

Бесстремянная Галина Евгеньевна
Центральный экономико-математический институт РАН.
Старший научный сотрудник. Кандидат экономических наук.

Монетизация льгот на лекарства: первые итоги 2005 года.
//Экономика здравоохранения. 2006. №2.

Введение

Одними из ключевых проблем эффективного предоставления услуг в российском здравоохранении следует признать распространенность теневого сектора и неэффективность лекарственного обеспечения.

Современное институциональное состояние системы здравоохранения характеризуется тем, что даже при сокращении теневого сектора показатель доступности здравоохранения, определенный как отношение объема теневого выпуска к суммарному объему выпуска государственного и рыночного секторов, возрастает только на непродолжительное время, а затем начинает падать (Таблица 1). Это происходит оттого, что изменения в распространенности теневых платежей и теневой занятости институционально не связаны со структурой потребительских предпочтений и соотношением спроса на медицинские услуги и лекарства в государственном, рыночном и теневом секторах.

Таблица 1. Индекс доступности здравоохранения.

Сценарии	2001/2000	2002/2001	2003/2002	2004/2003	2005/2004
Базовый	0,490	0,480	0,480	0,480	0,480
Сокращение теневого сектора	0,497	0,480	0,475	0,473	0,472

Источник: Расчеты в рамках модели «Социальная Россия»¹.

Что же касается лекарственного обеспечения, составляющего одну из основных компонент потребительских расходов в здравоохранении (Шапиро, Бесстремянная, 2002, Система счетов здравоохранения России, 2001), то сейчас одним из основных предметов экономического анализа выступает проблема эффективности замены категориальных льгот денежными компенсациями.

Попытаемся проанализировать *изменения в политике предоставления лекарств льготным категориям населения до введения монетизации льгот и после 2005 года.* Анализ опросов «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (РМЭЗ) и «Национальное обследование бюджетов домохозяйств и участия в социальных программах» (НОБУС)² позволяет проследить, *являлись ли программы*

¹ Модель создана в лаборатории №1 Центрального экономико-математического института РАН под руководством академика В.Л.Макарова. Прототипом послужила модель российской экономики RUSEC - Макаров В.Л. 1999. Вычислимая модель Российской экономики. / Препринт #WP/99/069. - М.: ЦЭМИ РАН, 1999. Методологию и основные оценки в рамках модели «Социальная Россия» можно найти в публикации: Бесстремянная, Г.Е., Бахтизин, А.Р. Вычислимая модель «Социальная Россия»/Препринт # WP/2004/173. М.:ЦЭМИ РАН, 2004.

² Опрос РМЭЗ осуществлен в 2003 году среди 12656 респондентов. Обследование НОБУС было проведено в январе-апреле 2003 года среди 117209 респондентов. Расчеты, основанные на данных НОБУС, выполнены автором в рамках проекта Независимого института социальной политики «Доступность социальных программ и услуг для российского населения: распространенность и неравенство» по подразделу «Здравоохранение». Результаты проекта и общая методология оценивания данных опубликованы в монографии: Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность./Г.Е.Бесстремянная, А.Я.Бурдяк, А.С.Заборовская и др.; рук.авт.колл. Л.Н.Овчарова. М., 2005.

льготного лекарственного обеспечения до 2005 года действенными для потребителей, предъявляющих в силу состояния здоровья повышенный спрос на лекарства.

Отдельного внимания требует исследование возможных изменений потребления лекарств после монетизации льгот. Здесь следует ожидать наличие отрицательного отбора, морального риска и индуцированного спроса на льготные лекарства, порожденного законодательными изменениями, осуществленными в 2005 году. Эти макроэкономические тенденции на российском рынке лекарственных средств можно изучить на основе данных регулярных исследований фармацевтического рынка, публикуемых в журнале «Ремедиум».

Экономическая оценка стоимости натуральных льгот на лекарственные средства

Согласно закону Российской Федерации «О лекарственных средствах» (№86-ФЗ в редакции 2003 года), содержащему отдельную главу «Государственные гарантии доступности лекарственных средств»³, пациенты должны были получать лекарства и медицинские материалы бесплатно во время пребывания в стационарах и не должны были платить за медицинские материалы, используемые при проведении диагностических и лечебных процедур при лечении в поликлиниках.

«Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно»⁴ и «Перечень групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен»⁵ указывали группы населения, имеющие право на льготное обеспечение лекарственными средствами. На практике до 2005 года льготы распространялись на медикаменты из ежегодно утверждаемого «Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при реализации государственных гарантий»⁶. Все остальные потребители приобретали лекарства, рекомендованные врачом в рамках амбулаторного лечения за свой счет.

Проблема расходов на лекарственные средства у различных групп потребителей получила достаточное освещение в социально-экономической литературе за несколько лет до начала дискуссии о монетизации льгот и до введения в действие Закона №122-ФЗ. Вассерман (2001) изучал возможность лиц, имеющих право на бесплатные лекарства, участвовать в частичной оплате (софинансировании) более качественных лекарственных средств по сравнению с теми, которые им гарантировало государство. Подгорбунских и Толстова (2002) рассматривали, каково было выполнение гарантий по льготному лекарственному обеспечению в Российской Федерации в целом и в различных регионах в 2001 году. Накатис и Кадыров (2002) анализировали причины теневой оплаты медицинских услуг в здравоохранении (в том числе покупки лекарств при лечении в стационаре), а также последствия этой практики, как негативные, так и положительные. Исследование Блам и Ковалева (2003) было направлено на изучение сравнительной статистики обращаемости пациентов за бесплатной и платной медицинской помощью в 1990-е годы, а также на определение факторов, влияющих на решение населения покупать лекарства и платить за медицинские услуги.

³ Утратила силу в связи с Федеральным законом от 22 августа 2004 г. №122-ФЗ.

⁴ Приложение №1 к Постановлению Правительства РФ от 30 июля 1994 г. №890 (в ред. 2002 г.).

⁵ Приложение №2 к Постановлению Правительства РФ от 30 июля 1994 г. №890 (в ред. 1995 г.).

⁶ Документ разрабатывается Формулярным комитетом, созданном Минздравом России на основании отраслевого стандарта №91500.05.0004-2002. В настоящее время принят новый Перечень (распоряжение правительства РФ №1344-р от 21 октября 2004 г.), в котором, в частности, увеличен список витаминов и минералов.

Следует подчеркнуть, что расходы на лекарства, всегда составляющие порядка 2/3 всех потребительских расходов на здравоохранение, неуклонно росли, начиная с середины 1990-х годов (Рисунок 1).

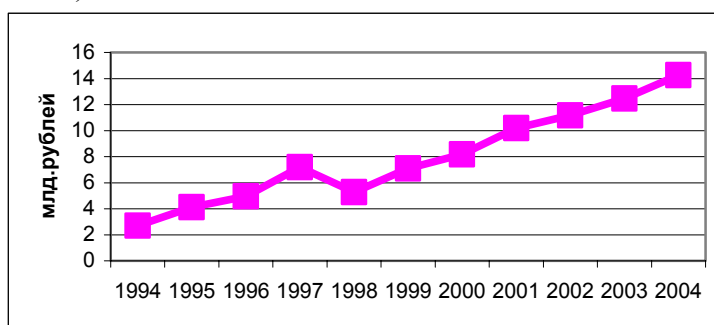


Рисунок 1.

Реальные потребительские расходы на здравоохранение (в ценах 1994 года).

Источник: Расчеты по данным Росстата.

Предваряя анализ финансовых расходов потребителей и эффективности программ льготного лекарственного обеспечения, необходимо указать *группы населения, предъявляющие наибольший спрос на лекарственные средства*, в силу состояния здоровья – это пенсионеры, инвалиды, инвалиды войны, ветераны труда, люди, подвергшиеся радиации.

С увеличением доходной группы возрастает озабоченность своим здоровьем и более критическая оценка его состояния, однако при достаточно высоких располагаемых ресурсах респонденты могут позволить себе дорогостоящее лечение, что выражается в более оптимистичной оценке состояния здоровья (Рисунок 2). Согласно данным НОБУС и РМЭЗ, *потребители с низкими доходами не только придают меньшее значение состоянию собственного здоровья, но и реже обращаются к врачу, как за бесплатной, так и за платной медицинской помощью. Поэтому можно предположить, что более активное обращение за льготными лекарствами следует ожидать от среднедоходных категорий населения.*

