

## Оценка перспектив внедрения в военное здравоохранение лекарственного страхования в рамках проектной деятельности

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

**Резюме.** Показано, что одним из приоритетных направлений социальной политики Российской Федерации является рассмотрение вопросов совершенствования лекарственного обеспечения, обоснования национальной лекарственной политики, а также внедрения системы лекарственного возмещения (страхования) как одного из ключевых механизмов повышения ценовой доступности лекарственных препаратов путем частичного или полного возмещения их стоимости гражданам при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях. Выявлено, что в условиях реформирования системы здравоохранения недостаточно учитывается специфика работы силовых министерств и ведомств. В этой связи изучены особенности и приведена оценка перспектив внедрения в военное здравоохранение лекарственного страхования в рамках проектной деятельности как одного из механизмов реализации межведомственного взаимодействия в современных социально-экономических условиях при реформировании лекарственного обеспечения. Отмечено, что внедрение механизмов лекарственного страхования может способствовать повышению доступности лекарственных препаратов, положительному влиянию на здоровье прикрепленных контингентов, уменьшению частоты и длительности госпитализаций. При этом в качестве основных перспектив и системных предпосылок внедрения выделены необходимость создания надежной правовой основы для формирования и последующего развития единой государственной системы лекарственного обеспечения, учитывающей специфику военного здравоохранения; переход на рациональную систему финансирования лекарственного обеспечения при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях в рамках реализации проекта по разработке новой модели оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи на базе единой медико-технологической госпитальной базы; перспективное сокращение расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях; оптимальное распределение прав и ответственности, обеспечение согласованности действий между органами управления здравоохранением; недопущение дублирования, обеспечение равнодоступного и гарантированного лекарственного обеспечения граждан в рамках реализации проекта по обеспечению качества и доступности медицинской помощи льготным контингентам Министерства обороны Российской Федерации. Обоснована возможная модель лекарственного обеспечения прикрепленных к военно-медицинским организациям контингентов при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях при внедрении на государственном уровне системы лекарственного страхования. Описаны следующие ключевые элементы обоснованной модели: корректировка управления лекарственным обеспечением; уточнение категорий прикрепленных контингентов; оптимизация порядка отпуска лекарственных препаратов; формирование ограничительных перечней лекарственных препаратов; оптимизация финансирования.

**Ключевые слова:** военное здравоохранение, доступность лекарственных препаратов, лекарственное обеспечение, лекарственное страхование, перечни лекарственных препаратов, национальная лекарственная политика, прикрепленные контингенты, проектная деятельность, финансирование лекарственного обеспечения.

**Введение.** Высшим политическим руководством страны уделяется большое внимание проблемам, связанным с выработкой лекарственной политики Российской Федерации (РФ), совершенствованием лекарственного обеспечения (ЛО) населения, а также внедрением лекарственного возмещения (страхования) как одного из ключевых механизмов повышения ценовой доступности лекарственных препаратов (ЛП) путем частичного или полного возмещения их стоимости гражданам при оказании медицинской помощи (МП) в амбулаторных условиях (АУ). К решению указанных проблем привлекаются не только представители органов власти, но и ведущие ученые. Так, в Российской академии наук (РАН) в марте 2019 г. создан Межведомственный совет по научному обо-

снованию и сопровождению лекарственной политики РФ, который наряду с решением других важных задач в этой сфере формирует современную модель ЛО, основанную на страховых принципах [10, 13, 27, 14]. При этом не в полной мере учитываются специфика военного здравоохранения (ВЗ) и порядок ЛО прикрепленных к военно-медицинским организациям (ВМО) граждан [3, 4, 28, 31].

Следовательно, анализ и изучение перспектив внедрения в ВЗ лекарственного страхования на основе взаимодействия с гражданским здравоохранением в рамках федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», входящего в национальный проект «Здравоохранение» [5], и государственной программы РФ «Развитие

здравоохранения» [15], предусматривающих при реализации использование принципов проектного управления, представляют собой актуальную проблему [28].

**Цель исследования.** Изучение особенностей и оценка перспектив внедрения в ВЗ лекарственного страхования в рамках проектной деятельности как одного из механизмов реализации межведомственного взаимодействия в современных социально-экономических условиях при реформировании ЛО.

**Материалы и методы.** Материалами исследования служили законодательные и нормативные правовые акты РФ, федеральных органов исполнительной власти (ФОИВ), а также нормативные правовые акты и служебные документы Министерства обороны (МО) РФ, регламентирующие вопросы ЛО отдельных категорий граждан; труды отечественных ученых в сфере организации и экономики здравоохранения и фармации (2000–2019 гг.), данные медицинских отчетов (форма 2/Мед) и донесений о расходе и потребности в медицинском имуществе (форма 14/Мед). При проведении исследования использовались системный, процессный, ситуационный, функциональный и комплексный методологические подходы, реализация которых была осуществлена с использованием контент-анализа, структурно-функционального, системного, статистического, логического анализа, методов сравнения и описания, структурного моделирования.

