



МЕДИЦИНА

№1
2014

Оглавление

Датий А. В. Характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, обратившихся за психологической помощью	1
Цыкорина Л. Н. Анализ контингентов проживающих в Первомайском доме-интернате для престарелых и инвалидов	10
Кильдебекова Р. Н., Дмитриев А. В., Федотов А. Л., Саяхов Р. Ф. Влияние физических тренировок на психологическое здоровье больных артериальной гипертензией	15
Саверский А. В. Переход к стандартным моделям лекарственного обеспечения пациентов с редкими болезнями	20
Комаров Ю. М. Медицинское страхование: для Голландии или для России	42
Власов В. В., Плавинский С. Л. Обзор состояния лекарственного обеспечения в России	58

**БЕСПЛАТНОЕ РЕЦЕНЗИРУЕМОЕ НАУЧНОЕ
ИНТЕРНЕТ-ИЗДАНИЕ С ОТКРЫТЫМ ДОСТУПОМ,
ПУБЛИКУЮЩЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРИГИНАЛЬНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ВО ВСЕХ ОБЛАСТЯХ МЕДИЦИНЫ**

Журнал «Медицина»

бесплатное рецензируемое научное интернет-издание
с открытым доступом

№ 1, 2014

Главный редактор

Данишевский К. Д., д. м. н., профессор

Председатель Редакционного совета

Стародубов В. И., академик РАМН

Редколлегия

Андрусенко А. А., к. м. н.

Барях Е. А., к. м. н.

Власов В. В., д. м. н., профессор

Немцов А. В., д. м. н., профессор

Плавинский С. Л., д. м. н., профессор

Савчук С. А., д. х. н.

Тетенова Е. Ю., к. м. н.

Шабашов А. Е., к. м. н.

Редакционный совет

Боярский С. Г., к. м. н.

Гаспаришвили А. Т., к. ф. н.

Новиков Г. А., д. м. н., проф.

Фролов М. Ю., к. м. н.

Ответственный секретарь редакции

Колгашкин А. Ю.

Адрес издания в сети Интернет: fsmj.ru

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Эл № ФС77-52280
от 25 декабря 2012 года выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций

© Журнал «Медицина», 2014

Характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, обратившихся за психологической помощью

Датий А.В.

д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Рязанского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, E-mail: 525252s@mail.ru

В статье дается социально-демографическая характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин. Исследованы данные о распределении ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин по возрасту, семейному положению, образованию, роду занятий, гражданству и состоянию здоровья. Личность осужденных мужчин тесно связана с их уголовно-правовой характеристикой. Исследованы свойства и качества мужчин, отбывающих наказание, которые привели их в места лишения свободы. Проведен анализ категории совершенного мужчинами преступления, числа судимостей, срока наказания, назначенного судом, вида учреждения, фактически отбытого срока наказания и неотбытого срока наказания в исправительном учреждении. Проведена оценка ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин в период пребывания в исправительном учреждении. Она показала, где и в каком учреждении отбывает наказание осужденный, как воздействует наказание на осужденного, как характеризуется его поведение, отношение к труду, учебе, другим осужденным, какова его общая характеристика по мнению администрации. Изучены социальные связи ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин. Оценены материализованные средства общения ВИЧ-инфицированных осужденных с родными и близкими, устойчивость личных контактов, проявления родными и близкими заботы об осужденном. Проведен анализ дисциплинарной практики ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин.

Ключевые слова: осужденный, исправительное учреждение, психологическая помощь, ВИЧ-инфекция, социально-демографическая характеристика, уголовно-правовая характеристика, уголовно-исполнительная характеристика, социальная помощь, семейное положение, возраст, образование, гражданство, состояние здоровья, срок, число судимостей, социальные связи.

В 2003 году статья 12 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации была дополнена п. 6¹, предоставившим право осужденным на психологическую помощь. Нами вопрос обращения осужденных за психологической помощью изучался при проведении переписи осужденных. В декабре 2013 года нами в журнале «Медицина» была опубликована первая статья «Характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных женщин, обратившихся за психологической помощью» [4]. Во второй статье дается характеристика осужденным мужчинам. Переписи подлежал каждый десятый осужденный к лишению свободы мужчина. Полученные данные помогут в организации воспитательной и медико-психологической работы с этой категорией осужденных [13,15,23,24]. В представленной статье дана характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, отбывающих наказание в виде лишения свободы на территории Российской Федерации, по материалам специальной переписи осужденных 2009 года [5,6].

Социально-демографическая характеристика. Исследованиями в последние годы были выявлены закономерности, позволяющие учитывать при работе по исправлению осужденных те или иные особенности граждан разного возраста, образовательного уровня, семейного положения. Эти характеристики могут быть использованы и в проводимой работе с ВИЧ-инфицированными осужденными мужчинами [1,2,7,14,18].

В настоящей работе анализируются данные о распределении осужденных по возрасту, семейному положению, образованию, роду занятий, состоянию здоровья.

Возраст. В исследованиях разных лет многими авторами отмечалось, какое влияние на личность осужденного, его интересы, возможность исправления и перевоспитания оказывает возраст [22,25]. С увеличением возраста, естественно, происходят изменения личности: меняются ее социальные роли и функции, жизненный опыт, привычки и наклонности, мотивация поступков, реакция на различные жизненные ситуации. Все эти факторы оказывают существенное влияние на поведение человека.

Анализ данных показал, что ВИЧ-инфицированные осужденные мужчины, содержащиеся в исправительных учреждениях, распределялись по возрастным группам следующим образом. В возрасте от 20 до 24 лет – 32,2 % осужденных, от 25 до 29 лет находится 28,3 % осужденных, от 30 до 39 лет – 27,3 % осужденных. Доля остальных возрастных групп незначительна.

Семейное положение. Наличие семьи в большинстве случаев благоприятно воздействует на лиц, отбывающих наказание в исправительных учреждениях, облегчает их социальную адаптацию после освобождения. Учитывая важность поддержания осужденными социально полезных связей, в законодательстве предусмотрена возможность реализации осужденным права на вступление в брак. В связи с этим и нами при проведении исследования вопросу о семейном положении осужденных было уделено большое внимание.

Данные проведенного исследования показали, что 82,7 % ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин в браке не состояли, состояли в браке и семья сохранилась у 4,4 % осужденных, состояли в браке и семья распалась у 12,9 % ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин.

Образование. Ранее проведенные исследования свидетельствуют о важной роли образования как антикриминогенного фактора. Полученные данные свидетельствуют, что образовательный уровень является существенной характеристикой личности человека в целом и осужденного в особенности. Люди с более высоким уровнем образования легче адаптируются к жизни на свободе после освобождения из исправительных учреждений.

Проведенный нами анализ уровня образования ВИЧ-инфицированных осужденных показал, что среднее полное общее (среднее) образование имело 30,9 %, основное общее (неполное среднее) – 28,1 %, среднее профессиональное (среднее специальное и незаконченное высшее) – 18,3 %, начальное общее (начальное) – 10,8 %, высшее профессиональное (высшее) – 1,9 %, остальные осужденные мужчины не имеют образования.

Род занятий до осуждения. Многочисленные исследования разных лет показали, какое большое значение имеет трудовая деятельность в формировании мировоззрения человека и его нравственных взглядов. Без определенных занятий было 65,6 % осужденных, 2,6 % получали пенсионное обеспечение, а 2,9 % официально признаны безработными.

Рабочие составляли 15,2 %, служащие – 4,7 %, лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью, – 2,1 %, иной деятельностью занимались 2,2 % осужденных. Доля остальных осужденных была незначительна.

Состояние здоровья. Данные ряда исследований показали важность изучения состояния здоровья и трудоспособности осужденных [3,9,10,12,21]. Проведенный нами анализ состояния здоровья и трудоспособности ВИЧ-инфицированных осужденных показал, что трудоспособными были 81,5 % осужденных, ограниченно годны к физическому труду 16,7 % осужденных, инвалидами были 1,8 % осужденных.

Таковы основные показатели социально-демографической характеристики ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, обратившихся за психологической помощью.

Уголовно-правовая характеристика. Важнейшие компоненты личности осужденных связаны с их уголовно-правовой характеристикой, то есть с теми свойствами и качествами лица, отбывающего наказание, которые привели его в места лишения свободы [6,8, 11]. К их числу отнесены: категория совершенного преступления, число судимостей, срок наказания, назначенный судом, фактически отбытый срок наказания и неотбытый срок наказания.

Категория преступления, за которое лицо отбывает наказание. В процессе проведения переписи изучался вопрос о том, преступления какой категории в основном совершают ВИЧ-инфицированные мужчины. У 36,4 % осужденных преступление относится к особо тяжким, у 41,2 % – к тяжким, у 19,5 % – средней тяжести, а у 2,9 % – небольшой тяжести.

Число судимостей является одним из важнейших показателей, характеризующих личность осужденного и его поведение. Оно дает возможность судить, насколько устойчивы у осужденного антисоциальные черты личности.

По нашим данным, распределение ВИЧ-инфицированных осужденных по числу судимостей выглядело следующим образом. У подавляющего большинства ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин (69,1 %) это первая судимость, у 21,8 % – вторая, у 5,9 % – третья, у остальных – четыре и более судимостей.

Срок наказания, назначенный судом. Согласно результатам исследований, осужденные мужчины распределились в зависимости от срока лишения свободы следующим образом. Назначено наказание от 5 до 8 лет включительно – 34,2 % осужденных, от 3 до 5 лет

включительно – 22,2 %, от 2 до 3 лет включительно – 14,2 %, от 8 до 10 лет включительно – 12,0 %, от 1 до 2 лет включительно – 7,9 %, от 10 до 15 лет включительно – 6,2 %, до 1 года включительно – 2,6 % и более 15 лет – 0,7 % осужденных.

Фактически отбытый срок наказания. На день исследования отбыли наказание от 1 года до 2 лет – 36,2 %, до 1 года включительно – 18,1 %, от 3 до 5 лет – 17,9 %, от 2 до 3 лет включительно – 17,1 %, от 5 до 8 лет включительно – 8,1 %, более 8 лет – 2,6 % осужденных мужчин.

Анализ неотбытого срока наказания показал, что предстоит отбывать наказание до 6 месяцев включительно – 8,7 %, от 6 месяцев до 1 года включительно – 8,9 %, от 1 года до 2 лет включительно – 20,2 %, от 2 до 3 лет включительно – 19,5 %, от 3 до 5 лет включительно – 20,5 %, от 5 до 8 лет включительно – 18,5 %, от 8 до 10 лет включительно – 2,3 %, от 10 до 15 лет включительно – 1,2 %, от 15 до 20 лет включительно – 0,1 % осужденным.

Таковы основные показатели уголовно-правовой характеристики ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, обратившихся за психологической помощью.

Важность **уголовно-исполнительной характеристики** осужденных определяется тем, что она позволяет судить о них в период пребывания в исправительном учреждении. Она показывает, где и в каком учреждении отбывает наказание осужденный, как воздействует наказание на осужденного, как характеризуется его поведение, отношение к труду, учебе, другим осужденным, какова его общая характеристика [16,17,19,20,26].

Место отбывания наказания. Данные о распределении осужденных по месту отбывания наказания показали, что 69,5 % осужденных мужчин отбывают наказание в пределах территории субъекта Российской Федерации по месту постоянного жительства. В другом субъекте Российской Федерации по месту осуждения отбывали наказание 9,7 % осужденных, в другом субъекте Российской Федерации не по месту жительства и не по месту осуждения – 20,4 %, остальные осужденные мужчины не имели постоянного места жительства.

Условия отбывания наказания. Подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин (62,3 %) отбывают наказание на обычных условиях, на облегченных условиях – 37,2 %, на строгих условиях – 0,5 %.

