализацию конкретных статей и положений федеральных законов по другим направлениям. Так, с 1 января 2005 года вступили в силу:

- федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалидам;
- правила внеочередной медицинской помощи инвалидам войны и гражданам других категорий,



в соответствии со статьями 14–19 и 21 Федерального закона «О ветеранах»;

– перечень заболеваний, возникновение или обострение которых обусловлено воздействием радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча;

– порядок награждения нагрудным знаком «Почетный донор России» и предоставления ежегодной денежной выплаты гражданам, награжденным этим знаком.

Также Правительство Российской Федерации 1 декабря 2004 года утвердило перечни заболеваний, социально значимых и представляющих опасность для окружающих, а Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации – перечень санаторно-курортных учреждений, в которые предоставляются путевки гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи, а также порядок медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение. Перечень санаторно-курортных учреждений включает в себя 967 наименований и охватывает практически все регионы России.

Министр здравоохранения утвердил и единую форму индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемую федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Следующим этапом, с 2006 года, станет включение в эту программу лиц, которые сегодня, не имея льгот, не получают лекарственную помощь при амбулаторном лечении, а купить медикаменты им не по карману. Вполне возможно, что в последующем работодатели и бюджетные организации также войдут в нее путем страхования своих работающих. Это даст право говорить, что программа открыта для всех.

Есть уверенность, что руководители органов здравоохранения субъектов Российской Федерации возьмут ход реализации программы на особый контроль. Поскольку от того, насколько эффективно и рационально будут использованы федеральные средства на местах, во многом зависит здоровье жителей регионов и в целом России. В задачи органов здравоохранения входят и контроль, связанный с обоснованностью выписки лекарств, и рациональная терапия, и фармацевтическая деятельность, и четкое взаимодействие между страховыми организациями и дистрибьюторами, которые будут участвовать в программе. В этом, безусловно, залог того, что программа будет полностью реализована.