**Результаты и их обсуждение.** *Оптимизация ЛО граждан как одно из приоритетных направлений государственной социальной политики.* С начала 2000-х годов вопросы повышения доступности ЛП для населения за счет расширения объемов государственных гарантий (ГГ) и внедрения солидарных страховых механизмов начинают решаться на высших уровнях власти [1]. В настоящее время вопросы, касающиеся внедрения всеобщего лекарственного страхования, отражены в ряде нормативных правовых актов РФ и соответствующих ФОИВ, например в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. [8], Прогнозе долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2030 г. [24], Стратегии ЛО населения РФ на период до 2025 г. [19, 28] и др.

Вместе с тем до настоящего времени при оказании МП в АУ в соответствии с программой ГГ ЛО не включено в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), а осуществляется за счет федерального и регионального бюджетов [11]. При этом ЛП относятся к товарам народного потребления (что в определенной мере сказывается на принципах обеспечения), а программы обеспечения ими при оказании МП в АУ – к социальной помощи [6, 7, 9]. Во многом из-за таких коллизий государственными программами ЛО при оказании МП в АУ охвачено всего лишь 9 млн чел., что составляет менее 7% населения РФ [27]. Таким образом, повышение эффективности

ЛО остается в приоритетах высшей законодательной и исполнительной ветвей власти. Так, на уровне Государственного совета РФ, Федерального Собрания РФ и Правительства РФ отмечается, что к 2022–2023 гг. планируется «запуск» лекарственного страхования [25, 26]. Вопросы, касающиеся модернизации ЛО граждан, в том числе реализации в ряде субъектов РФ соответствующих пилотных проектов, а также внедрения единого регистра граждан, имеющих право на обеспечение ЛП на льготных условиях, отражены в поручениях Президента РФ Правительству РФ и органам исполнительной власти субъектов РФ [20, 21].

Однако на современном этапе социально-экономического развития страны существует ряд проблемных вопросов, тормозящих внедрение лекарственного страхования. Это в первую очередь несовершенство стандартизации МП и ЛО; неоднозначность подходов к формированию единого перечня возмещаемых ЛП, а также незавершенность создания единого регистра льготополучателей при реализации государственных программ ЛО; относительно низкий уровень информатизации здравоохранения, особенно на региональном и муниципальном уровнях; несовершенство ценообразования на ЛП; недостаточная научно-практическая проработка механизмов внедрения и финансового сопровождения лекарственного страхования; типичная стереотипная негативная реакция граждан на реформы в социальной сфере, в том числе в здравоохранении; недостаточная осведомленность населения о произошедших и планируемых изменениях в нормативно-правовом регулировании ЛО и др. [2, 22, 25].

К проблемным вопросам также следует отнести и то, что зачастую при разработке правовых норм и организационных мер не учитывается специфика работы отдельных субъектов обращения ЛП, например силовых министерств и ведомств. Вместе с тем недочеты в регулировании организационно-правового взаимодействия органов управления военным и гражданским здравоохранением приводят к дублированию предоставления льгот, неравному доступу граждан к ЛП, неравномерной финансовой нагрузке на бюджеты, слабой транспарентности и контролируемости финансовых потоков и т. д. [3, 31]. Разрешение указанных проблем во многом будет определяться выстраиванием порядка взаимодействия военного и гражданского здравоохранения и гармонизацией механизмов реализации в сфере ЛО с возможностью взаимодополнения и взаимозаменяемости.

В настоящее время развитие ВЗ и его такого важнейшего компонента, как ЛО прикрепленных контингентов, рассматривается руководством МО РФ как неотъемлемое условие укрепления боевого потенциала войск (сил). Однако в Межведомственный совет РАН по научному обоснованию и сопровождению лекарственной политики РФ представители ВЗ не включены. При этом в рамках формируемой национальной лекарственной политики с их участием целесообразно решать такие проблемные вопросы, как

недопущение дублирования льгот в рамках военного и гражданского здравоохранения; распределение прав и ответственности, а также обеспечение согласованности действий между военным и гражданским здравоохранением при ЛО отдельных категорий граждан; формирование сбалансированной с имеющимися ресурсами системы ЛО; усиление социальной ответственности на каждом уровне принятия решений; повышение прозрачности и контролируемости финансовых потоков; оптимизация финансовой нагрузки на федеральный, региональные и ведомственные бюджеты; равнодоступное и гарантированное обеспечение ЛП граждан и т. д. [3].

Кроме того, решение указанных проблем является актуальным направлением при реализации в ВЗ проектно-ориентированной деятельности, связанной с обеспечением качества и доступности МП льготным контингентам, оказанием им высокотехнологичной МП; разработкой новой модели оказания первичной медико-санитарной и специализированной помощи на базе единой медико-технологической госпитальной базы.

*Перспективы внедрения лекарственного страхования в ВЗ.* Сейчас на медицинское обеспечение к ВМО прикреплено свыше 3,6 млн чел. Состав и структура этих контингентов обуславливают специфику ЛО в ВЗ и необходимость выстраивания межведомственного взаимодействия (табл. 1).

При этом право на ЛО за счет МО РФ при оказании МП в АУ имеют только военнослужащие, граждане, призванные на военные сборы, а также офицеры, прапорщики и мичманы, уволенные с военной службы (при соблюдении законодательно определенных условий) [12]. Вместе с тем ВМО обеспечивают ЛП при оказании МП в стационарных условиях также тех граждан, которым они при оказании МП в АУ не отпускаются за счет МО РФ. В частности, это члены семей военнослужащих и военных пенсионеров. Такая ситуация свидетельствует о недостаточно рациональном распределении прав и ответственности между

военным и гражданским здравоохранением в сфере ЛО отдельных категорий граждан с точки зрения ответственности оказания МП.