Основание нахождения в исправительном учреждении. Подавляющее большинство осужденных отбывают наказание по приговору суда – 87,4 %, по постановлению судьи об отмене условного осуждения – 6,7 %, по постановлению судьи о переводе из исправительной колонии в колонию-поселение – 2,3 %, доля других оснований незначительна.

Социальные связи осужденных. Уголовно-исполнительным кодексом РФ (1997) был отменен ряд ограничений, в частности ограничения в переписке, увеличено число разрешенных осужденным свиданий, посылок, бандеролей и передач. Были сняты ограничения в расходовании денежных средств, заработанных в исправительном учреждении или полученных в виде пенсии, увеличен размер присылаемых осужденному денежных средств, которые он имеет право расходовать для покупки в магазине исправительного учреждения продуктов питания и предметов первой необходимости.

Право на получение посылок, передач и бандеролей. Действующее уголовно-исполнительное законодательство Российской Федерации разрешает получать посылки, передачи и бандероли всем осужденным, независимо от отбытого срока наказания. Число посылок, передач и бандеролей зависит от вида режима учреждения и от тех условий отбывания наказания, в которых отбывает наказание ВИЧ-инфицированный осужденный.

Анализ результатов проведенного исследования показал, что правом на получение посылок и передач воспользовались 65,4 % ВИЧ-инфицированных осужденных.

Право на свидания. Правом на краткосрочные свидания воспользовались 41,5 % ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, правом на длительные свидания – 15,2 % осужденных.

Право на телефонные переговоры. Достоинство телефонных переговоров для осужденных состоит в быстрой передаче информации, возможности сразу же решить какие-то проблемы. К сожалению, этот вид контактов с родственниками пока еще должного развития не получил. Используют право на телефонные переговоры 72,7 % осужденных, 17,1 % ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин не изъявили желания воспользоваться этим правом.

Право на получение и отправку денежных переводов. 72,3 % ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин не получали денежные переводы, а 96,5 % осужденных не отправляли денежные переводы.

Характеристика отношения осужденных к труду, по мнению администрации учреждения. К работе относятся добросовестно 53,9 % ВИЧ-инфицированных осужденных, недобросовестно – 6,9 %, от работы отказываются – 3,6 %, не работают по независящим от них или уважительным причинам – 30,4 %, недостаточно изучены, поэтому нельзя сделать выводы о 5,2 % осужденных мужчин.

Характеристика отношения осужденных к учебе, по мнению администрации учреждения. Не учатся по уважительным причинам 28,1 % ВИЧ-инфицированных осужденных, из-за отсутствия школы – 1,9 %, по неуважительным причинам – 5,4 % осужденных мужчин.

Общая характеристика осужденных, по мнению администрации учреждения. Характеризуются положительно 54,2 % ВИЧ-инфицированных осужденных, нейтрально 41,1 % осужденных, отрицательно 4,4 % осужденных и являются злостными нарушителями 0,3 % осужденных мужчин.

Таковы основные показатели уголовно-исполнительной характеристики ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, обратившихся за психологической помощью.

Таким образом, мы видим, что, несмотря на некоторые общие признаки, позволившие нам получить усредненную социально-демографическую, уголовно-правовую и уголовно-исполнительную характеристику, осужденные данной категории составляют в целом неоднородную группу, как по личностным, так и по поведенческим признакам. В связи с этим перед администрацией исправительных учреждений, где отбывают наказание ВИЧ-инфицированные осужденные мужчины, стоит достаточно сложная задача повышения воспитательного воздействия на них, с учетом углубленного изучения их личностных особенностей при обращении за психологической помощью [23,24,25,26].

Список литературы

1. Воронин Р.М., Датий А.В., Трубецкой В.Ф. Некоторые характеристики осужденных, больных наркоманией // Человек: преступление и наказание. 2012. № 3. С. 118-121.
2. Воронин Р.М., Датий А.В., Юсуфов Р.Ш. Уголовно-исполнительная характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных женщин // Уголовно-исполнительное право. 2012. № 2. С. 79-80.
3. Датий А.В. Научно-методическое сопровождение эксперимента по совершенствованию медико-санитарного обеспечения осужденных // Ведомости уголовно-исполнительной системы. 2012. № 9. С. 16-21.
4. Датий А.В. Характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных женщин, обратившихся за психологической помощью // Медицина. 2013. Т. 1. № 4 (4). С. 74-85.
5. Датий А.В. Характеристика женщин, осужденных к лишению свободы (по материалам специальной переписи 2009 г.) // Прикладная юридическая психология. 2013. № 3. С. 68-75.
6. Датий А.В. Характеристика мужчин, осужденных к лишению свободы (по материалам специальной переписи 2009 г.) // Прикладная юридическая психология. 2013. № 4. С. 126-133.
7. Датий А.В., Бовин Б.Г. Анализ динамики умышленных убийств и численности осужденных за убийства в России // Прикладная юридическая психология. 2011. № 2. С. 23-29.
8. Датий А.В., Воронин Р.М. Некоторые особенности характеристик женщин инвалидов, содержащихся в местах лишения свободы // Человек: преступление и наказание. 2013. № 4. С. 61-63.
9. Датий А.В., Данилин Е.М., Федосеев А.А. Характеристика осужденных, отбывающих наказание в воспитательных колониях // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2011. № 16. С. 24-28.
10. Датий А.В., Дикопольцев Д.Е., Федосеев А.А. Интернет-конференция «Преобразование воспитательных колоний в учреждения для содержания лиц, совершивших преступления в несовершеннолетнем возрасте» // Прикладная юридическая психология. 2011. № 3. С. 181-182.

11. Датий А.В., Дикопольцев Д.Е., Федосеев А.А. Некоторые характеристики осужденных, отбывающих наказание в воспитательных колониях в 2011 году // Прикладная юридическая психология. 2011. № 4. С. 121-124.
12. Датий А.В., Казберов П.Н. Рецензия на словарь по пенитенциарной психологии «Преступление и наказание от «А» до «Я» (под общей редакцией доктора психологических наук Д.В. Сочивко) // Прикладная юридическая психология. 2010. № 3. С. 193.
13. Датий А.В., Казберов П.Н. Создание базовых (типовых) психокоррекционных программ для работы с осужденными // Прикладная юридическая психология. 2011. № 1. С. 216-218.
14. Датий А.В., Кармовский В.В., Макаревич З.Б. Уголовно-исполнительная характеристика осужденных женщин, отбывающих наказание в исправительных учреждениях // Уголовно-исполнительное право. 2011. № 1. С. 43-45.
15. Датий А.В., Павленко А.А. К вопросу о совершенствовании действующего законодательства в области пенитенциарной медицины // Человек: преступление и наказание. 2011. № 1. С. 58-61.
16. Датий А.В., Павленко А.А., Шаталов Ю.Н. Интернет-конференция «Совершенствование медико-санитарного обеспечения в уголовно-исполнительной системе» // Прикладная юридическая психология. 2012. № 1. С. 178-179.
17. Датий А.В., Селиванов С.Б., Панфилов Н.В. Опыт создания информационно-аналитической базы социально-гигиенического мониторинга в системе Минюста России // Гигиена и санитария. 2004. № 5. С. 23.
18. Датий А., Тенета Е. Характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных в учреждениях ФСИН России // Закон и право. 2006. № 12. С. 40-41.
19. Датий А.В., Трубецкой В.Ф., Селиванов Б.С. Интернет-конференция «Профилактика социально значимых заболеваний в учреждениях уголовно-исполнительной системы» // Прикладная юридическая психология. 2012. № 2. С. 151-152.
20. Датий А.В., Федосеев А.А. Характеристика больных туберкулезом осужденных женщин, обратившихся за психологической помощью // Электронный вестник Ростовского социально-экономического института. 2014. № 1. С. 16-27.
21. Датий А., Хохлов И. Проблема оказания противотуберкулезной помощи осужденным в учреждениях ФСИН России // Закон и право. 2006. № 11. С. 23-24.
22. Датий А.В., Юсуфов Р.Ш., Ермолаева Т.В. Роль клинико-диагностических лабораторных исследований в диагностике туберкулеза // Клиническая лабораторная диагностика. 2010. № 9. С. 35.
23. Дьяченко А.П., Датий А.В., Митропольская К.В. Характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, отбывающих наказание в исправительных учреждениях ФСИН России // Уголовно-исполнительное право. 2010. № 1. С. 71-74.
24. Лапкин М.М., Казберов П.Н., Датий А.В. Медико-психологическое сопровождение граждан в районах пожаров // Прикладная юридическая психология. 2010. № 4. С. 158-163.
25. Смирнов Д.А., Селиванов Б.С., Датий А.В. Некоторые аспекты медико-санитарного обеспечения осужденных в колониях-поселениях // Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление. 2008. № 1. С. 20-21.
26. Тенета Е.Л., Датий А.В. Некоторые аспекты характеристики ВИЧ-инфицированных осужденных в учреждениях ФСИН России // Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление. 2007. № 2. С. 32-34.

The characteristic of the HIV-infected condemned men who have asked for a psychological assistance

Alexei V. Datiy

doctor of medical sciences, professor of the department public health and health care, I.P.Pavlov Ryazan State Medical University, E-mail: 525252s@mail.ru

In article the social and demographic characteristic of the HIV-infected condemned men is given. Data on distribution of the HIV-infected condemned men on age, relationship status, education, occupation, nationality and state of health are investigated. The identity of the condemned men is closely connected with their criminal and legal characteristic. Are investigated by properties of the men serving sentence who brought them into imprisonment places. The analysis of category of the crime committed by men, numbers of criminal records, term of the punishment appointed by court, a type of the establishment, actually served sentence of punishment and unexpired term of punishment in correctional facility is carried out. The assessment of the HIV-infected condemned men during stay in correctional facility is carried out. It showed where and in what establishment serves sentence condemned as influences on condemned as its characterized, the relation to work, study, another condemned, what its general characteristic according to administration. Social communications of the HIV-infected condemned men are studied. The materialized means of communication of HIV-infected condemned with the family, stability of personal contacts, manifestations by the family of care of the condemned are estimated. The analysis of disciplinary practice of the HIV-infected condemned men is carried out.

Keywords: condemned, correctional facility, a psychological assistance, HIV infection, the social and demographic characteristic, the criminal and legal characteristic, the criminal and executive characteristic, the social help, relationship status, age, education, nationality, a state of health, term, number of criminal records, social communications.

References

Voronin, R.M, A.V Datiy, and V.F Trubetsky "Some characteristics of drug addicted convicts." *Chelovek: Prestuplenie i Nakazanie* 3 (2012): 118-121. Print.

Voronin, R.M, A.V Datiy, and R. Sh. Jusufov. "Penitentiary characteristics of HIV-infected female convicts." *Ugolovno-Iсполnitelnoye Pravo* 2 (2012): 79-80. Print.

Datiy, A.V, "Scientific and methodological support of the experiment to improve health care for convicts." *Vedomosty Ugolovno-Iсполnitelnoy Sistemy* 9 (2012): 16-21. Print.

Datiy, A.V, "Characteristics of HIV-infected female convicts seeking psychological help." *Meditcina* 4 (2013): 74-85. Print.

Datiy, A.V, "Characteristics of female convicts according to the 2009 specialized census data." *Prikladnaya Juridicheskaya Psikhologia* 3 (2013): 68-75. Print.

Datiy, A.V, "Characteristics of male convicts according to the 2009 specialized census data." *Prikladnaya Juridicheskaya Psikhologia* 4 (2013): 126-133. Print.

Datiy, A.V, B.G Bovin. "Dynamics of homicides and number of murder convicts in Russia – an analysis." *Prikladnaya Juridicheskaya Psikhologia* 2 (2011): 23-29. Print.

Datiy, A.V, R.M Voronin. "Some special characteristics of disabled female convicts." *Chelovek: Prestuplenie i Nakazanie* 4 (2013): 61-63. Print.

