

УДК 368

*А. А. Литвинова*

ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г.В. Плеханова», Москва, e-mail: [dinasty@list.ru](mailto:dinasty@list.ru)

## ЕСТЬ ЛИ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИИ?

**Ключевые слова:** БРИКС, лекарственный препарат, ВВП, лекарственное страхование.

В странах БРИКС проведены существенные реформы систем здравоохранения, направленные на повышение доступности и охвата использования медицинских услуг и их качества. Оценить потенциал здравоохранения в целом можно по расходам на здравоохранение в процентах от ВВП. По данному показателю из стран БРИКС можно выделить Россию и Бразилию. В России отмечается устойчивый рост не только текущих расходов на здравоохранение, но и внутренних государственных и частных расходов. Медицинское и лекарственное страхование существенно отличается в странах БРИКС. На сегодняшний день полноценного лекарственного страхования в России нет. Есть система льготного лекарственного обеспечения, которая не предусматривает возможности получать бесплатные лекарства гражданам, если они не относятся к льготным категориям. Произошедшие изменения в области лекарственного страхования в Бразилии должны в ближайшем будущем привести к снижению роста расходов на обеспечение лекарственными препаратами за счет государства, предоставив больший охват населению. При ведении системы лекарственного страхования в России для всех категорий граждан улучшится доступность лекарственных препаратов, уменьшится тяжесть заболеваний и снизятся затраты на лечение.

*A. A. Litvinova*

Plekhanov Russian University of Economics, Moscow, e-mail: [dinasty@list.ru](mailto:dinasty@list.ru)

## IS THERE DRUG INSURANCE IN RUSSIA?

**Keywords:** BRICS, drug, GDP, drug insurance.

The BRICS countries have carried out significant reforms of healthcare systems aimed at improving the availability and coverage of the use of medical services and their quality. It is possible to assess the potential of healthcare in general by spending on healthcare as a percentage of GDP. According to this indicator, Russia and Brazil can be distinguished from the BRICS countries. In Russia, there is a steady increase not only in current health care costs, but also in domestic public and private spending. Medical and drug insurance differs significantly in the BRICS countries. To date, there is no full-fledged drug insurance in Russia. There is a system of preferential drug provision, which does not provide for the possibility of receiving free medicines to citizens if they do not belong to preferential categories. The changes that have taken place in the field of drug insurance in Brazil should soon lead to a reduction in the growth of costs for providing medicines at the expense of the state, providing greater coverage to the population. When running a drug insurance system in Russia, the availability of medicines will improve for all categories of citizens, the severity of diseases will decrease, and treatment costs will decrease.

В настоящее время, когда общество сталкивается с так называемыми Великими вызовами, связанными, например, со старением населения или болезнями цивилизации, а также с проблемами пандемии COVID-19, особую роль в благосостоянии людей и экономическом развитии стран играют системы здравоохранения и развитие инноваций в фармацевтическом секторе.

Страны БРИКС – Бразилия, Россия, Индия, Китай и ЮАР – составляют примерно 40% населения мира [1]. Эти пять стран сталкиваются с рядом общих проблем в области здравоохранения: бремя инфекционных и неинфекционных заболеваний, неравный доступ к услугам здравоохранения,

растущие расходы на здравоохранение, значительные частные расходы на здравоохранение и крупные частные секторы здравоохранения. За последние два десятилетия страны БРИКС провели существенные реформы систем здравоохранения, которые были направлены на повышение доступности и охвата использования медицинских услуг и их качества.

У стран БРИКС разные пути реформирования. В каждой стране БРИКС реформы системы здравоохранения были и есть «флагманскими программами» национального правительства. Система медицинского и лекарственного страхования также существенно отличается во всех перечисленных странах.

Один из важнейших факторов, влияющих на потенциал здравоохранения в разных странах, – это уровень расходов на здравоохранение в процентах от ВВП. Сопоставление текущих расходов на здравоохранение на душу населения в долларах США, внутренних государственных и частных расходов в процентах от текущих расходов на здравоохранение в странах БРИКС представлены в таблице .