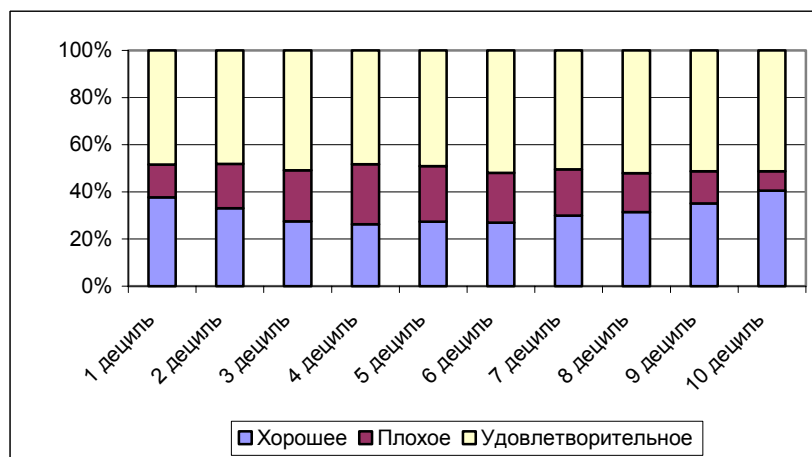


Рисунок 2.

Субъективная оценка состояния собственного здоровья респондентами разных доходных групп по данным НОБУС, %.

Если рассматривать расходы населения на здравоохранение, то наибольшие доли потребительского бюджета, идущие на медицинские услуги и лекарства наблюдаются у пенсионеров и инвалидов.

Согласно обследованию НОБУС доля потребителей-льготников была на уровне 7,7% населения, а сумма средств, сэкономленных потребителями благодаря покупке

лекарств со скидками, составляет 13,4% от личных потребительских расходов на покупку лекарств. По другим оценкам льготы на лекарства в 2002-2003 годах получали 13-15% потребителей (Подгорбунских и Толстова, 2002 и РМЭЗ, 2003⁷).

Данные показывают, что программы льготного лекарственного обеспечения были наиболее популярны среди потребителей с достаточно высокими доходами (Рисунок 3).

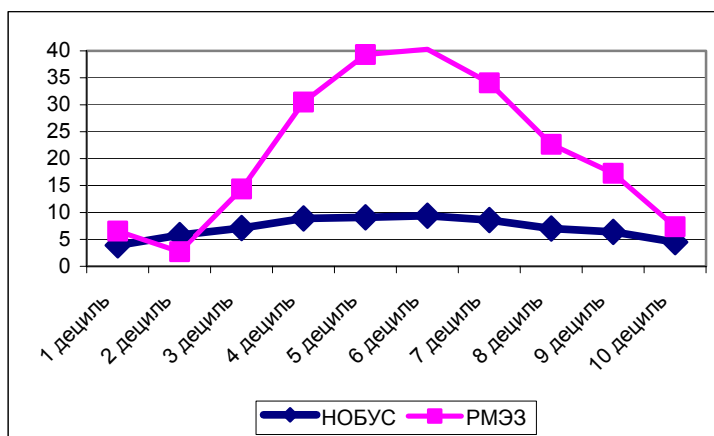


Рисунок 3.
Распространенность права на льготное лекарственное обеспечение, % от респондентов доходной группы.

Наиболее существенная уязвимость населения из низкодоходных групп наблюдается в областных центрах и крупных городах. Доли использования скидок по данным НОБУС колеблются от 51% в городах – миллионниках до 63-68% в других населенных пунктах, что значительно ниже среднего показателя в 78,1%, приводимого на 2001 год в работе Подгорбунских и Толстой (2002).

Что касается отдельных групп льготников, то согласно НОБУС, среди лиц, подвергшихся радиации, 67% воспользовались правом на льготы при покупке лекарств, среди инвалидов и инвалидов войны - только 46%, среди ветеранов труда и других льготников - 19% и 12% соответственно.

Если говорить о номинальных величинах экономии собственных расходов в связи с получением лекарства по льготным рецептам, то скидки наиболее действенны для высокодоходных групп респондентов. В относительном выражении скидки также дают большую экономию респондентам из высокодоходных групп. Несмотря на то, что экономия при покупке лекарств как составляющая бюджета индивида примерно одинакова во всех децилях, с ростом доходов экономия от льгот на лекарства в терминах собственных расходов на лекарства или же расходов на медицинскую помощь возрастает (Рисунок 4).