Результаты анализа данных медицинских отчетов за 2018 г. (форма 2/Мед) показывают, что весомый вклад в заболеваемость прикрепленных к ВМО контингентов, состоящих под диспансерным динамическим наблюдением (ДДН), вносят: 37% – болезни системы кровообращения; 12% – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; 11% – новообразования; 8% – болезни органов пищеварения; 6% – болезни костно-мышечной системы. Превалирующую долю в структуре общей заболеваемости по обращаемости составляют: 12% – болезни системы кровообращения; 11% – болезни органов дыхания; 8% – болезни костно-мышечной системы; 5% – болезни мочеполовой системы; 4% – болезни органов пищеварения. Изучение расходов денежных средств, выделенных Главному военно-медицинскому управлению (ГВМУ) МО РФ из бюджета МО РФ на закупку ЛП, свидетельствует, что более 50% приходится на химиотерапевтические средства, составляющие порядка 16%, противовирусные средства – около 13%, иммунобиологические ЛП – более 10%, сердечно-сосудистые средства – около 10%, средства для лечения желудочно-кишечных заболеваний – более 8%. Сопоставление представленных данных позволяет констатировать, что структура затрат на ЛО в ВЗ в значительной степени соотносится со структурой заболеваемости на амбулаторном этапе оказания МП.

В связи с этим внедрение механизмов лекарственного страхования при организации ЛО отдельных категорий прикрепленных к ВМО граждан будет способствовать повышению доступности ЛП, положительному влиянию на здоровье, уменьшению частоты и длительности госпитализаций и, как следствие, уменьшению расходов ВЗ на ЛО без снижения качества МП. Соответственно, в рамках проектно-ориентированной деятельности, реализуемой ГВМУ МО РФ, представляются перспективными разработка и применение механизмов финансового сопровождения ЛО на основе страховых принципов и персонифицированного учета, что особенно важно при определении объемов финансирования на выполнение государственного задания ВМО, являющимися федеральными государственными бюджетными учреждениями (ФГБУ). Так, на часть оказываемых государственных услуг в сфере здравоохранения Минздравом России до сих пор не установлены соответствующие нормативы затрат, в частности – на «услуги по обеспечению при амбулаторном лечении ЛП лиц, для которых соответствующее право гарантировано законодательством РФ». Для соблюдения прав граждан, прикрепленных к ВМО с организационно-правовой формой ФГБУ, на обеспечение ЛП при оказании МП в АУ схему движения денежных и материальных потоков пришлось перестраивать с привлечением ВМО, являющихся государственными казенными учреждениями. Однако не исключается

Таблица 1

**Структура контингентов, имеющих право на медицинское обеспечение в рамках ВЗ (2018 г.)**

Контингент	Структура, %
Военнослужащие МО РФ	23,8
Офицеры, прапорщики запаса (в отставке)	26,1
Члены семей кадрового состава и пенсионеров МО РФ, из них:	34
члены семей кадровых офицеров	10,9
члены семей пенсионеров МО РФ	23,1
Военнослужащие ФОИВ, в которых законом предусмотрена военная служба	2,4
Члены семей военнослужащих ФОИВ	0,6
Гражданский персонал МО РФ	9,5
Прочие	3,5
Из вышеуказанных категорий граждане, получающие МП в системе ОМС	6,1

возможность обеспечения ЛП граждан в ВМО, относящихся к ФГБУ, путем выделения целевых субсидий, что в свою очередь требует соответствующих расчетов для обоснования объемов финансирования. Используемые при реализации любой модели лекарственного страхования механизмы расчета нормативов затрат, учитывающие статистические данные о цене ЛП, необходимых для пациентов, страдающих различными заболеваниями, при оказании МП в амбулаторных и стационарных условиях, могут быть взяты за основу при определении объемов финансирования на ЛО прикрепленных к ВМО контингентов.

Основная часть лиц, имеющих право на ЛО за счет МО РФ при оказании МП в АУ (порядка 2 млн чел.), – это военнослужащие и военные пенсионеры. Однако механизмы их обеспечения ЛП в гражданских аптечных организациях (АО) при определенных условиях детально не проработаны. Вместе с тем ВМО так или иначе внедрены в гражданское здравоохранение (работают в системе ОМС, принимают участие в оказании высокотехнологичной МП по федеральным квотам и др.). При этом весьма вероятно ситуация, когда в одной и той же ВМО пациенту выписывается рецепт на ЛП по региональной или федеральной льготе, а также рецепт на ЛП, обеспечение которого происходит за счет МО РФ [4, 30]. В результате становится возможным дублирование ЛО отдельных граждан при наличии одного из категориеобразующих заболеваний (табл. 2).

Также дублирование возможно и при ЛО пациентов, относящихся к определенным социальным группам [6, 7]. Так, среди прикрепленных к ВМО граждан участники Великой Отечественной войны составляют 0,21%; участники боевых действий – 2,57%; лица, подвергшиеся радиационному воздействию, – 0,23%; ветераны подразделений особого риска – 0,13%; Герои России и Советского Союза, полные кавалеры орденов Славы – 0,01%; инвалиды – 2,45%. Таким образом, более 5% прикрепленных контингентов относятся к льготным категориям граждан, при амбулаторном лечении которых ЛП отпускаются по

рецептам врачей бесплатно или со скидкой в рамках гражданского здравоохранения (по региональной и (или) федеральной льготе).