Сопоставление текущих расходов на здравоохранение в странах БРИКС [2]

<b>Текущие расходы на здравоохранение на душу населения (доллар США).</b>		
<b>Страна</b>	<b>2019 год</b>	<b>2020 год</b>
Бразилия	850.43	700.71
Индия	60.67	56.63
Китай	539.62	583.43
Россия	654.00	773.88
ЮАР	550.48	489.64
<b>Внутренние государственные расходы на здравоохранение в процентах от текущих расходов на здравоохранение (%)</b>		
Бразилия	40.74	44.75
Индия	33.48	36.65
Китай	55.98	54.72
Россия	61.15	70.55
ЮАР	58.44	62.10
<b>Частные расходы на здравоохранение в процентах от текущих расходов на здравоохранение (%)</b>		
Бразилия	59.11	55.10
Индия	65.65	62.36
Китай	44.02	45.28
Россия	29.45	38.85
ЮАР	40.43	36.56

Что касается способности обеспечить внутреннее производство лекарственных препаратов, как непатентованных, так и фирменных, то Россия в наибольшей степени зависит от импортных лекарств, поскольку доля их в общем объеме фармацевтических продаж составляет 57,8%, в отличие от Бразилии (34,7%), Китая (17,9%) и Индии (9,7%) [3].

В данной статье я хотела бы остановиться на некоторых странах БРИКС для анализа

существующего на сегодняшний день «лекарственного страхования», а именно Бразилии и России.

#### *Лекарственное страхование в Бразилии*

В 1988 году в Конституции Бразилии было закреплено и гарантировано право граждан на медицинскую помощь и охрану здоровья, а два года спустя была принята Национальная система здравоохранения (Sistema Unico de Saude – SUS). Министерство здравоохранения, возглавило кампанию по обеспечению всеобщего охвата населения услугами здравоохранения, подкрепленную мощной поддержкой федерального уровня, штатов и местных органов власти в реализации политики. В SUS фармацевтическая помощь организована на основе нескольких программ и стратегий, ориентированных на конкретные слои населения или заболевания, включающая в себя особые гарантии доступа к лекарственным препаратам. Согласно Конституции, определена роль и степень участия частного сектора здравоохранения в SUS.

Здравоохранение Бразилии имеет два основных источника финансирования: из государственного бюджета (муниципального и федерального) и добровольных взносов за счет системы добровольного медицинского страхования (ДМС) через частные фонды.

С 2002 года действует федеральная Программа «Популярная аптека в Бразилии» (PFPB), направленная на повышение доступности лекарств, используемых в первичной медико-санитарной помощи, посредством партнерства с государственными и частными аптеками. PFPB предоставляет бесплатные лекарственные препараты для лечения сахарного диабета, бронхиальной астмы, артериальной гипертонии, а также субсидируемые препараты для терапии дислипидемии, ринита, болезни Паркинсона, остеопороза, глаукомы, препараты для контрацепции и подгузники для пожилых людей (старше 60 лет). В случае субсидии Министерство здравоохранения оплачивает часть цены на лекарство (до 90% от базовой утвержденной Минздравом стоимости), а гражданин оплачивает остальное в соответствии с ценой, установленной аптекой.

Национальное Агентство Дополнительного Здравоохранения (Agência Nacional

de Saúde Suplementar, ANS) – бразильское регулирующее агентство, связанное с Министерством здравоохранения, которое осуществляет надзор за частным сектором здравоохранения и страховыми компаниями внутри страны. Ключевые обязанности ANS включают в себя определение законодательства, регулирующего частный сектор здравоохранения, и определение минимального охвата, который они должны предлагать физическим и юридическим лицам, что соответствует примерно 25 % населения Бразилии [5].

Первый список (ANS Rol), созданный ANS в 1998 году, включал 1234 пункта, состоящих из лекарственных препаратов (включая импортные препараты), операций, консультаций и диагностических процедур. После постоянных обновлений этот список в настоящее время насчитывает 3400 пунктов, которые должны соблюдаться в рамках планов медицинского обслуживания. Среди них есть процедуры и лекарственные препараты, относящиеся ко всем заболеваниям Международной статистической классификации болезней и связанных с ними проблем со здоровьем (МКБ) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), как того требует Закон о медицинском страховании (9.656/98) [5].