⁷ Среди тех, кому выписали лекарства.

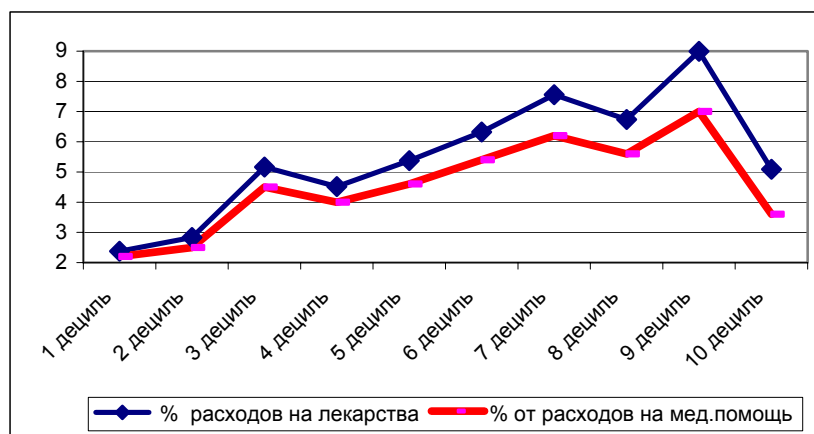


Рисунок 4.

Экономия от покупки лекарств со скидкой в каждой доходной группе, по данным НОБУС.

Согласно НОБУС, что хотя льготы и не были столь распространены среди бедных, но для них они являлись наиболее значимыми. Сумма потенциальных затрат на лекарства, возмещенных государством, превышала личные расходы потребителей из первых двух децилей во всех типах населенных пунктах. В крупных городах и в поселках эта экономия составляла соответственно 2,8 и 1,6 раза. Реальная стоимость лекарств, сэкономленная за счет покупки их бесплатно или со скидкой в процентах от доходов у бедных жителей была в 1,5-2 раза выше, чем у небедных. У инвалидов, инвалидов войны и других льготников эта экономия была сопоставима с личными расходами на покупку лекарств, а в случае лиц, подвергшихся радиации - превышает собственные расходы (Таблица 3).

Таблица 3. Экономия от покупки лекарств со скидкой и расходы на медицинскую помощь среди групп льготополучателей, по данным НОБУС.

Показатель	Инвалиды	Инвалиды войны	Лица, подвергшиеся воздействию радиации	Другие льготники	Все население (включая льготников)
Экономия, руб. в месяц	327	258	239	316	151
Расходы на лекарства, руб. в месяц	347	301	209	349	134
Экономия, % от расходов на медпомощь	78,6	83,1	101,0	84,9	5,2

Анализ данных РМЭЗ позволяет судить о большей доступности лекарств льготным категориям населения, по сравнению с остальными потребителями: если среди всех потребителей, которым выписали лекарства, их не смогли приобрести 11,4%, то среди имеющих право на скидки данный показатель составляет лишь 9,3%.

Первые результаты монетизации льгот на лекарства

Начиная с 2005 года, 50% скидка на покупку лекарств отменена, а бесплатное лекарственное обеспечение происходит согласно Перечню лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение

государственной социальной помощи⁸. Таким образом, Приказом Минздравсоцразвития «Об утверждении порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан»⁹ создана система дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий населения (ДЛО). В 2005 году около 49% льготников выбрали социальный пакет, в то время как почти 51% - решили использовать денежную компенсацию.

Согласно данным журнала «Ремедиум», начиная с первого квартала 2005 года, в РФ произошел стремительный рост выпуска лекарственных средств (Таблица 4). Однако темпы роста импорта лекарств в 2005 году в 2 раза превышали увеличение отечественного производства: если выпуск отечественных фармацевтических предприятий возрстал на 17-24%, то объем импорта увеличивался на 58-60% (Таблица 5).

Таблица 4. Выпуск отечественных лекарственных средств в 2003-2005 годы, млн. рублей.