Основываясь на результатах изучения ЛО в рамках военного и гражданского здравоохранения можно выделить основные перспективы и системные предпосылки внедрения лекарственного страхования, которыми выступают необходимость создания надежной правовой основы для формирования и последующего развития единой государственной системы ЛО, учитывающей специфику ВЗ; переход на рациональную систему финансирования ЛО при оказании МП в амбулаторных и стационарных условиях в рамках реализации проекта по разработке новой модели оказания первичной медико-санитарной и специализированной МП на базе единой медико-технологической госпитальной базы; перспективное сокращение расходов на оказание МП в стационарных условиях; оптимальное распределение прав и ответственности, обеспечение согласованности действий между органами управления здравоохранением; недопущение дублирования, обеспечение равнодоступного и гарантированного ЛО граждан в рамках реализации проекта по обеспечению качества и доступности МП льготным контингентам МО РФ.

*Возможные пути реализации лекарственного страхования в ВЗ.* На сегодняшний день существует несколько научно обоснованных подходов к внедрению и финансовому сопровождению лекарственного страхования, как в формате «погружения» в систему ОМС, так и в формате отдельной программы [22, 23]. Считается, что наиболее рационально оплату ЛП при оказании МП в АУ следует осуществлять путем включения лекарственной составляющей в подушевой норматив финансирования программы ОМС [22]. Выделяют четыре возможные модели ЛО в системе ОМС. При оценивании их общего потенциала с учетом необходимости усиления мотивации медицинских организаций к активному выполнению противозатратных мер при назначении ЛП следует отметить

Таблица 2

Структура категориеобразующей заболеваемости прикрепленных к ВМО контингентов

Категориеобразующие заболевания [6]	Доля в структуре заболеваемости, %		
	по обращаемости		по данным ДДН
	общей	первичной	
Онкологические заболевания	2,15	1,59	10,81
Диабет	0,79	0,31	6,02
Глаукома	0,56	0,21	2,44
Психические заболевания	0,49	0,51	0,81
Бронхиальная астма	0,21	0,09	0,74
Болезнь Паркинсона	0,02	0,01	0,13
Инфаркт миокарда	0,02	0,02	0,09
Эпилепсия	0,02	0,02	0,05
Хронические урологические заболевания	0,02	0,01	0,05
Рассеянный склероз	0,01	0,01	0,05
Другие заболевания	0,03	0,03	0,11

предпочтительность следующей модели – оплата АО части стоимости отпущенных ЛП по рецептам врача застрахованным пациентам при оказании МП в АУ производится амбулаторно-поликлиническим учреждением [22]. Соответственно, все участники системы ОМС и лекарственного страхования должны быть готовы к возможному новому финансовому и правовому статусу медицинских организаций.

На основе контент-анализа законодательных и нормативных правовых актов, трудов отечественных и иностранных ученых в сфере организации и экономики здравоохранения и фармации, а также результатов собственных исследований нами была выработана возможная модель ЛО прикрепленных к ВМО граждан при оказании МП в АУ при внедрении на государственном уровне системы лекарственного страхования в рамках ОМС. В предлагаемой модели выделяются следующие ключевые элементы: управление ЛО; категории прикрепленных контингентов; порядок отпуска ЛП; ограничительные перечни ЛП; финансирование ЛО. При этом каждое из рассматриваемых далее положений требует углубленного изучения и обсуждения, поэтому окончательный выбор того или иного варианта зависит от политических и экономических реалий, которые будут существовать в момент принятия решения о введении в стране лекарственного страхования.

Корректировку управления ЛО определяют Минздрав России, Федеральный фонд ОМС (ФФОМС), Росздравнадзор, Федеральная антимонопольная служба (ФАС), МО РФ в лице ГВМУ МО РФ. На федеральном уровне формируется нормативная правовая база и регламентируется ЛО граждан; обеспечивается межведомственное взаимодействие по ЛО; осуществляется стандартизация МП и ЛО; планируются мероприятия по информатизации здравоохранения; вырабатываются механизмы ценообразования на ЛП, а также механизмы внедрения и финансового сопровождения лекарственного страхования.

Региональный координирующий уровень включает органы управления здравоохранением (ОУЗ) субъекта РФ, территориальные фонды ОМС (ТФОМС), территориальные органы Росздравнадзора и ФАС, медицинские службы военных округов (ВО) и Северного флота. Специфика функционирования системы ЛО на этом уровне требует тесного взаимодействия органов исполнительной власти субъектов РФ, а также изучения, анализа и соблюдения целого ряда условий, характерных для конкретных регионов, таких как социально-экономическая, медико-демографическая и эпидемическая ситуации; требования регионального законодательства в сфере здравоохранения; внутреннее административно-территориальное устройство и финансово-экономическое состояние; организационная структура здравоохранения и порядок обращения ЛП.