Datiy, A.V, E.M Danilin, and A.A Fedoseev. "Characteristics of convicts serving sentences in juvenile colonies." *Vestnik Instituta: Prestuplenie, Nakazanie, Ispravlenie* 16 (2011): 24-28. Print.

- Dat'y, A.V, D.E Dikopol'tsev, and A.A Fedoseev. "Transformation of juvenile colonies into institutions for containment of underage offenders – an Internet conference." *Prikladnaya Juridicheskaya Psikhologiya* 3 (2011): 181-182. Print.
- Dat'y, A.V, D.E Dikopol'tsev, and A.A Fedoseev. "Some characteristics of convicts serving sentences in juvenile colonies." *Prikladnaya Juridicheskaya Psikhologiya* 4 (2011): 121-124. Print.
- Dat'y, A.V, P.N Kazberov. "Review of a dictionary of penitentiary psychology "Crime and Punishment from A to Z" edited by Doctor of Psychology D.V Sochivko." *Prikladnaya Juridicheskaya Psikhologiya* 3 (2010): 193. Print.
- Dat'y, A.V, P.N Kazberov. "Creating of basic (typical) psycho programs for convicts." *Prikladnaya Juridicheskaya Psikhologiya* 1 (2011): 216-218. Print.
- Dat'y, A.V, V.V Karmovsky, and Z.B Makarevich. "Penitentiary characteristics of female convicts serving sentence in correctional institutions." *Ugolovno-Iсполnitel'noye Pravo* 1 (2011): 43-45. Print.
- Dat'y, A.V, A.A Pavlenko. "On the issue of improving the existing legislation in the field of penitentiary medicine." *Chelovek: Prestuplenie i Nakazanie* 1 (2011): 58-61. Print.
- Dat'y, A.V, A.A Pavlenko and Y.N Shatalov. "Improving health-care provisions in the penal system – an Internet-conference." *Prikladnaya Juridicheskaya Psikhologiya* 1 (2012): 178-179. Print.
- Dat'y, A.V, S.B Selivanov, and N.V Panfilov. "Experience of creation of socio-hygienic information-analytical database for Russian Justice Ministry." *Gigiena i Sanitariya* 5 (2004): 23. Print.
- Dat'y, A.V, E. Teneta. "Characteristics of HIV-infected convicts in Federal Penitentiary Service institutions." *Zakon i Pravo* 12 (2006): 40-41. Print.
- Dat'y, A.V, V.F Trubetskoy, and B.S Selivanov. "Prevention of socially significant diseases in the penal system – an Internet-conference." *Prikladnaya Juridicheskaya Psikhologiya* 2 (2012): 151-152. Print.
- Dat'y, A.V, A.A Fedoseev. "Characteristics of consumptive female convicts seeking psychological help." *Elektronnyy vestnik Rostovskogo sotsialno-ekonomicheskogo institute* 1 (2014): 16-27. Print.
- Dat'y, A.V, I. Khokhlov. "The problem of tuberculosis care for convicts in Federal Penitentiary Service institutions." *Zakon i Pravo* 11 (2006): 23-24. Print.
- Dat'y, A.V, R. Sh. Jusufov, and T.V Jermolaeva. "On the role of clinical diagnostic laboratory tests in the diagnosis of tuberculosis." *Klinicheskaya laboratornaya diagnostika* 9 (2010): 35. Print.
- Djachenko, A.P, A.V Dat'y, and K.V Mitropolskaya. "Characteristics of HIV-infected male convicts serving sentence in Federal Penitentiary Service institutions." *Ugolovno-Iсполnitel'noye Pravo* 1 (2010): 71-74. Print.
- Lapkin, M.M, P.N Kazberov, and A.V Dat'y. "Medical and psychological support to citizens in the areas of fires." *Prikladnaya Juridicheskaya Psikhologiya* 4 (2010): 158-163. Print.
- Smirnov, D.A, B.S Selivanov, and A.V Dat'y. "Certain aspects of health care for the convicts in penal colonies." *Ugolovno-Iсполnitel'naya sistema: pravo, ekonomika, upravleniye* 1 (2008): 20-21. Print.
- Teneta, E.L, A.V Dat'y. "Certain characteristics aspects of HIV-infected convicts serving sentence in Federal Penitentiary Service institutions." *Ugolovno-Iсполnitel'naya sistema: pravo, ekonomika, upravleniye* 2 (2007): 32-34. Print.

Анализ контингентов проживающих в Первомайском доме-интернате для престарелых и инвалидов

Цыкорина Л. Н.

заведующая медицинским отделением ГУТО «Первомайский дом-интернат для престарелых и инвалидов», Тульская область, п. Первомайский

Проведен анализ контингента лиц, проживающих в доме-интернате для престарелых и инвалидов. Отмечается эффективность проводимых комплексных реабилитационных мероприятий, а также необходимость проведения координированных усилий со стороны органов здравоохранения и социального обеспечения для обеспечения высокого уровня медицинской помощи пожилым людям и инвалидам.

Ключевые слова: престарелые, инвалиды, медицинская реабилитация, контингент, компенсация утраченных функций организма

Основными показателями здоровья населения являются заболеваемость, инвалидность и смертность.

Увеличение средней продолжительности жизни, расширение доступности к социальным благам обусловили увеличение доли пожилых и хронически больных в населении. Число лиц пожилого и старческого возраста составляет до 20 % населения нашей страны. Вследствие этого ныне в среднем 10% жителей нашей планеты имеют ограничение жизнедеятельности.

Растет инвалидизация населения, ежегодно в России более 1,5 млн. граждан признаются инвалидами [2].

На основе статистического анализа структуры инвалидности по Тульской области за последние 10 лет число впервые признанных инвалидами (ВПИ) лиц взрослого населения составило 181691 человек, среди которых доля лиц пожилого возраста составила 55 %.

Наиболее часто при первичном освидетельствовании устанавливается 2 группа инвалидности: за 10 лет 99987 человек, или 55,03% от всех ВПИ, по социальным причинам в пенсионном возрасте доля инвалидов пенсионного возраста составляет 63,79 % [1].

Аналитические наблюдения за 2000-2011 гг. показали, что впервые признанных инвалидами взрослых жителей Тульской области из 204651 человек лиц пенсионного возраста – 57,2%.

Основные классы болезней в структуре инвалидизации: первое место 46,6 % занимают болезни системы кровообращения, доля лиц пожилого возраста – 73,1 %. Второе ранговое место занимают злокачественные новообразования – 12,79 %, лица

пенсионного возраста составляют из них 59,82 %, третье место заболевания костно-мышечной системы – 11,87 % [1].

За последнее время отмечается постарение и утяжеление контингентов больных, поступающих в дома престарелых.

Сравнивая показатели по Тульской области с наблюдениями по Первомайскому дому-интернату для престарелых и инвалидов, следует отметить, что с каждым годом растет поступление больных, требующих постоянного ухода, что говорит об утяжелении контингента.

Если в 2004 г из 51 поступивших было 19 больных, нуждающихся в постоянном постороннем уходе, то в 2005 г их из 38 поступивших стало 21, а в 2006 г из 105 поступивших 72 нуждались в постоянном постороннем уходе и помощи.

Сравнивая эти данные с 2011г.: поступило 86 человек, из них на постельном режиме 52 человека, 2012 г. поступило 77 человек, из них нуждающихся в постоянном уходе – 42 человека, а в 2013 г. из поступивших 86 человек – 61 на постельном содержании.

Отмечая возрастные группы, если в 2004 г. старше 80 лет проживало 65 человек, в 2005 г. – 58 человек, в 2006 г. – 78, то в 2011 г. старше 80 лет их стало–121, в 2012 г. – 142, в 2013 г. – 147 человек.

Увеличились за последние годы и показатели инвалидности в доме-интернате.

Инвалидов 1-3 групп в 2004 г. в доме-интернате было 166, в 2005 г. – 133, в 2006 г. – 171; сравнивая с последними данными: в 2011 г. инвалидов стало 175 человек, в 2012 г. – 191 человек, в 2013 г. – 193.

Вопросы совершенствования и доступности медико-социальной помощи населению приобрели в последнее время в России особое значение.

В связи с тем, что в Российской Федерации осуществляется работа по реализации Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», наметились тенденции к улучшению медико-социальной помощи людям пожилого возраста и инвалидам.

Вследствие улучшения социальной политики нашего государства: постоянное повышение пенсий и пособий инвалидам, социальные льготы, набор социальных услуг, бесплатное обеспечение средствами технической реабилитации инвалидов за счет фонда социального страхования, причем широкого диапазона, включая протезы, коляски, памперсы, противопролежневые матрасы, поручни и такие, как магнитофоны для слепых, средства для надевания чулок и т.д., инвалиды и престарелые граждане находятся дома

до тех пор, пока это возможно, и только когда они полностью теряют способность себя обслуживать, они оформляются в дома престарелых.

Поэтому в последние годы увеличилось количество тяжелых больных, поступающих в наш дом престарелых, это затрудняет проведение реабилитационных мероприятий и снижает их результативность.

Проживание в доме-интернате тяжелых контингентов больных с хроническими сочетанными заболеваниями, инвалидность, требует постоянной медико-социальной помощи.

Поэтому необходимо координирование усилий со стороны органов здравоохранения и социального обеспечения для обеспечения высокого уровня медицинской помощи пожилым людям и инвалидам.

Важное место в медико-социальном обслуживании занимает медицинская реабилитация, главной задачей которой является наиболее полное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата, а также развитие компенсаторного приспособления к условиям повседневной жизни и труду.

Доступные средства реабилитации в Первомайском доме-интернате – это медикаментозная коррекция, физиотерапия, массаж, ЛФК, психотерапия, трудотерапия, социокультурная реабилитация – участие в художественной самодеятельности, кружках рисования, вязания и т.д., спорт.

В нашем доме-интернате оформлены ИПР на всех инвалидов, по которым мы регулярно получаем необходимые средства реабилитации.

Нами получено для инвалидов в 2013 г. 43890 штук памперсов, 12513 абсорбирующего белья, 17 кресел-колясок, 15 кресел-стульев с санитарным оснащением, ходунки, изготовлены протезы конечностей, ортопедическая обувь, калоприемники, мочеприемники, корсеты, слуховые аппараты и другие ТСР на всех нуждающихся инвалидов.

Это стало возможным благодаря огромной работе, которую проводит бюро МСЭ г. Щекино, совместно с врачами нашего дома-интерната и врачами учреждений здравоохранения по разработке и оформлению индивидуальных программ реабилитации инвалидов, и, благодаря их реализации через ГУ Фонд социального страхования г. Тулы и г. Щекино.

Благодаря федеральным программам Российской Федерации «Старшее поколение» и другим мы обеспечены автоматическими подъемниками, функциональными кроватями и другим дорогостоящим оборудованием.

Несмотря на утяжеление контингентов больных в нашем доме интернате для престарелых и инвалидов, благодаря проведению комплексных реабилитационных мероприятий, отмечаются положительные результаты в оценке состояния инвалидов и престарелых.

Достигается частичная компенсация утраченных функций организма, у нас есть больные, которые при поступлении не могли ходить, а в результате реабилитационных мероприятий они научились передвигаться при помощи ходунков и начали частично себя обслуживать.

Меняется характер жизнедеятельности проживающих: расширяется социум, круг интересов, восстанавливается их социальный статус, формируются навыки самообслуживания, передвижения, ориентация в среде обитания, общения, в том числе с помощью технических средств реабилитации.

Список литературы

1. Китанина К.Ю. Многофакторный анализ первичной инвалидности взрослого населения Тульской области. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации. Тула, 2012
2. Пузин С.Н., Клевно В.А., Лаврова Д.И., Дымочка М.А., Мохов К.О. К вопросу о проведении судебной медико-социальной экспертизы в учреждениях медико-социальной экспертизы // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии – 2009. – № 4. – С. 6 – 9.