В сентябре 2022 года был принят Федеральный закон 14.454/2022, согласно которому ANS Rol не является исчерпывающим и поэтому должен использоваться только в качестве ориентира для возмещения расходов [5]. Следовательно, методы лечения, включая лекарственные препараты, которые не перечислены в ANS Rol, должны субсидироваться частными учреждениями здравоохранения в случае наличия обоснованного запроса и при условии, что нет терапевтической замены и процедуры из списка ANS Rol исчерпаны. Критерии обоснованности запроса:

- имеются доказательства эффективности лечения в свете доказательной медицины;
- имеются рекомендации известных национальных (таких как Conitec и Natjus) и зарубежных технических организаций.

Из положительных изменений новый закон 14.454/2022 открывает перед пациентами позитивные перспективы в плане доступа к более широкому спектру методов лечения в частном секторе. Это особенно актуально для высокоинновационных методов лечения.

Что касается страховых компаний, то они, вероятно, будут выступать против нового постановления, аргументируя это тем, что ДМС и услуги частного сектора здравоохранения могут стать менее доступными для населения в целом, если компании решат повысить цены на медицинское страхование, чтобы учесть ожидаемые дополнительные расходы из-за покрытия, предоставляемого за пределами ANS Rol [5, 6].

#### *Лекарственное страхование в России*

В России бюджетно-страховая модель финансирования системы здравоохранения.

Как и в Бразилии, россияне имеют конституционно закрепленное право на бесплатное медицинское обслуживание, каждый гражданин прикреплен к поликлинике по месту жительства для оказания первичной медицинской помощи. Что касается лекарственного обеспечения, то его финансирование в настоящее время происходит из четырех источников: средств системы обязательного медицинского страхования (ОМС), системы ДМС, бюджетных средств и личных средств граждан. Однако на практике амбулаторные лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту, не покрывают большинство населения, что приводит к высоким затратам населения на приобретение лекарственных препаратов. Только пациенты стационаров, согласно Федеральному закону, обеспечиваются лекарственными препаратами бесплатно [7].

В Федеральном законе № 122-ФЗ от 22.08.2004 выделено дополнительное лекарственное обеспечение (ДЛО) отдельных категорий граждан с гарантированной бесплатной доступностью лекарственных препаратов на уровне первичного амбулаторного звена в соответствии с перечнем лекарственных средств («Формулярный список», ЖНВЛП), утвержденным Минздравсоцразвития России (статья 6.2 п. 2.). Был определен перечень групп населения и категорий заболевания, которые имеют возможность получить лекарственные препараты бесплатно или с 50% скидкой на федеральном уровне. На региональном уровне данный перечень лиц утверждается ежегодно и отличается в зависимости от региона [7]. Утверждена федеральная программа, согласно которой с 2021 года, пациенты, страдающие 14 редкими и дорогостоящими в лечении

заболеваниями, обеспечиваются бесплатно жизненно необходимыми для их нозологии препаратами [7].

Список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) включает важнейшие лекарственные препараты, охватывающие в основном пожилых людей, инвалидов, детей до 3-х лет и беременных женщин. Наибольшая доля этих лекарств импортируется из-за рубежа. Однако на долю этого сектора приходится лишь около 20% всех отпускаемых по рецепту лекарств. Список ЖНВЛП пересматривается не реже одного раза в год, с возможностью внесения изменений при необходимости. В настоящее время ЖНВЛП включает в себя 808 наименований лекарственных препаратов [8].

#### *Перспективы лекарственного страхования в России*

Для населения, не попадающего под категорию льготников, один из видов соплательщиков (существующего «лекарственного страхования»): ФНС предоставляет возможность вернуть 13% денежных средств, потраченных на лечение и/или на покупку лекарственных препаратов при подтверждении уровня дохода самого пациента или его ближайших родственников. Но у данного вычета есть лимит – 120 000 рублей на один календарный год, соответственно сумма налога к возврату при таком объеме затрат – максимум 15 600 рублей. В этот же лимит входят расходы на обучение, ДМС и пенсионные взносы. В данный момент отмечаются позитивные сдвиги в механизмах получения данного налогового вычета.