Для уточнения категорий прикрепленных контингентов с точки зрения полноценной реализации страховых принципов все граждане РФ должны стать

участниками всеобщей системы лекарственного страхования [2]. При этом они могут дифференцироваться по принадлежности к определенным возрастным и социальным группам, наличию тех или иных заболеваний и др. Вне зависимости от того, как будут определяться льготные категории граждан на государственном уровне, ЛО в рамках ВЗ должно исключать одновременное участие в системе лекарственного страхования в рамках гражданского здравоохранения. С этой точки зрения весь прикрепленный к ВМО и находящийся в зоне ответственности ВЗ контингент можно разделить на застрахованных в системе ОМС граждан и не застрахованных в ней, что позволит административно-правовым путем разграничить ответственность между органами управления военным и гражданским здравоохранением по ЛО граждан при оказании МП в АУ. При этом за военнослужащими (и приравненными к ним гражданам) должно сохраняться право в определенных случаях на обеспечение ЛП в гражданских АО. Однако порядок ЛО прикрепленных к ВМО контингентов в рамках гражданского здравоохранения нуждается в детальном изучении для исключения неясностей и противоречий в интерпретации. Важным также является и изучение вопросов ЛО при оказании МП в АУ в рамках ВЗ отдельных категорий прикрепленных контингентов, не приравненных к военнослужащим (например, члены семей кадровых офицеров и офицеров, находящихся в запасе или отставке), а также контингентов, находящихся в зоне ответственности, в том числе проживающих в отдаленных гарнизонах и закрытых административно-территориальных образованиях.

Важно при выделении льготных категорий граждан наладить их персонализированный учет. Необходимо при реализации обособленных программ ЛО в ВЗ предусмотреть формирование и ведение ведомственного регистра и возможность информационного взаимодействия с единым регистром льготополучателей, а также с федеральными и региональными регистрами пациентов, страдающих определенными заболеваниями.

Для оптимизации порядка отпуска ЛП при реализации ЛО на амбулаторном этапе лечения ВМО может выступать как медицинская организация в системе ОМС и как субъект оказания МП в рамках ВЗ. Прикрепленные контингенты, застрахованные в системе ОМС (не имеющие права на ЛО за счет МО РФ или имеющие право на ЛО за счет МО РФ, но выбравшие участие в ЛО в рамках ОМС), обращаются с полисом ОМС в ВМО, где осуществляется назначение ЛП, а затем обращаются в участвующую в системе лекарственного страхования АО, где производится отпуск ЛП по рецепту врача.

В свою очередь, в рамках ВЗ возможно параллельное существование двух форм ЛО при оказании МП в АУ. В первом случае выстраивается система, аналогичная системе лекарственного страхования в рамках гражданского здравоохранения, при этом административно-управленческая функция и финан-

сирование обеспечения ЛП закрепляются за МО РФ. Не застрахованные в системе ОМС прикрепленные граждане обращаются в ВМО, где осуществляется назначение ЛП и оформление рецепта. При этом отпуск ЛП осуществляется в АО, не подведомственных МО РФ и участвующих в системе лекарственного страхования на основании договора с медицинской службой ВО. При невозможности реализации лекарственного страхования (например, в отдаленных гарнизонах, закрытых административно-территориальных образованиях) представляется целесообразным организация ЛО через проведение государственных закупок за счет МО РФ. Так, прикрепленные контингенты, не застрахованные в системе ОМС, обращаются за назначением ЛП и оформлением рецепта в ВМО. Отпуск предварительно закупленных ЛП осуществляется в военных аптеках, являющихся структурными подразделениями ВМО.

При реализации механизмов лекарственного страхования администрирование ЛО через проведение государственных закупок за счет МО РФ значительно упрощается и становится более контролируемым благодаря существенному ограничению числа участников. Вместе с тем при внедрении лекарственного страхования как в рамках гражданского, так и ВЗ возможно создание дифференцированного порядка обязательного соучастия пациента в оплате ЛП, а также дифференцированных программ государственного возмещения расходов на ЛП (в зависимости от социальной категории пациента, тяжести его заболевания, особенностей получаемого препарата). Кроме того, целесообразно также рассмотрение механизма частичной оплаты расходов на ЛП за счет средств страхования через медицинские организации или ВМО. При этом перечисленными вариантами компенсации затрат можно маневрировать для создания стабильной системы, удовлетворяющей потребностям всех субъектов ЛО.

При формировании ограничительных перечней ЛП система ЛО не может быть финансово устойчивой при отсутствии ограничительного перечня ЛП [2]. Существующие в настоящее время перечни используются в рамках различных льготных программ и обеспечивают различный объем МП. При рассмотрении возможных механизмов реализации лекарственного страхования на государственном уровне целесообразно иметь небольшой финансово обеспеченный и организационно осуществимый перечень, содержащий рецептурные ЛП с доказанной эффективностью и безопасностью [2]. При этом возможно формирование нескольких перечней, дифференцированных по категориям получателей и видам заболеваний. Кроме того, может быть создан так называемый «негативный перечень» ЛП, не подлежащих возмещению или возмещаемых только при законодательно определенных условиях. При формировании ограничительных перечней могут быть приняты принципы формирования перечня жизненно необходимых и важнейших ЛП.