Analysis of contingents living in Pervomaiskiy boarding house for the elderly and disabled

Сykorina L. N.

Head of Medical Department, Boarding House for the Elderly and Disabled. Pervomaisky township, Tula region

The analysis of the cohort living in a boarding house for the elderly and disabled is conducted. The effectiveness of the comprehensive rehabilitation is noted, as well as the need for coordinated efforts on the part of healthcare and social care to ensure the highest level of medical care for older people and the disabled.

Key words: elderly, disabled, medical rehabilitation, contingent, compensation for lost functions

References

- Kitanina K.J. "Multifactor analysis of primary disability among adults of Tula region". Author's abstract of the thesis on scientific degree of candidate of medical sciences. Tula, 2012

Puzin S.N., Klevno V.A., Lavrova D.I. et al. "On the question of the forensic medical and social expertise in health and social assessment." *Vestnik Vserossijskogo obshchestva specialistov po medico-sotsialnoj ekspertize, rehabilitacii i reabilitatsionnoj industrii* 4(2009): 6-9. Print

Влияние физических тренировок на психологическое здоровье больных артериальной гипертензией

Кильдебекова Р. Н., Дмитриев А. В., Федотов А. Л., Саяхов Р. Ф.
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

С целью совершенствования оказания лечебно-профилактической помощи в амбулаторных условиях для больных артериальной гипертензией была применена физическая реабилитация с использованием циклических тренажеров и статико-динамических нагрузок с отягощением. В результате применения физических тренировок у больных с АГ наблюдалось снижение уровня артериального давления, массы тела, улучшение психологического здоровья пациентов и увеличение уровня самоуважения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, физическая реабилитация, циклические тренажеры, артериальное давление, психологическое здоровье, самоуважение

В формировании структуры заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний одной из основных причин является артериальная гипертензия (АГ) и ее осложнения [5]. Артериальная гипертензия до настоящего времени остается наиболее распространенным хроническим заболеванием, увеличивающим смертность и ухудшающим качество жизни. Одной из первоочередных задач современного здравоохранения является проведение эффективных методов первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [1,2]. У больных с АГ предпосылками успешного лечения является немедикаментозная коррекция негативных поведенческих факторов риска. В развитии сердечно-сосудистых заболеваний существенное значение имеет малоподвижный образ жизни [4]. Недостаточная физическая активность выявляется более чем у 70 % мужчин и женщин всех возрастных групп [3]. Важным компонентом немедикаментозной терапии является дозированная физическая нагрузка, при регулярных занятиях физическими упражнениями у пациентов с АГ улучшается функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и качество жизни [6,7].

В последние годы наблюдается увеличение числа лиц с избыточной массой тела, поэтому необходима не только борьба с негативными поведенческими факторами риска, но и увеличение физических нагрузок, что является актуальным и требует дальнейшего развития эффективных программ физической реабилитации у больных АГ на амбулаторном этапе.

Цель исследования: изучить действие физических тренировок с применением циклических тренажеров и статико-динамических нагрузок у больных артериальной гипертензией на состояние психологического здоровья.

Материал и методы

В проспективное открытое рандомизированное исследование были включены 122 пациента мужского пола с АГ II стадии, среди них мягкая степень ($n=62$) и умеренная ($n=60$), средний возраст составил $37,1 \pm 1,8$ лет и давность заболевания $3,2 \pm 0,2$ года. Диагноз АГ верифицировался в соответствии с рекомендациями РМОАГ/ВНОК (2010).

Критериями исключения из исследования были пациенты с сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, индексом массы тела более 30 и сопутствующими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Контрольную группу составили 25 здоровых лиц сопоставимых по полу и возрасту.

Для определения эффективности предложенной нами программы физической реабилитации на поликлиническом этапе для пациентов с АГ были сформированы две группы сопоставимые по возрасту: I группа сравнения ($n=31$) – больные АГ получали антигипертензивную терапию согласно рекомендациям ВНОК (2010), II группа основная ($n=91$) больные с АГ на фоне медикаментозной терапии применяли физические нагрузки. В зависимости от интенсивности нагрузок была подразделена на две подгруппы: II А ($n=44$) – проводили занятия лечебной гимнастики с применением статических нагрузок с отягощением. Упражнения выполнялись в течение 40 минут, вначале в изометрическом режиме, при исходном положении сидя или стоя, с удержанием в вытянутых руках гантелей массой 1-2 кг. Обязательным условием являлось сочетание упражнений в изометрическом режиме с упражнениями в произвольном расслаблении мышц (постизометрическая релаксация) во временном соотношении 1:2 с последующими дыхательными упражнениями продолжительностью 4-6 минут. В подгруппе II Б ($n=47$) пациентам с АГ дополнительно применяли сочетание лечебной гимнастики с механотерапией, для этого использовали циклические тренажеры (ножной вертикальный велоэргометр фирмы Schiller) с последующей ходьбой по тредмилу, продолжительностью 6-8 мин со скоростью 2-3 км/ч с углом подъема 0%. Всем исследуемым пациентам с АГ подбор физических нагрузок проводили индивидуально с учетом степени АГ и толерантности к физическим нагрузкам. Величина нагрузки в среднем составляла 60% от максимальной по ВЭМ, с дальнейшим увеличением до 80% и продолжительность занятий была от 15 до 20 минут. Тренировочный уровень ЧСС определялся как 60% от максимального возрастного пульса. Кардиотренировки проводили 3 раза в неделю в течение 3 месяцев, в остальные дни пациенты с АГ самостоятельно выполняли упражнения лечебной гимнастики. Контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы осуществляли до начала терапии и через 3 месяца по динамике ЧСС и уровню АД. Всем пациентам с АГ проводилось общеклиническое обследование, расчет индекса массы тела (ИМТ), запись ЭКГ на электрокардиографическом анализаторе Schiller. Поведенческие факторы риска оценивали по опроснику ВОЗ CINDI Health Monitor (2008). Психологический статус определяли по уровню ситуативной и личностной тревожности по Спилбергеру-Ханину, уровень самоуважения – по шкале Розенберга.

Индивидуальное информированное согласие на использование материалов обследования в научных исследованиях было получено от каждого обследуемого.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием прикладных программ «Microsoft Excel» и программы Statistica for Windows версии 7.0.

Результаты исследования

Интегральная оценка поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у 122 больных АГ показала, что курили 38 (31,1%), наличие психоэмоционального стресса было у 78 (63,9%), вредные пищевые привычки у 98 (80,3%), малоподвижный образ жизни у 88 (72,1%), избыточная масса тела у 77 (63,1%) лиц. Исходный уровень знаний о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний был низкий, всего 18 (14,7%) больных АГ назвали основной целью лечения гипертонии – снижение риска осложнений, 107 (87,7%) не знали границы нормального уровня АД, низкую физическую активность, как фактор способствующий повышению АГ, отметили 20 (16,4%), регулярно вели дневник динамики артериального давления 11 (9%), аппарат для измерения АД имели 42 (34,4%) пациента. Изучение психологического здоровья у лиц с АГ показало высокий уровень реактивной тревожности, который составил $48,4 \pm 2,4$ балла, против контроля $27,4 \pm 1,4$ балла, уровень личностной тревожности соответствовал умеренному – $39,9 \pm 1,9$ балла, отмечался низкий уровень самоуважения по шкале Розенберга $23,7 \pm 1,2$ балла против контроля $30,1 \pm 1,5$ балла.

Результаты курсовых кардиотренировок у пациентов с АГ показали высокую эффективность физической реабилитации в амбулаторных условиях. Выраженность положительной гемодинамики зависела от вида и объема физических нагрузок, так изменения уровня АД и ЧСС покоя были более выражены во II (основной) группе больных с АГ (таблица 1). Систолическое АД в группе сравнения снизилось на $24,2 \pm 1,2$ мм рт. ст., диастолическое АД на $15,5 \pm 0,7$ мм рт. ст., целевой уровень достигнут у 22 (70,9%) исследуемых. Выраженная позитивная динамика АД была у лиц с АГ, которые регулярно занимались физическими упражнениями, так во II А подгруппе систолическое АД снизилось на $27,8 \pm 1,4$ мм рт. ст., диастолическое АД на $18,7 \pm 0,9$ мм рт. ст., целевой уровень достигнут у 34 (77,3%), во II Б подгруппе на $29,5 \pm 1,4$ мм рт. ст. и $21,5 \pm 1,5$ мм рт. ст. соответственно, целевой уровень АД был достигнут у 41 (87,2%). На фоне проводимой реабилитации с применением физических нагрузок у пациентов с АГ уменьшилось число лиц с избыточной массой тела в I группе на 4 (12,9%), во II А подгруппе на 8 (18,2%) и II Б подгруппе на 11 (23,4%), что свидетельствует о позитивной динамике.

У больных с АГ изучение влияния физических нагрузок на психоэмоциональный статус выявило значимое улучшение, так уровень самоуважения по шкале Розенберга, в I группе увеличился на 28,4 %, во II А подгруппе на 38,1%, и в II Б подгруппе на 44,5%, снизился

уровень реактивной тревожности в I группе до $41,4 \pm 1,7$ балла, личностной тревожности до $36,1 \pm 1,7$ балла. II А подгруппе до $40,1 \pm 1,9$ балла и $35,1 \pm 1,6$ балла, II Б подгруппе на $39,4 \pm 2,0$ балла и $34,6 \pm 1,7$ ($p < 0,01$), балла соответственно. Как видно из представленных данных, при проведении физической реабилитации пациентам с АГ наблюдались положительные результаты по гемодинамическим параметрам и уровню психологического здоровья, которые были более выражены при сочетании лечебной гимнастики с механотерапией.

Заключение

Применение физической реабилитации в амбулаторных условиях у больных с АГ позволяет бороться с негативными поведенческими факторами риска, с большей эффективностью добиваться целевого уровня АД и улучшения психологического здоровья по сравнению с изолированной медикаментозной антигипертензивной терапией.

Таблица 1. Динамика гемодинамических показателей у пациентов с АГ на фоне терапии и физической реабилитации

	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.	ЧСС в покое
Контроль (n=25)	119,3±5,6	81,7±4,1	79,3±3,9
I группа (n=31)			
до	161,5±8,1	93,7±4,6	87,3±4,3
после	137,3±6,8	78,2±3,9	81,4±4,1
II А подгруппа(n=44)			
до	159,4±8,0	93,1±4,5	85,4±4,3
после	131,6±6,6	74,4±3,7*	77,1±3,8
II Б подгруппа(n=47)			
до	160,8±8,0	94,3±4,7	86,7±4,3
после	131,3±6,5	72,8±3,6*	75,2±3,7*

* при $p < 0,01$ в сравнении с контролем

Список литературы

- 1 Киселев, А.Р. Профилактика и лечение артериальной гипертонии в амбулаторных исследованиях с использованием мобильной телефонной связи и интернет-технологий / А.Р. Киселев, В.А. Шварц, О.М. Посненкова [и др.] //Терапевтический архив. – 2011. – №4. С. 46-52.
- 2 Ланфан, К. Артериальное давление: каковы наши успехи в его снижении? / К. Ланфан // Терапевтический архив. – 2009. – №5. – С.47-50
- 3 Остроумова, О. Д. Лечение артериальной гипертонии в условиях поликлиники: клиническая и экономическая эффективность / О. Д. Остроумова, К. А. Ищенко // Consilium medicum . – 2007 . – Том 9, N 5 . – С. 19-24 .
- 4 Чазова, И.Е. Метаболический синдром / И.Е. Чазова, В.Б. Мычка. – М.: Медиа Медика, 2008. – 76 с.