Сначала в рамках программ ДМС могла быть включена услуга по лекарственному страхованию, что позволяло получать полную или частичную компенсацию на оплату лекарств. В настоящее время можно приобрести отдельно полис на лекарственное страхование. Данный полис позволяет возместить до 90% стоимости лекарственных препаратов, назначенных врачом, но не более 50 000 рублей в год на застрахованного. Стоимость одного лекарства не должна превышать 5 000 рублей за одну упаковку. Широкого распространения данные полюсы пока не получили.

В 2008 году ФОМС был подготовлен проект лекарственного страхования. Основ-

ные принципы программы лекарственного страхования [9]:

1. Быть всеобщим и обязательным (по принципу ОМС).

2. Ориентированность на профилактическую медицину, в первую очередь, сохранение здоровья работающих граждан.

3. Включение лекарственного страхования в систему ОМС.

4. Паритетное участие личных средств граждан.

5. Простота системы на организационном уровне.

В настоящее время внедрения системы лекарственного страхования так и не произошло.

#### **Заключение**

Все страны БРИКС увеличили государственные расходы на здравоохранение и предоставили субсидии определенным слоям населения. Однако все предпринятые меры по-прежнему не гарантируют всеобщего охвата. Недавно произошедшие положительные изменения в области лекарственного страхования в Бразилии должны привести к снижению роста расходов на обеспечение лекарственными препаратами за счет государства, предоставив больший охват населению.

Разные страны используют различные системы совместной оплаты лекарственного обеспечения. Уровень возмещения/со-оплаты может изменяться в зависимости от определенной категории населения и препаратов. В настоящее время система льготного лекарственного обеспечения в России не предполагает получение бесплатных лекарственных препаратов населению с низким уровнем дохода (например, пенсионерам), безработным, детям от 3 до 17 лет и другим гражданам, если они не относятся к льготным категориям. Согласно проведенному анализу, около 82% населения России не обладают никакими льготами [9]. При ведении системы лекарственного страхования для всего населения, основанная на возмещении частичной или полной стоимости лекарственного препарата, была бы достигнута цель по профилактике, предотвращению или раннему выявлению заболеваний, что, в итоге, снизит тяжесть заболевания, улучшит долгосрочный прогноз и уменьшит затраты на лечение.

*Библиографический список*

1. Rao K.D., Petrosyan V., Araujo E.C., McIntyre D. Progress towards universal health coverage in BRICS: translating economic growth into better health // Bull World Health Organ. 2014. № 92(6). P. 429-435. DOI: 10.2471/BLT.13.127951.
2. The Global Health Expenditure Database. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://apps.who.int/nha/database> (дата обращения: 09.08.2023).
3. Ezziane Z. Essential drugs production in Brazil, Russia, India, China and South Africa (BRICS): opportunities and challenges // Int J Health Policy Manag. 2014. № 3(7). P. 365-370. DOI: 10.15171/ijhpm.2014.118.
4. Rodwin V.G., Fabre G., Ayoub R.F. BRIC health systems and Big Pharma: a challenge for health policy and management // Int J Health Policy Manag. 2018. № 7(3). P. 201–206. DOI: 10.15171/ijhpm.2017.145.
5. Brazil’s Latest Updates to Drug Coverage in the Private Sector: Anticipated Impact and Implications. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://trinitylifesciences.com/blog/brazils-latest-updates-to-drug-coverage-in-the-private-sector-anticipated-impact-and-implications> (дата обращения: 09.08.2023).
6. Moraes R.M., Santos M.A.B., Vieira F.S., Almeida R.T. Public policy coverage and access to medicines in Brazil // Rev Saude Publica. 2022. № 56. P. 58. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056003898.
7. Шесть вариантов бесплатного. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https://www.katrenstyle.ru/expert\\_interview/shest\\_variantov\\_besplatnogo](https://www.katrenstyle.ru/expert_interview/shest_variantov_besplatnogo) (дата обращения: 09.08.2023).
8. Распоряжение от 23 декабря 2021 года №3781-р. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://government.ru/docs/44206/> (дата обращения: 09.08.2023).
9. Лекарственное страхование – выбор пути. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https://remedium.ru/state/Lekarstvennoe\\_strakhovanie\\_vybor\\_puti](https://remedium.ru/state/Lekarstvennoe_strakhovanie_vybor_puti) (дата обращения: 10.08.2023).