Показатель	2003	2004	1 кв. 2005	1 полугодие 2005
Выпуск, млн. рублей	29491	33502	9676	19523

Источники: Романова С., Захарова, В. Рейтинг предприятий фармацевтической промышленности за 2003 год. //Ремедиум. 2004. №4; Романова С., Захарова, В. Рейтинг предприятий фармацевтической промышленности за 2004 год. //Ремедиум. 2005. №7; Романова С., Захарова, В. Рейтинг предприятий фармацевтической промышленности за I полугодие 2005 года. //Ремедиум. 2005. №11; Романова С., Захарова, В. Рейтинг предприятий фармацевтической промышленности за I квартал 2005 года. //Ремедиум. 2005. №8.

Таблица 5. Рост отечественных и импортных лекарств в 2005 году, в % к соответствующему периоду 2004 года.

Показатель	1 квартал	1 полугодие	9 месяцев
Отечественные лекарства	16,9	22,8	24,2
Импортные лекарства	58,2	59,2	60,1

Источники: Романова С., Захарова, В. Рейтинг предприятий фармацевтической промышленности за I полугодие 2005 года. //Ремедиум. 2005. №11; Романова С., Захарова, В. Рейтинг предприятий фармацевтической промышленности за I квартал 2005 года. //Ремедиум. 2005. №8; Черновисов, Г., Захарова, В., Журов, Д., Романова, С. Медицинская промышленность за 9 месяцев 2005 года. //Ремедиум. 2005. №12. Таблица 8.

Вероятнее всего, потребители, получившие денежную компенсацию, тратят ее на покупку эффективных и более дорогих импортных средств, а льготники докупают дорогие импортные препараты за собственные деньги.

Официальные данные свидетельствуют, что уровень обслуживания выписываемых льготных рецептов составляет свыше 90% (Тельнова и др., 2005). Это соответствует дореформенному показателю, оцененному по данным РМЭЗ - 88% людей, имеющих право на скидки, приобретали лекарства по льготным рецептам (у врача или в государственной аптеке), а остальные покупали медикаменты за полную стоимость в негосударственной аптеке или с рук.

В относительном выражении, на первый взгляд, увеличения потребления лекарств по программам дополнительного лекарственного обеспечения в 2005 году не произошло. Отпуск лекарственных препаратов для льготников составил 13,3% от общего потребления

⁸ Приложение к Приказу Минздравсоцразвития от 02.12.2004 №296 в редакции Приказа Минздравсоцразвития от 24.12.2004 №321.

⁹ Приказ Минздравсоцразвития от 29.12.2004 №328 в редакции Приказов Минздравсоцразвития РФ от 05.09.2005 №547 и от 07.10.2005 №623.

лекарственных средств¹⁰. С одной стороны, этот показатель соотношения рынков платных и бесплатных лекарств почти в точности соответствует оценкам по данным обследования НОБУС для 2003 года. С другой стороны, принимая во внимание, что половина льготников выбрали денежную компенсацию и покупают лекарства за свой счет, можно сделать вывод, что общее потребление лекарств льготными категориями значительно возросло.

* * *

Подводя итоги количественным оценкам, можно сделать следующие выводы относительно льгот по лекарственному обеспечению до и после их монетизации.

1. В 2003 году льготы на лекарственное обеспечение в основном были распространены среди потребителей со средними доходами, а не среди наименее здоровых и в наименьшей степени заботящихся о здоровье низкодоходных групп населения.

2. Натуральные льготы на покупку лекарств были достаточно действенны, так как экономия была сопоставима или даже превышала собственные расходы льготников на лекарственные средства. Тем не менее, льготы не выравнивали наиболее ущемленные категории потребителей с остальным населением: личные номинальные расходы льготополучателей оставались выше, чем у всего населения.

3. Обеспеченность льготных рецептов после монетизации льгот сохранилась на уровне дореформенного периода – около 90% льготников, которым выписали рецепты на лекарства, покупают их в аптеках.

4. Монетизация льгот, сочетаемая с политикой выписывания дешевых отечественных препаратов вместо более дорогих импортных аналогов, повлияла на разрастание рынка отечественных лекарственных средств. Кроме того, анализ расходов потребителей на лекарства показывает, что размеры социального пакета в 400 рублей¹¹ в месяц сопоставимы лишь с реальной стоимостью лекарств, получаемых по льготным рецептам, и все льготники, как выбравшие соцпакет, так и взявшие денежную компенсацию, вынуждены самостоятельно докупать многие препараты. Поэтому спрос на импортные лекарства после монетизации не уменьшился.