5 Шальнова С., Кукушкин С., Маношкина Е., Тимофеева Т. Артериальная гипертензия и приверженность терапии. *Врач.* 2009; 12: 39-42.

6 Duncan J, Hagan R, Upton J et al. The effects of an aerobic exercise program on sympathetic neural activity and blood pressure in mild hypertensive patients. *Circulation* 1983; 68 (4 Pt. 2): 285.

7 Roy Brad A. Exercise and Hypertension // American Council on Exercise. Fitness symposium. 2011, 3-5 November.

The Influence of Physical Exercises on the Dynamics of Arterial Pressure and Psychological Health of Patients with Arterial Hypertension

Kildebekova R. N., Dmitriev A. V., Fedotov A. L.

Bashkirian State Medical University, Ufa

The purpose of the present study was to evaluate the clinical efficacy of physical rehabilitation of hypertensive patients using cycle trainers and static-dynamic exercises including an intense component in ambulatory settings. Rehabilitation measures resulted in lowering blood pressure, reducing body weight and negative behavioral risk factors, promoting psychological health, improving self-esteem.

Key words: arterial hypertension, physical rehabilitation, cycle trainers, blood pressure, psychological health, self-esteem

References

1 Oganova, R.G, A.I. Vyalkova Health promotion and disease prevention (basic terms and concepts). Moscow, 2010. Print.

2 Yepifanov, B.A. Therapeutic physical training and sports medicine. Moscow: Medicine, 2004. Print.

3 Kiselyev, A.R, V.A Shvarts, O.M Posnenkova et al. "Prevention and treatment of arterial hypertension in ambulatory studies using mobile phones and Internet technologies." *Terapevticheskij Archiv* 4 (2011): 46-52.

4 Ostroumova, O. D. "Arterial hypertension treatment in a polyclinic: clinical and economic effectiveness." *Consilium medicum* 5 (2007): 19-24.

5 Lanfan, K. "Arterial hypertension: what are our achievements in its reduction?" *Terapevticheskij Archiv* 5 (2009):47-50.

6 Chasova, I.E. Metabolic syndrome. Moscow: MediaMedica, 2008. Print.

7 Roy Brad A. Exercise and Hypertension. American Council on Exercise. Fitness symposium. 2011, 3-5 November.

Переход к стандартным моделям лекарственного обеспечения пациентов с редкими болезнями

Саверский А.В.

Президент «Лиги пациентов», член Экспертного совета при Правительстве РФ

Рассмотрена ситуация с обеспечением лекарственными средствами пациентов с орфанными заболеваниями. Выявлены проблемы действующего законодательства в предметной области, сделан вывод о необходимости переосмысления ситуации с лекарственным обеспечением, предложено создать Государственную программу «Высокозатратных опасных заболеваний».

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, орфанные заболевания, правовой статус лекарственного препарата, стандарты медицинской помощи

Традиционно в России считается, что помощь или услуга – это действие, направленное на достижение некоего результата, и понятие «лекарственное обеспечение» в понятие «медицинская помощь» не входит. Справедливость такого подхода не бесспорна, особенно с точки зрения ст. 41 Конституции РФ, гарантирующей гражданам медицинскую помощь, которая немислима сегодня без лекарств (95% всей медицинской помощи, помимо диагностики, оказывается с помощью лекарственных препаратов (ЛП)).

Анализ законодательной базы указывает на различие регулирующих эти сферы законодательных актов и разные механизмы правового регулирования: так, ФЗ РФ «Об обращении лекарственных средств» существует отдельно от ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан», который регулирует оказание услуг и практически не регулирует обращение ЛП. Это позволяет, например, утверждать, что режим оказания платных/бесплатных услуг и режим обеспечения граждан лекарствами платно или бесплатно могут быть связаны, а могут и не совпадать, что может приводить к различным правовым последствиям.

Общее правило по вопросу правомерности оказания платных медицинских услуг изложено в части 1 статьи 41 Конституции России и гласит: *«Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений»*. Эта норма говорит о том, что на территории государственного учреждения **не могут быть получены деньги от гражданина за медицинскую помощь**, поскольку нельзя читать Конституцию РФ так: «Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет... граждан». При таком прочтении право на бесплатную медицинскую помощь становится лишенным смысла, что влечет за собой отсутствие права у государственных учреждений оказывать платные медицинские услуги гражданам.

Данная норма Конституции позволяет гражданину, обратившемуся за медицинской помощью в государственное учреждение здравоохранения, требовать оказания бесплатной помощи, включая и лекарственную, – иначе помощь, при которой нет лекарств, не может быть признана соответствующей ситуации и праву. Данная конституционная норма имеет высшую силу по отношению к другим нормам права (законам, постановлениям Правительства РФ и т.п.), исключая международные нормы, участником которых является Россия. На практике данное конституционное право постоянно нарушается и имеет массу барьеров при попытке его реализовать, что не мешает, тем не менее, в каждом конкретном случае добиваться его реализации или компенсации в случае его нарушения. Нарушение указанного права связано, в частности с тем, что:

- в противоречие Конституции РФ было принято Постановление Правительства РФ № 27 от 13 января 1996 г. «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», которые определяют порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению **(дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи)**, в частности, и в государственных учреждениях здравоохранения;
- на смену этому Постановлению принято Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», которые вступили в силу 01.01.2013., где сказано, что порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей;
- бюджетным учреждениям (к которым отнесены подавляющая часть сегодняшних ЛПУ) дано право¹ **сверх установленного** государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, **оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом**, в сферах, указанных в пункте 1 настоящей статьи, **для граждан и юридических лиц за плату** и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях.

Здесь следует отметить, что ни один **законодательный** акт РФ, включая и только что процитированный Федеральный закон от 12.01.1996 N 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» и недавно принятый ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан» **не упоминает прямо «государственные учреждения**

¹ п.п.9.2. ФЗ РФ от 12.01.1996 N 7-ФЗ "О некоммерческих организациях"

здравоохранения» с указанием на их право оказывать платные медицинские услуги. Так п. 5 ст. 84 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан» гласит, что правом оказывать платные услуги гражданам наделены медицинские организации, участвующие в реализации программы **государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.**

Но в такую программу могут входить не только государственные, но и другие типы организаций, а вот **государственные исключаются из под действия этой статьи**, поскольку они упомянуты в Конституции РФ, имеющей большую юридическую силу, чем закон. Все сказанное дает гражданам право обращения в прокуратуру, в суды и в страховые медицинские организации с требованиями об оказании им бесплатной медицинской помощи в государственных учреждениях или о взыскании уплаченных денег за оказанную там помощь.

В то же время конституционное право на бесплатную помощь не действует, когда:

- медицинская помощь оказывается не в государственном и не в муниципальном учреждении здравоохранения;
- за помощью обратился не гражданин РФ или когда имеется анонимное обращение²;
- речь идет о сервисных услугах и не медицинской помощи³;
- когда плательщиком не является гражданин РФ, а любое другое лицо за него (организация, частная компания, даже и медицинская, СМО, включая ДМС, исследователь и т.п.).

Это случаи, когда оказывая платные услуги, государственное учреждения здравоохранения не нарушает Конституцию РФ.

В отличие от конституционного права в действующем законодательстве **гарантируется бесплатно только экстренная медицинская помощь и помощь в соответствии с программой государственных гарантий** бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В законе говорится, что каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования⁴. При этом

² п. 5 ст. 84 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»

³ п.1. ст. 84 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»

⁴ п.2 ст. 19 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»

ответственность органов государственной власти предполагается только за нарушение этих норм⁵. В итоге произведена подмена конституционного права: бесплатная помощь гарантируется не «где» (в государственных учреждениях), а «какая» – виды и объемы указаны в программе государственных гарантий.

В то же время у граждан остается право требовать бесплатной медицинской помощи, включая и лекарственную, в государственных учреждениях на основании ст. 41 Конституции РФ под угрозой уголовного наказания по ст.ст. 125 (Оставление в опасности), 124 УК РФ (Неоказание помощи больному), а в случае неисполнения должностным лицом своих обязанностей или нарушения им прав граждан, и по ст. 293 УК РФ (Халатность). У государственных учреждений здравоохранения нет права принимать деньги от пациентов, поскольку это лишает смысла Конституцию РФ, и вся помощь в них оказывается бесплатно, а в нее следует включать и лекарственную помощь. Если сегодня такие заявления могут вызывать недоумение, то завтра, если начать требовать реализации этого права сейчас, такой подход станет реальностью, потому что он соответствует Основному закону страны.

В то же время, когда мы анализируем правовые нормы уровнем ниже Конституции РФ, то должны ясно видеть механизмы реализации конституционного права, его ограничения и способы устранения препятствий, которые для пациентов могут часто означать жизнь. Как известно не существует единой системы лекарственного обеспечения в России. Различные группы пациентов и заболевания имеют различные механизмы обеспечения, опираются на различные нормативные акты, а порой бывает так, что бюджетная строка с деньгами есть, а прав у граждан накупаемые лекарства нет. То есть их государство как бы дарит. Так, например, дело обстоит с лекарствами для лечения орфанных заболеваний. Среди них есть везунчики, попавшие в льготные для пациентов списки, а есть те, что не попали... Для того, чтобы понять всю сложность правовой ситуации разберем пару примеров с точки зрения того, что мы называем **правовым статусом препарата**.

Правовой статус лекарственного препарата – правовое положение лекарственного препарата в нормативно-правовой базе Российской Федерации, определяющее его возможности и препятствия при обращении на рынках и доступность гражданам. Чтобы определить правовой статус, как орфанного препарата, посмотрим на правовые нормы, регулирующие соответствующий круг заболеваний. В качестве примеров возьмем два препарата – Вентавис (антиагрегантное средство, МНН Илопрост) и Иларис (иммунодепрессант, МНН Канакинумаб).

Согласно ч. 9 ст. 83 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011 «Об основах...» обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации **лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень**

⁵ п.1 ст.11 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»

жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности (за исключением заболеваний, указанных в пункте 2 части 1 статьи 15 названного Федерального закона), осуществляется за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, установлен Постановлением Правительства РФ от 26.04.2012 N 403⁶. Если мы хотим понять, входит ли препарат в перечень орфанных, мы сначала должны посмотреть **показания⁷ к применению Вентависа.**

Лечение среднетяжелой и тяжелой стадии легочной гипертензии в следующих случаях:

- идиопатическая (первичная) артериальная легочная гипертензия, семейная артериальная легочная гипертензия;
- артериальная легочная гипертензия, обусловленная заболеванием соединительной ткани или действием лекарственных средств или токсинов;
- легочная гипертензия вследствие хронических тромбозов и/или эмболий легочной артерии при отсутствии возможности хирургического лечения.

Поскольку в последнее время все больше документов в России – стандарты, инструкции по применению, приказы и даже Постановления Правительства РФ привязываются к **Международной классификации болезней 10-го пересмотра**, то посмотрим, как отражены эти показания в МКБ:

- I27 Другие формы легочно-сердечной недостаточности
- I27.0 Первичная легочная гипертензия
- I27.8 Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности

Показания к применению Илариса:⁸

- Острый подагрический артрит:

⁶ Постановление Правительства РФ от 26.04.2012 N 403 (ред. от 04.09.2012) «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента» (вместе с «Правилами ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента»).

⁷ http://www.rlsnet.ru/tn_index_id_46829.htm

⁸ http://www.rlsnet.ru/tn_index_id_50576.htm

- лечение острых приступов подагрического артрита и предупреждение развития новых приступов при неэффективности, непереносимости или при наличии противопоказаний к применению НПВС и/или колхицина и при невозможности проведения терапии повторными курсами ГКС;
- Криопирин-ассоциированный периодический синдром (CAPS) у взрослых и детей в возрасте 4 лет и старше с массой тела > 15 кг, включая:
- семейный холодовой аутовоспалительный синдром (FCAS)/семейная холодовая крапивница (FCU);
- синдром Макл-Уэльса (MWS);
- младенческое мультисистемное воспалительное заболевание (NOMID)/хронический младенческий неврологический кожно-артикулярный синдром (CINCA);
- системный ювенильный идиопатический артрит (СЮИА) (упоминается в теле инструкции, но в показаниях на сайте <http://www.rlsnet.ru/> не обозначен, в ГРЛС подтвердить информацию не удалось, что делает его применение по данному назначению неопределенным).