В рамках ВЗ по представленной модели может быть целесообразно формирование следующих перечней: перечень ЛП, возмещаемых за счет МО РФ при реализации лекарственного страхования; ограничительный перечень ЛП, закупаемых МО РФ для обеспечения отдельных категорий прикрепленных контингентов. Указанные перечни должны обеспечивать уровень доступности ЛП не ниже, чем в гражданском здравоохранении, с одновременным учетом специфики оказания МП в ВЗ и его финансовых возможностей. Кроме того, прикрепленные к ВМО граждане не должны получать ЛП из «негативного перечня» (при его существовании на государственном уровне).

Для формирования ограничительных перечней ЛП рекомендуется реализация следующих принципов [2]: внедрение института оценки медицинских технологий; экспертное обсуждение перечней ЛП; наличие «позитивного» и «негативного» перечней ЛП; формирование перечней, дифференцированных по категориям прикрепленных контингентов, видам заболеваний и группам ЛП; присутствие в перечне ЛП только с указанием определенных показаний; гарантированное финансовое обеспечение перечней с указанием источника финансирования и покрытия расходов при превышении установленного бюджета; наличие механизмов пересмотра и корректировки перечней.

Заметим, что уже сейчас в ВЗ имеется научно-практический задел по формированию соответствующих ограничительных перечней, представленный в том числе нормами снабжения медицинским имуществом соединений, воинских частей и организаций ВС РФ, медицинских и фармацевтических организаций ВС РФ, санаторно-курортных организаций МО РФ, а также Формуляром лекарственных средств медицинской службы ВС РФ [16, 17, 18, 29].

Для оптимизации финансирования при реализации лекарственного страхования в рамках гражданского здравоохранения после отпуска ЛП бесплатно, со скидкой или за полную стоимость АО формирует реестр отпущенных ЛП и вместе со счетом на оплату передает его в организацию, уполномоченную компенсировать затраты: ТФОМС, страховую медицинскую организацию или медицинскую организацию. Практическое исполнение того или иного варианта зависит от выбранной на федеральном или региональном уровне модели лекарственного страхования. При этом ТФОМС проводит расчет лекарственной составляющей в нормативах финансирования программы ОМС и представляет в виде соответствующих предложений к проекту территориальной программы ГГ. В любом случае при финансировании программ лекарственного страхования могут быть задействованы только денежные средства гражданского здравоохранения (бюджет ОМС, федеральный и региональный бюджеты) и личные средства граждан. Лекарственное страхование в ВЗ может иметь аналогичную технологию при финансовом обеспечении за счет МО РФ и личных средств граждан. При этом организацией,

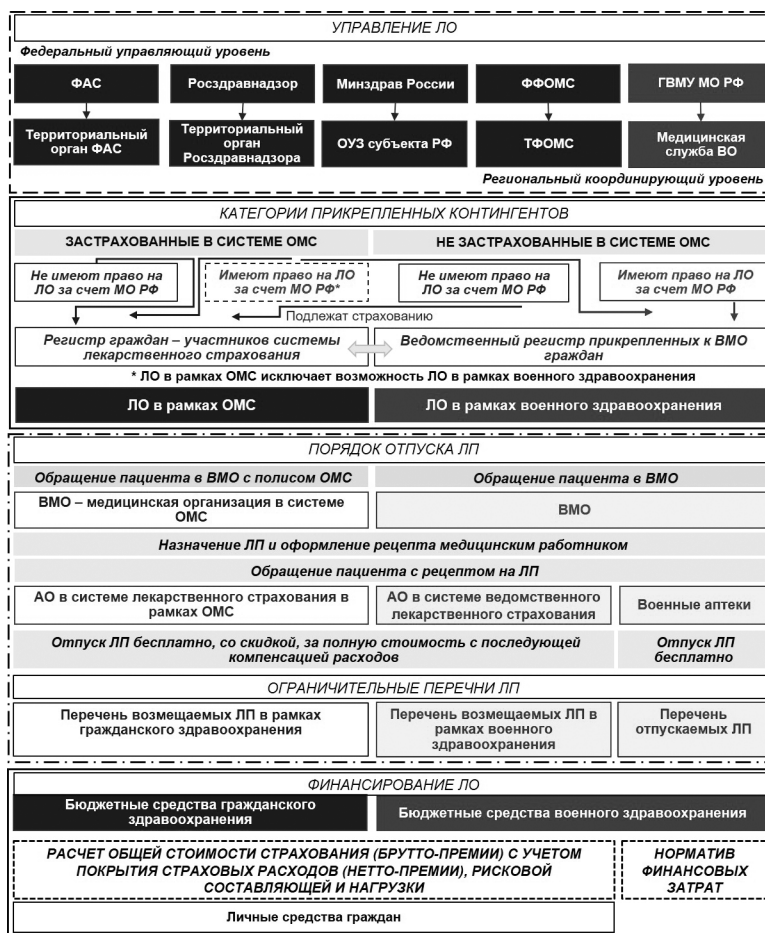


Рис. Модель ЛО прикрепленных к ВМО граждан при внедрении системы лекарственного страхования

уполномоченной компенсировать затраты АО или пациентам, выступает ВМО или медицинская служба ВО. Расчет лекарственной составляющей в нормах финансирования производится на уровне ГВМУ МО РФ.