Литература

1. Blam, I., Kovalev, S. (2003). Commercialization of Medical Care and Household Behavior in Transitional Russia. RUIG/UNRISD project.
2. RLMS. The Russia Longitudinal Monitoring Survey, <http://www.cpc.unc.edu/rlms/>
3. Shapiro, J, Besstremyannaya, G. (2002). Healthcare in the Developing World: GDN-Merck Country Studies, “The Russian Federation”, mimeo.
4. Бесстремьянная, Г.Е., Бахтизин, А.Р. (2004). Вычислимая модель «Социальная Россия»/Препринт # WP/2004/173. М.:ЦЭМИ РАН, 2004.
5. Вассерман, Б.А. (2001). «Социальный портрет пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение» // Экономика здравоохранения, №11-12.
6. Денисова, М., Соколова, В. (2005). Структурные изменения на российском фармрынке в I квартале 2005 года.//Ремедиум. 2005. №7.
7. Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность. (2005) /Г.Е.Бесстремьянная, А.Я.Бурдяк, А.С.Заборовская и др.; рук.авт.колл. Л.Н.Овчарова; Независимый институт социальной политики. М., 2005.

¹⁰ Согласно данным в работе Соколова, В., Галузо, А. Фармацевтический рынок РФ в I полугодии 2005 г.//Ремедиум. 2005. №10, в первом полугодии 2005 года объем аптечного и госпитального сектора составил 3 млрд. долларов в розничных ценах, в то время как отпуск препаратов по ДЛЮ составил около 400 млн. долларов.

¹¹ Ст.6.5 Закона №122-ФЗ

8. Захарова, В., Романова, С. (2004). Региональный выпуск лекарственных средств в 2003 году.//Ремедиум. 2004. №12.
9. Макаров, В.Л. (1999). «Вычислимая модель Российской экономики». / Препринт #WP/99/069. - М.: ЦЭМИ РАН, 1999.
10. Накатис, Я.А., Кадыров, Ф.Н. (2002). Теневая оплата медицинских услуг в здравоохранении: причины и последствия, методы противодействия.//Экономика здравоохранения, №8.
11. Подгорбунских, Н.И., Толстова, Е.В. (2002). Выполнение гарантий льготного лекарственного обеспечения населения на федеральном уровне.// Новая аптека, №4.
12. Романова, С., Захарова, В. (2004). Рейтинг предприятий фармацевтической промышленности за 2003 год. //Ремедиум. 2004. №4.
13. Романова, С., Захарова, В. (2005а). Рейтинг предприятий фармацевтической промышленности за 2004 год. //Ремедиум. 2005. №7.
14. Романова, С., Захарова, В. (2005б). Рейтинг предприятий фармацевтической промышленности за I квартал 2005 года. //Ремедиум. 2005. №8.
15. Романова, С., Захарова, В. (2005с). Рейтинг предприятий фармацевтической промышленности за I полугодие 2005 года. //Ремедиум. 2005. №11.
16. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет (2004). С.В. Шишкин (рук. колл.), Г.Е.Бесстремьянная, М.Д.Красильникова и др. Независимый институт социальной политики. М: Издательский дом ГУ-ВШЭ.
17. Росстат:
 - (2004а) - Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств в 2003 г. М.: Росстат, 2004.
 - (2004б) - Российский статистический ежегодник, 2004. М.: Росстат, 2004.
 - (2004с) - Социально-экономическое положение и уровень жизни населения России, 2004. М.: Росстат, 2004.
18. Система счетов здравоохранения России. (2001). Монография/Под общ. ред. Н.В.Беляевой. М.:2001.
19. Соколова, В., Галузо, А. (2005). Фармацевтический рынок РФ в I полугодии 2005 г.//Ремедиум. 2005. №10.
20. Тельнова, Е.А., Ярошенко, Н.П., Вескер, И.Л., Фисенко, В.С. (2005). Мониторинг реализации Федерального закона №122-ФЗ.//Ремедиум. 2005. №11.
21. Трофимова, Е.О. (2005). Российский фармацевтический рынок: «перезагрузка матрицы».//Ремедиум. 2005. №7.
22. Черновисов, Г., Захарова, В., Журов, Д., Романова, С. (2005). Медицинская промышленность за 9 месяцев 2005 года.//Ремедиум. 2005. №12.