В МКБ этому соответствуют заболевания:

- D84.9 Иммунодефицит неуточненный;
- E85.0 Наследственный семейный амилоидоз без невропатии;
- L50.8 Другая крапивница;
- M10 Подагра;
- M08.2 Юношеский артрит с системным началом

Как мы можем увидеть, из перечисленного перечень 24 нозологий включает в себя легочную (артериальную) (идиопатическую) (первичную) гипертензию (I27.0) и юношеский артрит с системным началом (M08.2).

Поскольку Вентавис входит в стандарты при легочной (артериальной) (идиопатической) (первичной) гипертензии (I27.0), то имеется прямое правовое основание для получения препарата Вентавис бесплатно, как орфанного, но только при наличии у пациента легочной (артериальной) (идиопатической) (первичной) гипертензии.

Вентавис входит в следующие стандарты:

- Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1446н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при легочной артериальной гипертензии» (Зарегистрировано в Минюсте России 21.03.2013 № 27816, Нозологические единицы: I27.0 Первичная легочная гипертензия, I27.8 Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности, I27.9 Легочно-сердечная недостаточность неуточненная);
- Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 686н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при системном склерозе» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.12.2012 № 26479, Нозологические единицы: M34 Системный склероз, M35 Другие системные поражения соединительной ткани).
- Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1655н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при врожденном стенозе аортального клапана» (Зарегистрировано в Минюсте России 22.03.2013 № 27845, Нозологические единицы: Q23.0 Врожденный стеноз аортального клапана);
- Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1656н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при врожденных аномалиях (пороках развития) сердечной перегородки» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.02.2013 № 27060, Нозологические единицы: Q21.0 Дефект межжелудочковой перегородки; Q21.1 Дефект предсердной перегородки; Q21.2 Дефект предсердно-желудочковой перегородки; Q21.4 Дефект перегородки между аортой и легочной артерией);
- Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1657н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при других врожденных аномалиях (пороках развития) сердечной перегородки» (Зарегистрировано в Минюсте России 07.03.2013 № 27559, Нозологические единицы: Q21.8 Другие врожденные аномалии сердечной перегородки).

Как мы видим, первый из приведенных стандартов применяется при нозологической единице с кодом МКБ, совпадающим с тем, что указан в «перечне 24» – *I27.0 Первичная легочная гипертензия*, – и совпадает с показаниями Вентависа. **Это делает Вентавис доступным для пациентов с указанным заболеванием, как орфанного препарата.** Это не означает, что пациенты с другими нозологиями, на которые имеются стандарты, но которые не входят в «перечень 24», не вправе рассчитывать на бесплатное лекарственное обеспечение Вентависом, однако этот аспект доступности не является предметом настоящего исследования.

А здесь обратим внимание на то, что другой препарат – Иларис не входит в стандарты лечения, утвержденные для лечения того заболевания, которое имеется у него в показаниях, и которое входит в «перечень 24».

Так, для лечения нозологической единицы с кодом M08.2 применяются стандарты:

- Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 777н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при юношеском артрите с системным началом»;
- Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 668н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при юношеском артрите с системным началом».

Но Илариса в этих стандартах нет. А между тем весь анализ правовой базы показывает, что лечение происходит по стандарту, и отступить от него может только врачебная комиссия.

Так, согласно Базовой программе государственной гарантий⁹ гражданам медицинская помощь оказывается **бесплатно, в частности, при болезнях системы кровообращения и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани**. Страховое обеспечение в соответствии с **базовой программой обязательного медицинского страхования** устанавливается, **исходя из стандартов медицинской помощи** и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти¹⁰. Программа государственных гарантий **бесплатного** оказания гражданам медицинской помощи формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и **на основе стандартов** медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения РФ, основанных на данных медицинской статистики¹¹.

Также согласно закону¹² медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории России всеми медицинскими организациями, а также **на основе стандартов** медицинской помощи. Медицинская организация обязана организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными

⁹ Постановление Правительства РФ от 18.10.2013 N 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

¹⁰ п. 4. ст 35 ФЗ РФ от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

¹¹ п. 7 ст. 80 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»

¹² п.1 ст. 37 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»

нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи, а также **на основе стандартов** медицинской помощи.¹³

Таким образом, довольно ясно видно, что отсутствие в стандартах конкретного препарата затрудняет доступ к нему. В то же время есть трудности гармонизации инструкций по применению лекарственного препарата с формулировками нозологий по МКБ-Х.

Например, мы видели, что при одной из трех нозологических единиц по МКБ одна обеспечивается Вентависом, как орфанным препаратом, а две другие нозологические единицы – I27.8 Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности и I27.9 Легочно-сердечная недостаточность неуточненная – имеют различные толкования о том, входит, например, ХТЛГ (имеющаяся в показаниях к Вентавису) в I27.8 «Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности» или нет, то есть покрываются они стандартом или нет. Даже обратившись к современной классификации легочной гипертензии, невозможно получить однозначный ответ на этот вопрос.

Таким образом, если ХТЛГ, например, входит в одну из указанных в стандарте нозологических единиц, то стандарт распространяется и на ХТЛГ. Это касается также и других показаний к применению Вентависа, кроме первичной идиопатической ЛАГ. К сожалению, не существует устоявшегося мнения медицинского сообщества, выраженного в рекомендациях или разъяснениях, которые относят нозологические формы, показанные к применению Вентависа, к МКБ-Х. Это не запрещает использовать Вентавис в состоянии такой неопределенности, но заставляет каждый раз предпринимать дополнительные усилия, чтобы доказать, например, что ХТЛГ входит в I27.8 «Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности», и лечение Вентависом должно применяться по уже имеющемуся стандарту. В случае, если препарат не входит в стандарт, единственной правовой возможностью получать, например, Иларис следует считать назначение **врачебной комиссии**.

Согласно закону¹⁴ назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускается в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) **по решению врачебной комиссии**. В то же время *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 сентября 2006 г. N 665 «Об утверждении перечня лекарственных препаратов, в том числе перечня лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебной комиссии лечебно-профилактических учреждений, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг»* следует считать не соответствующим приведенной в предыдущем абзаце норме закона, поскольку

¹³ п.2 ч.1 ст. 79 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»

¹⁴ п.5 ст. 37 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»

данный приказ ограничивает права врачебных комиссий, данные законом. В законе не имеется ссылок на ограничительный перечень, утверждаемый Минздравом России, и сделано это в интересах пациентов.

Таким образом, несмотря на приведенный приказ, который принят раньше упомянутого закона, у врачебных комиссий сохраняются права на выписывание препаратов, не входящих в стандарт медицинской помощи. Это подтверждается и иными положениями нормативных актов. Так согласно приказу¹⁵ Минздрава РФ врачебная комиссия осуществляет, кроме ряда других, следующие функции:

- принятие решений по вопросам профилактики, диагностики¹⁶, **лечения**, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;
- **оценка** качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе **назначения лекарственных препаратов**¹⁷;
- **принятие решения о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям):**
 - не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи;
 - по торговым наименованиям;
- направление сообщений в Федеральную службу по надзору сфере здравоохранения в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов о выявленных случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, серьезных нежелательных реакций и непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов, в том числе послуживших основанием для назначения лекарственных препаратов в соответствии с подпунктом 4.7. утвержденного Порядка;

¹⁵ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»

¹⁶ Решением Верховного Суда РФ от 12 февраля 2013 г. N АКПИ12-1765 пункт 4.1 настоящего Порядка признан не противоречащим действующему законодательству в части наделения врачебной комиссии медицинской организации полномочиями по принятию решений по вопросам диагностики граждан

¹⁷ Решением Верховного Суда РФ от 12 февраля 2013 г. N АКПИ12-1765 пункт 4.6 настоящего Порядка признан не противоречащим действующему законодательству в части оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов при отсутствии нормативно-правового регулирования критериев оценки качества медицинской помощи, порядков и стандартов медицинской помощи

- **принятие решения по вопросам назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;**
- **принятие решения о назначении лекарственных препаратов** в случаях и в порядке, которые установлены нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, а также лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;
- проведение отбора пациентов, формирование и направление комплекта документов в Комиссию органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания **высокотехнологичной медицинской помощи** в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. № 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2012 г. № 23164);
- рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи гражданам в медицинской организации;
- иные функции, предусмотренные федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Врачебная комиссия создается на основании приказа руководителя медицинской организации. А, в силу пункта 6 части 1 статьи 33 Федерального закона «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» документация о закупке должна содержать указание на международные непатентованные наименования лекарственных средств или при отсутствии таких наименований химические, группировочные наименования, если объектом закупки являются лекарственные средства. Заказчик при осуществлении закупки лекарственных средств, входящих в перечень лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями, **а также при осуществлении закупки лекарственных препаратов в соответствии с пунктом 7 части 2**

статьи 83 указанного Федерального закона вправе указывать торговые наименования этих лекарственных средств. Указанный перечень и порядок его формирования утверждаются Правительством Российской Федерации. В случае, если объектом закупки являются лекарственные средства, предметом одного контракта (одного лота) не могут быть лекарственные средства с различными международными непатентованными наименованиями или при отсутствии таких наименований с химическими, группировочными наименованиями при условии, что начальная (максимальная) цена контракта (цена лота) превышает предельное значение, установленное Правительством Российской Федерации, а также лекарственные средства с международными непатентованными наименованиями (при отсутствии таких наименований с химическими, группировочными наименованиями) и торговыми наименованиями.

В соответствии с пунктом 7 части 2 статьи 83 указанного Федерального закона при осуществлении закупок лекарственных препаратов, необходимых пациенту при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии, которое фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии, заказчик вправе осуществлять закупку лекарственных препаратов путем проведения запроса предложений, указав в соответствующей документации торговые наименования рекомендованных лекарственных средств. При этом объем закупаемых лекарственных препаратов не должен превышать объем лекарственных препаратов, необходимых пациенту в течение срока лечения. Кроме того, при осуществлении закупок в соответствии с настоящим пунктом предметом одного контракта не могут являться лекарственные препараты, необходимые для назначения двум и более пациентам. Извещение о проведении запроса предложений в соответствии с настоящим пунктом должно быть размещено в единой информационной системе не позднее следующего рабочего дня после даты осуществления закупки в соответствии с пунктом 28 части 1 статьи 93 указанного Федерального закона. Указанное решение врачебной комиссии должно включаться одновременно с контрактом, заключенным в соответствии с настоящим пунктом, в реестр контрактов, предусмотренный статьей 103 настоящего Федерального закона, при условии обеспечения предусмотренного Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» обезличивания персональных данных.

Пункт 3 Порядка¹⁸ назначения и выписывания лекарственных препаратов также устанавливает, что в указанных случаях лекарственный препарат назначается по торговому наименованию, равно как и в случаях отсутствия у лекарственного препарата международного непатентованного и группировочного наименований.

Правительством Российской Федерации были утверждены Правила формирования перечня лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их

¹⁸ утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 1175н

торговыми наименованиями (постановление от 28 ноября 2013 года № 1086), однако сам перечень на настоящий момент не сформирован.