Как в рамках военного, так и гражданского здравоохранения расчет общей стоимости лекарственного страхования (брутто-премия) складывается из трех компонентов: покрытия страховых обязательств (нетто-премия) – оплаты ЛП амбулаторным пациентам; платы за риск; нагрузки, представляющей собой сумму расходов, необходимую для администрирования программы страхования, и ее потенциальную прибыль [2, 23].

При финансировании ЛО через проведение государственных закупок за счет бюджета МО РФ необходимы оптимизация существующего порядка прогнозирования потребности в ЛП с учетом дифференциации условий оказания МП (амбулаторная или стационарная) и категорий прикрепленных контингентов, а также изменение процедур определения необходимого объема финансирования ЛО. Представляется рациональным введение дифференцированных нормативов затрат на ЛО одного прикрепленного к ВМО гражданина и обоснование их расчета на основе страховых механизмов, учитывающих статистические

данные о стоимости фармакотерапии различных заболеваний при оказании МП в амбулаторных и стационарных условиях.

Возможная модель ЛО прикрепленных к ВМО граждан при оказании МП в АУ при внедрении на государственном уровне лекарственного страхования в рамках ОМС представлена на рисунке.

**Заключение.** В настоящее время ведется активная и целенаправленная работа по модернизации ЛО населения РФ. Внедрение лекарственного возмещения (страхования) – это надвигающееся «завтра». Однако вопрос, как быстро и в какой форме оно наступит, касается не только политических и социально-экономических решений, но и научной инициативы. В связи с этим рассмотрение особенностей внедрения системы лекарственного страхования в ВЗ крайне актуально – ведь на протяжении ряда лет медицинская служба ВС РФ сталкивается с тем, что многие правовые нормы недостаточно учитывают специфику ЛО прикрепленных к ВМО контингентов.

Таким образом, проблемы внедрения лекарственного страхования в ВЗ требуют не только пристального внимания со стороны органов военного управления и обсуждения в экспертном сообществе, но и дальнейшего детального и всестороннего изучения, что в свою

очередь может быть реализовано в рамках проектно-ориентированной деятельности медицинской службы ВС РФ, а также при участии в научном обосновании и сопровождении лекарственной политики РФ.

### Литература

1. В России может появиться система лекарственного страхования // Росс. газета. – 2008. – 19 июня.
2. Власов, В.В. Варианты лекарственного обеспечения для России: уроки стран Европы и всего мира / В.В. Власов, С.Л. Плавинский // Общество специалистов доказательной медицины. – М., 2012. – 108 с.
3. Мирошниченко, Ю.В. О целесообразности участия представителей медицинской службы силовых министерств и ведомств в работе по научному обоснованию и сопровождению национальной лекарственной политики / Ю.В. Мирошниченко, М.П. Щерба, В.Н. Кононов // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2019. – № 2. – С. 99–100.
4. Мирошниченко, Ю.В. Обоснование и разработка рациональных экономико-фармацевтических механизмов лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, прикрепленных к военно-медицинским организациям / Ю.В. Мирошниченко, М.П. Щерба // Вестн. Росс. воен-мед. акад. – 2018. – № 3. – С. 185–192.
5. Национальный проект «Здравоохранение» // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2018. – № 3 (13). – С. 7–20.
6. О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения: постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. № 890 // Главная медицинская сестра. – 2001. – № 2. – С. 107–123.
7. О государственной социальной помощи: федеральный закон РФ от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ // Собр. законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 29. – Ст. 3699.
8. О Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года: распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р // Собр. законодательства Российской Федерации. – 2008. – № 47. – Ст. 5489.
9. О Методических рекомендациях по отнесению промышленной и сельскохозяйственной продукции к товарам народного потребления: письмо Минэкономки РФ № МЮ-636/14-151, Госкомстата РФ № 10-0-1/246 от 27 июля 1993 г. // Закон. – 1996. – № 2. – 8 с.
10. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 // Собр. законодательства Российской Федерации. – 2018. – № 20. – Ст. 2817.
11. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов: постановление Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. № 1506 // Собр. законодательства Российской Федерации. – 2018. – № 51. – Ст. 8013.
12. О статусе военнослужащих: федеральный закон РФ от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ. – М.: Проспект, 2015. – 75 с.
13. О Стратегии научно-технологического развития РФ: указ Президента РФ от 1 декабря 2016 г. № 642 // Собр. законодательства Российской Федерации. – 2016. – № 49. – Ст. 6887.
14. Об организации Межведомственного совета РАН по научному обоснованию и сопровождению лекарственной политики Российской Федерации: постановление Президиума РАН от 19 марта 2019 г. № 50 // СПС КонсультантПлюс. – 2019. – 9 с.
15. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 // Собр. законодательства Российской Федерации. – 2018. – № 1 (часть II). – Ст. 373.
16. Об утверждении Норм снабжения медицинским имуществом Вооруженных сил Российской Федерации на мирное время: приказ Министра обороны РФ от 18 сентября 2015 г. № 535. – М.: 12 Центральная типография, 2015. – 517 с.
17. Об утверждении Норм снабжения медицинским имуществом санаторно-курортных организаций Министерства обороны Российской Федерации: приказ Министра обороны РФ от 30 января 2020 г. № 31. – 2020. – 100 с.
18. Об утверждении Норм снабжения медицинским имуществом соединений, воинских частей и организаций Вооруженных сил Российской Федерации на мирное время: приказ Министра обороны РФ от 12 августа 2013 г. № 590. – М.: 12 Центральная типография, 2013. – 56 с.
19. Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 года и плана ее реализации: приказ Минздрава России от 13 февраля 2013 г. № 66 // Здравоохранение. – 2013. № 4.
20. Перечень поручений по итогам совещания по повышению эффективности системы лекарственного обеспечения: утвержден Президентом Российской Федерации 17 декабря 2018 г. № Пр-2420 // СПС КонсультантПлюс. – 2018. – 3 с.
21. Перечень поручений по реализации послания президента Федеральному собранию: утвержден Президентом Российской Федерации 24 января 2020 г. № Пр-113 // СПС КонсультантПлюс. – 2020. – 7 с.
22. Попович, Л.Д. Лекарственное страхование – выбор пути / Л.Д. Попович // Ремедиум. – 2019. – № 4. – С. 6–16.
23. Попович, Л.Д. Разработка возможных вариантов моделей лекарственного страхования в Российской Федерации / Л.Д. Попович // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2009. – № 1. – С. 29–46.
24. Прогноз долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года – М.: Минэкономразвития России, 2013. – 354 с.
25. Путин потребовал навести порядок с льготными лекарствами // Росс. газета. – 2018. – 16 ноября.
26. Сворцова: С 2023 года гражданам будут возмещать затраты на лекарства // Росс. газета. – 2019. – 3 июля.
27. Улумбекова, Г.Э. Подходы к формированию проекта Национальной лекарственной политики. Ч. 2. Национальная лекарственная политика как документ стратегического планирования. Ч. 3. Оценка потребностей в необходимых объемах финансирования и номенклатуре лекарственных препаратов для системы лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях на ближайшие 2–5 лет и для разработки новых лекарств в РФ на перспективу 10 лет / Г.Э. Улумбекова, А.В. Калашникова, Г.М. Ахметова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2019. – Т. 5, № 1. – С. 13–29.
28. Фисун, А.Я. Правовые, научно-методические и экономические аспекты организации лекарственной помощи в военном здравоохранении / А.Я. Фисун [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2009. – № 3. – С. 4–11.
29. Формуляр лекарственных средств медицинской службы Вооруженных сил Российской Федерации (пятое издание): утв. нач. ГВМУ МО РФ 1 октября 2013 г. – М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2013. – 178 с.
30. Щерба, М.П. Обоснование рациональных экономико-фармацевтических механизмов лекарственного обеспечения пациентов с сахарным диабетом, прикрепленных к военно-медицинским организациям: дис. ... канд. фарм. наук / М.П. Щерба. – СПб., 2017. – 259 с.