Согласно данному постановлению основанием для включения лекарственного средства в такой перечень является невозможность замены лекарственного средства в рамках одного международного непатентованного наименования лекарственного средства или при отсутствии такого наименования – химического, группировочного наименования, определяемая с учетом показателей эффективности и безопасности лекарственных препаратов (пункт 2); рассмотрение вопроса о возможности включения лекарственных средств в перечень либо исключения лекарственных средств из перечня осуществляется подкомиссией по вопросам обращения лекарственных средств Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан по заявкам физических и юридических лиц (пункт 3).

Невключение же в перечень лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями, того или иного лекарственного средства может быть обжалована в судебном порядке: в силу статьи 251 ГПК Российской Федерации гражданин, считающий, что нормативным правовым актом органа государственной власти (в частности, постановлением Правительства Российской Федерации) нарушаются его права и свободы, гарантированные Конституцией Российской Федерации, законами и другими нормативными правовыми актами, вправе обратиться в суд с заявлением о признании этого акта противоречащим закону полностью или в части по правилам главы 24 ГПК Российской Федерации¹⁹.

Несмотря на утверждение Правил формирования перечня лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями, не следует ставить право врачебной комиссии назначать лекарства по торговому наименованию в зависимость от перечня, который будет принят Правительством РФ в соответствии с указанными Правилами. Это следует из того, что данный перечень упоминается только в пункте 6 части 1 статьи 33 Федерального закона «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», однако он там дан в перечислении с правом врачебной комиссии, а именно: *«Заказчик при осуществлении закупки лекарственных средств, входящих в перечень лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями, а также при осуществлении закупки лекарственных препаратов в соответствии с пунктом 7 части 2 статьи 83 указанного Федерального закона»*. Как было показано выше, последняя норма отсылает нас к праву врачебной комиссии, которое никаким перечнем не обусловлено. Здесь следует отметить, что любой

¹⁹ Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 4 февраля 2014 года «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Шарафутдиновой Лейсан Ирековны на нарушение ее конституционных прав положениями части 2 статьи 71 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» и части 33 статьи 34 Федерального закона «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд»

перечень лекарств, с одной стороны, позволяет гарантировать получение пациентами входящих в него лекарств, а с другой ограничивает их права, когда речь идет о необходимости получения лекарства, не входящего в перечень. В таком случае государство должно иметь механизм закупки таких препаратов и их выдачи по решению как раз врачебных комиссий.

Если же смотреть на ситуацию шире, то несложно понять, что дальнейшее формирование различных перечней — ЖНВЛП, «7 нозологий», льготных по рецептам врачей, стратегических, орфанных, по торговым наименованиям, «24 нозологий» и пр. — множит дискриминацию по виду болезни, по форме течения болезни, по наличию лекарства в перечнях и т.д.. В действительности ситуация с лекарственным обеспечением такова, что она нуждается в переосмыслении и перезагрузке, потому что государство уже не может справиться с ответами на вопросы, почему этот препарат есть в каком-то перечне, а другого нет, почему это заболевание есть, а другого нет. Необходимо изменение подходов. Это же касается и обеспечения орфанными препаратами.

Так, практика показала, что действие *Постановления Правительства РФ от 30 июля 1994 г. N 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения»*, согласно которому инвалиды, например, с мукополисахаридозом обеспечиваются лекарствами бесплатно, сталкивается с нежеланием субъектов РФ выполнять свои обязанности по лекарственному обеспечению. Они экономят под любым предлогом, нарушая права граждан не только на медицинскую помощь, но и на жизнь. Это привело к тому, что семь лет назад, в огромной степени благодаря Лиге пациентов была создана методология защиты прав, при которой не получающие препарат пациенты, обращались в прокуратуры, а прокуроры в порядке ст. 45 ГПК РФ обращались в суды с исками к субъекту РФ обеспечить пациента препаратом. Несмотря на такой прорыв, это не решило проблему системно: суды – дело долгое, субъекты РФ даже в некоторых случаях старались не исполнять решения судов! Люди за это время порой умирают, а субъекты РФ экономят деньги.

В этой связи мы предложили Минздраву России требовать от прокуратур более серьезных подходов. Так, прокуроры вправе выносить представление об устранении нарушенного права. Для этого не нужно тратить время, ходить в суды. Прокурор сам устанавливает факт нарушения права и требует устранить нарушение. Это может занять всего лишь пару дней в отличие от нескольких месяцев, в течение которых идут суды по лекарствам. Более того, мы просим Минздрав России ужесточить санкции к ответственным за лекарственное обеспечение лицам в регионе, в частности, чтобы та же прокуратура возбуждала уголовные дела по ст. 293 УК РФ против руководителей субъектов РФ, которые не обеспечивают людей жизненно важными лекарствами.

Но этого мало...

11 марта 2014 года в Государственной Думе Российской Федерации под эгидой Социальной платформы партии «Единая Россия» состоялось заседание круглого стола «Доступность медицинской помощи и лекарственного обеспечения больных с редкими заболеваниями в Российской Федерации». В работе мероприятия приняли участие депутаты Государственной Думы, представители федеральных и региональных органов исполнительной власти, эксперты и представители общественных организаций.

На заседании обсуждался доклад «Методология и результаты структурированного исследования текущей ситуации в сфере оказания медицинской помощи и обеспечения лекарственными препаратами пациентов, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности в субъектах Российской Федерации», подготовленный Центром изучения и анализа проблем народонаселения, демографии и здравоохранения Института ЕврАзЭС при участии Социальной платформы партии «Единая Россия».

В ходе обсуждения упоминалась, естественно, и стоимость орфанных программ, что фактически вынудило представителей Минздрава России сделать важнейшее заявление о том, что федерализация орфанных программ приведет к увеличению пациентов в регистре в 2-3 раза. Из контекста ясно следовало, что причиной этого является сегодняшнее нежелание субъектов Российской Федерации содержать столь дорогостоящую программу, и они скрывают диагнозы, в результате чего пациенты не получают необходимого лечения.

Эта информация подтверждается заявлениями врачей с мест, которые говорят, что им не только запрещают выписывать дорогие лекарства, но и ставить диагнозы, которые влекут за собой назначение таких лекарств. Причем последнее подтверждение было фактически массовым во время проведения автором статьи симпозиума на X Всероссийском конгрессе «Артериальная гипертензия как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний». Высказывания врачей: «У нас же дети, нам семьи кормить надо!» – звучали, как приговор пациентам.

В совокупности эти две информации дают ясную картину того, что орфанные диагнозы часто не ставятся не от того, что врачи не умеют их ставить, а от того, что они знают, что начальству это все равно не понравится, – так зачем загружать себя ненужной информацией?

Действительно, совершенно ясно, что субъекты Российской Федерации и в дальнейшем будут искать возможности сохранять у себя деньги, как можно дольше, что ставит больных людей перед необходимостью каждый раз добывать лекарство с боем. Но у больных людей не много сил.

Это само по себе говорит о необходимости передачи проблемы на федеральный уровень. С другой стороны, это же указывает на необходимость защиты интересов врачей, причем в этом отношении профсоюз, который будет драться за права врачей, выглядит намного предпочтительней, нежели саморегулируемая организация, в силу того, что она является инородным образованием для российского правового поля.

Федерализовать орфанную программу можно, расширив программу «7 нозологий» с помощью исполнения ч. 12 ст. 15 ФЗ РФ № 3232 от 21.11.2011., согласно которому Правительство Российской Федерации вправе принимать решение о включении в перечень заболеваний, указанных в пункте 2 части 1 ст. 15 того же закона, дополнительных заболеваний, для лечения которых обеспечение граждан лекарственными препаратами осуществляется за счет средств федерального бюджета.

Передача этой функции с субъектового на федеральный уровень оправдана со многих точек зрения. Так, совершенно ясно, что субъекты РФ могут и должны обеспечивать людей обычной помощью, то есть такой, которая необходима значительному числу людей, и которая не требует сверхзнаний, сверхзатрат и сверхтехнологий. Понятно, что стоит отступить от такого обычного набора медицинской помощи, выйти за рамки привычного, а редкие заболевания – по определению редкие, то есть необычные, – так регион неизбежно попадает в технологические сложности исполнения, потому что он не знает, что это за болезнь, и даже когда узнает, то не знает, как это лечить и где взять на это денег. В результате государство в целом будет терять намного больше ресурсов и уж точно больных на том, что для регионов это технологически сложная задача. **Создавать технологию такого рода – все равно, что строить космический спутник в каждом регионе!** Такие задачи, поскольку они одинаково сложны для всех регионов, проще решать из федерального центра.

Но решит ли проблему федерализация? Ведь сейчас ряд участников рынка стремится лишь добавить в программу «7 нозологий» еще десяток болезней, но разве это решит проблему в целом? Очевидно, нет, – ведь пациенты с другими болезнями – орфанными и не орфанными – также будут иметь трудности с доступом к лечению.

А если задаться совсем простым вопросом, а почему именно орфанные заболевания выбраны как критерий для формирования программы, то сразу и не найдешь, что сказать. Ведь они такие разные, некоторые из них вовсе не требуют лечения, другие не имеют лекарств, еще одни имеют не дорогостоящие, – так в чем проблема?

А проблема, конечно, в цене лечения! Но тогда при чем здесь орфанность, как критерий оценки? А в общем, и не при чем. Только плохая выявляемость, но проблема с выявляемостью есть везде, даже при гепатитах, а иногда и при гриппе, то есть она тоже общая, а вот цена... Именно цена заставила создать программу «7 нозологий» и программу «24 нозологий».

Но тогда со всех точек зрения именно ценовой критерий и должен быть положен в основу государственной политики, точнее в основу принципа разделения заболеваний по стоимостному критерию. Предлагается разработать и утвердить **Государственную программу «Высокозатратных опасных заболеваний»**, в которой предусмотреть комплекс организационных, правовых и экономических механизмов, направленных на повышение эффективности оказания медицинской помощи больным с высокозатратными опасными заболеваниями, а именно предусмотреть:

- объединение программы «7 нозологий» и программы орфанных заболеваний в единую Государственную программу «Высокозатратных опасных заболеваний», используя для включения в нее нозологические единицы, которые соответствуют двум критериям одновременно:
 - заболевание причиняет вред здоровью гражданина средней тяжести или тяжкий вред здоровью или смерть при отсутствии лечения;
 - заболевание имеет лечение с помощью лекарств, стоимость которых превышает сто минимальных размеров оплаты труда в месяц (вариант: стоимость превышает величину, устанавливаемую ежегодно Правительством РФ).
- обеспечение финансирования Государственной программы «Высокозатратных опасных заболеваний» осуществляется за счет федерального бюджета, а заболеваний, не попавших в программу – за счет бюджетов субъектов РФ.

Участникам вышеупомянутого круглого стола до окончательной редакции были предложены следующие рекомендации, с которыми в целом можно согласиться, исключая некоторые, как, например, формирование Перечня лекарственных препаратов, предназначенных для лечения жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности (очередной ограничительный перечень на фоне наличия стандартов).