31. Щерба, М.П. Основные положения модели рационального лекарственного обеспечения, основанной на реализации страховых принципов и механизмов межведомственного

взаимодействия / М.П. Щерба, Ю.В. Мирошниченко // Фармакоэкономика: теория и практика. – 2019. – Т. 7, № 1. – С. 81.

---

A. Ya. Fisun, Yu. V. Miroshnichenko, M. P. Shcherba, R. A. Golubenko

### **Assessment of the prospects for introducing drug insurance into military healthcare as part of project activities**

**Abstract.** *It is shown that one of the priority areas of the social policy of the Russian Federation is the consideration of improving the drug supply, the rationale for the national drug policy, as well as the introduction of the drug reimbursement (insurance) system, as one of the key mechanisms to increase the affordability of drugs by partially or fully reimbursing their cost citizens when providing medical care on an outpatient basis. It was revealed that in the context of reforming the healthcare system, the specifics of the work of power ministries and departments are not sufficiently taken into account. In this regard, the features have been studied and an assessment has been given of the prospects for introducing drug insurance into military health care as part of project activities, as one of the mechanisms for implementing interagency cooperation in modern socio-economic conditions when reforming drug supply. It is reflected that the introduction of drug insurance mechanisms can increase the availability of drugs, have a positive effect on the health of the assigned contingents, and reduce the frequency and duration of hospitalizations. At the same time, the following were identified as the main prospects and systemic prerequisites for implementation: the need to create a reliable legal basis for the formation and subsequent development of a unified state system of drug supply, taking into account the specifics of military health; transition to a rational system of financing drug supply for the provision of medical care on an outpatient and inpatient basis as part of a project to develop a new model for the provision of primary health care and specialized medical care based on a unified medical and technological hospital base; prospective reduction of expenses for the supply of medical care in stationary conditions; optimal distribution of rights and responsibilities, ensuring coherence between health authorities; prevention of duplication, ensuring equal and guaranteed drug supply for citizens as part of the project to ensure the quality and accessibility of medical care to privileged contingents of the Ministry of Defense of the Russian Federation. A possible model of drug supply for contingents attached to military medical organizations is substantiated when providing medical care on an outpatient basis when introducing a drug insurance system at the state level. The following key elements of a grounded model are described: adjustment of drug supply management; clarification of the categories of assigned contingents; optimization of the order of dispensing of drugs; the formation of restrictive lists of drugs; optimization of financing.*

**Key words:** *military health, availability of drugs, drug supply, drug insurance, drug lists, national drug policy, assigned contingents, project activities, financing of drug supply.*

Контактный телефон: +7-812-292-34-10; e-mail: vmeda-nio@mil.ru