Правительству Российской Федерации:

1. Провести анализ обозначенных в ходе обсуждения проблем и оценку правовых и финансовых последствий, связанных с возможным изменением системы финансирования медицинского обеспечения больных редкими заболеваниями.
2. Разработать правовые механизмы, направленные на повышение эффективности оказания медицинской помощи больным редкими заболеваниями, предусматривающие:

- утверждение перечня и типовых форм региональных нормативно-правовых актов, регламентирующих оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения больных с редкими заболеваниями на региональном уровне;
 - внедрение системы финансирования оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения больных с редкими заболеваниями с привлечением средств федерального бюджета;
 - принятие в 2014 году неотложных мер по целевому субсидированию части расходных обязательств на осуществление переданных субъектам Российской Федерации полномочий, предусмотренных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ в части обеспечения лекарственными препаратами больных жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности;
 - возможность перехода в 2015 году и последующие годы на финансирование из федерального бюджета лечения редких заболеваний путем расширения Перечня заболеваний, указанных в пункте 2 части 1 статьи 15 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ через включения в него части самых высокочрезвычайных и нагрузочных для регионов нозологий из Перечня жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности, с учетом выводов и предложений, представленных в Докладе.
 - проведение соответствующей корректировки перечня централизованнокупаемых за счет средств федерального бюджета лекарственных препаратов, предназначенных для лечения заболеваний, указанных в пункте 2 части 1 статьи 15 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
3. Рассмотреть возможность учреждения межведомственной рабочей группы по редким (орфанным) заболеваниям в целях разработки и последующего принятия отдельной Федеральной целевой программы по улучшению качества медицинской помощи пациентам с редкими заболеваниями в Российской Федерации.
 4. Рассмотреть возможность создания экспертных (информационно-координационных, консультативно-диагностических) центров по редким заболеваниям на федеральном и окружных уровнях.
 5. Поручить Росздравнадзору провести проверку качества оказания медицинской помощи и системы лекарственного обеспечения больных с редкими

заболеваниями органами исполнительной власти субъектов РФ и ответственными/уполномоченными медицинскими учреждениями.

б. Поручить Министерству здравоохранения Российской Федерации:

- завершить подготовку и публикацию стандартов оказания медицинской помощи пациентам, страдающим редкими заболеваниями, с учетом всех необходимых моделей, как по возрастным группам пациентов, так и по видам, условиям и формам оказания медицинской помощи, в части тех, которые не приняты и не опубликованы в настоящее время.
- разработать (с привлечением профильных экспертных групп специалистов и профессиональных сообществ) и внедрить протоколы ведения больных с редкими заболеваниями (клинические рекомендации) и привести в соответствие с ними стандарты оказания медицинской помощи;
- сформировать Перечень лекарственных препаратов, предназначенных для лечения жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности – согласно показаниям к применению, одобренным в установленном порядке Министерством здравоохранения Российской Федерации, направить в регионы соответствующие разъяснения;
- включить лекарственные препараты, предназначенные для лечения жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности в Перечень ЖНВЛП, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.07.2012 № 1378-р, цены на которые регулируются государством;
- провести комплексную оценку необходимых финансовых затрат для обеспечения медицинской помощи и лекарственного обеспечения больным с заболеваниями, включенными в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности;
- рассмотреть возможность централизации контроля закупок и механизмов ценообразования на лекарственные препараты, предназначенные для лечения редких заболеваний с разработкой и внедрением соответствующей нормативно-регуляторной базы (Порядка);

- разработать необходимые критерии и внедрить систему оценки медицинских технологий в сфере редких заболеваний;
- принять необходимые меры по совершенствованию ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности;
- разработать и внедрить (с привлечением экспертных групп специалистов и общественных организаций) необходимые механизмы контроля (обратной связи) для оценки результатов и эффективности реализации государственных программ оказания помощи пациентам с редкими заболеваниями, в том числе оценки эффективности лечения; предусмотреть механизмы, критерии и порядок оценки результатов (эффективности, обоснованности) и коррекции тактики проводимой терапии, в том числе, при необходимости, перевода пациентов на паллиативное лечение.
- предусмотреть в системе высокотехнологической медицинской помощи необходимые виды помощи по соответствующим моделям пациентов, видам, методам лечения и профилям при редких заболеваниях; рассчитать и обеспечить необходимое квотирование и бюджет;
- совместно с федеральным и территориальными фондами обязательного медицинского страхования обеспечить тарификацию соответствующих услуг (в том числе в рамках клинико-статистических групп (КСГ)) в системе медицинской помощи пациентам с редкими заболеваниями.
- разработать и внедрить систему маршрутизации пациентов с редкими заболеваниями, в т.ч. обеспечив преемственность при переходе пациентов из детской во взрослую сеть оказания помощи;
- при разработке и внедрении медико-статистических электронных систем и форм учета (включая электронную медицинскую карту (ЭМК) пациента учитывать специфику и особенности редких заболеваний.

Субъектам Российской Федерации:

1. Привести в соответствие с федеральным законодательством территориальные программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в части полномочий и бюджетных обязательств органов государственной власти по обеспечению граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических

- прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности,
2. Разработать и принять необходимые региональные нормативно-правовые акты, в целевом порядке регулирующие оказание медицинской помощи и лекарственное обеспечение больных с редкими заболеваниями;
 3. При формировании регионального формуляра льготных лекарственных препаратов предусмотреть его расширение за счет препаратов, предназначенных для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности);
 4. Предусмотреть и осуществить соответствующую корректировку и расширение необходимых бюджетных затрат на оказание медицинской помощи и лекарственного обеспечения больных с редкими заболеваниями уже в текущем 2014 г. путем выделения отдельной расходной статьи в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания (в том числе территориальной программы ОМС) медицинской помощи, а также осуществления межбюджетных трансферов для покрытия потребности в необходимых по медицинским показаниям лекарственных препаратах для лечения редких заболеваний;
 5. Рассмотреть возможность решения проблемы редких заболеваний в регионе комплексным программным методом, а именно: путем разработки и внедрения отдельной ведомственной целевой программы «Редкие заболевания» или подпрограммы в одну из существующих региональных программ в рамках Государственной программы «Развитие Здравоохранения» региона;
 6. Завершить формирование региональных сегментов Федерального регистра больных редкими жизнеугрожающими заболеваниями, при необходимости сделать их обновление в части выявления «неучтенных» пациентов путем целевого запроса всем специалистам и лечебным учреждениям, работающим с пациентами данного профиля. Предусмотреть возможность верификации данных, внесенных в регистр и предоставляемых в контролирующие органы в порядке мониторинга (оценки) качества оказания медицинской помощи, с привлечением пациентских организаций, профессиональных сообществ медицинских специалистов а также общественных советов при региональных органах управления здравоохранения;
 7. При внесении данных в региональный сегмент федерального регистра больных, страдающих редкими заболеваниями, дополнительно (путем предоставления пояснительных записок) предоставлять информацию о текущей потребности в препаратах, специально предназначенных для лечения редких заболеваний по существующим медицинским жизненным показаниям и рекомендованных

медицинскими специалистами/экспертами, врачебными консилиумами или врачебной комиссией, но по тем или иным причинам не обеспеченных, не выписанных и не отпущенных (с указанием причины и сроков решения проблемы);

8. Обеспечить организацию на базе ведущих профильных учреждений региона цикла школ, круглых столов и форумов, посвященных актуализации проблемы редких (орфанных) заболеваний. Внедрить в практику привлечение врачей первичного звена к обучающим мероприятиям (круглым столам, школам, конференциям), проводимым профессиональным медицинским сообществом, а также общественными мероприятиями, с целью повышения уровня знаний и настороженности в части редких заболеваний – для своевременного их выявления и направления профильным специалистам.

Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации:

Поддержать принятие законодательных инициатив Правительства Российской Федерации, направленных на повышение эффективности медицинского обслуживания граждан, страдающих редкими заболеваниями при их внесении в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации.

Transition to the standard models of drug supply for patients with rare diseases

A.V. Saversky

President "League of patients", Member of the Expert Council under the Government of the Russian Federation

Provision of necessary medications for patients with orphan diseases is considered. The problems of the current legislation in the subject area are stated. Conclusions are made on the need to rethink the situation of drug provision. Proposals are made to develop a State program "Dangerous Diseases of High Cost".

Key words: drug provision, orphan diseases, legal status of the drug, standards of medical care

Медицинское страхование: для Голландии или для России

Комаров Ю.М.

д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Исполкома Пироговского движения врачей

Рассмотрен опыт организации медицинского страхования в Голландии и Германии. Дается критический обзор российской системы финансирования здравоохранения, сформулированы предложения по возможному реформированию системы ОМС. Делается вывод о сравнительно более высокой эффективности государственно-бюджетной модели финансирования здравоохранения в сравнении со страховой медициной.

Ключевые слова: медицинское страхование, больничные кассы, финансирование здравоохранения, антимонопольное регулирование, расходы на здравоохранение

Проблемы медицинского страхования на протяжении ряда лет в России беспокоят всех – от пациентов до Президента РФ. Не могли в стороне остаться и специалисты, у которых есть своя точка зрения, не всегда совпадающая с мнением чиновников от медицины. Мы также неоднократно возвращались к этой проблеме («Реквием по ОМС. А что потом?», «Размышления в связи с законопроектом об ОМС», «Медицинское страхование или налоги: опыт зарубежного здравоохранения», «Замечания и предложения к проекту ФЗ об ОМС», «Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги?», «Германия: структура, расходы и финансирование системы здравоохранения», «Рынок в здравоохранении: что сейчас и что потом?», «Добровольное медицинское страхование за рубежом: уроки для России» и т.д.).

Медицинское страхование в Нидерландах

Сейчас причиной более детального рассмотрения проблем ОМС явилась организация семинара на эту тему посольством Нидерландов в Москве 31 марта 2014 г. с приглашением профессора по медицинскому страхованию из Эразмского университета Роттердама Wijnand P.M.M. van de Ven. Сразу же он сказал, что идеальных систем здравоохранения в мире нет, каждая страна выбирает наиболее подходящую для нее модель, медицинский рынок не должен быть свободным, а регулируемым государством и что настоящая конкуренция может быть никогда не достигнута.

В связи с тем, что даже в незавершенном виде голландская модель медицинского страхования считается образцовой, на ней следует кратко остановиться хотя бы в общем виде. Там даже до рубежного 1987 г. функционировали частнопрактикующие врачи общей практики, а из 156 больниц со средней мощностью в 360 коек только 8 университетских учебных клиник были в ведении государства, остальные 111 больниц общего назначения и 36 специализированных больниц представляли собой частные некоммерческие организации. Они финансировались, в основном, из специальных

бюджетных фондов. Практиковались для оплаты такие методы, как DRGs для стационаров и гонорар за услугу для амбулаторных пациентов. При оплате по принципу «гонорар за услугу» практически всегда можно найти лазейку для завышенных счетов и не только за счет предоставления излишних услуг, но путем увеличения числа посещений на один случай заболевания, назначения множества визитов при сочетанных заболеваниях и т.д. В результате возникает явление, известное в литературе как «спровоцированный врачами спрос».

С 1987 г. в Нидерландах стала развиваться рыночная схема здравоохранения, когда коммерческая модель стала вытеснять государственную. В основу была положена идея Комитета Деккера, поддержанная правительством, о регулируемой конкуренции. Больничные фонды превратились в страховые медицинские организации с возможным риском утраты своих застрахованных. Каждый год застрахованные имеют право выбрать страховщика в соответствии с предлагаемыми им ценой и качеством медицинских услуг. В свою очередь страховщики, представляя интересы застрахованных, организует тендеры среди провайдеров медицинских услуг (все они имеют лицензию) по соотношению качество-цена, а также тендеры на приобретение лекарственных препаратов. Таким образом осуществляется конкуренция среди частных некоммерческих страховщиков (их выбирают пациенты) и среди провайдеров (выбирают страховщики, которые покупают услуги). Поэтому главным и ключевым звеном в системе медицинского страхования становится страховая медицинская организация. Первоначально планировалось провести все необходимые изменения за 3-4 года, но оказалось так много сложностей (в т.ч. в создании регулируемого, а не стихийного рынка, стандартизованного пакета медицинских услуг, в организации взаимодействий, оплате за результат и др.), что работа эта продолжается уже больше 25 лет и для ее завершения требуется еще лет 10. Правительство препятствует созданию картелей и укрупнению больниц, т.к. при этом конкуренция исчезает. До 2006 г. обязательному медицинскому страхованию подлежали 67% граждан, имеющих доход в 3 тыс. долл. в месяц и менее, а добровольным или частным медицинским страхованием пользовались 33% людей с более высоким доходом. Все граждане старше 18 лет обязаны купить медицинскую страховку, при этом работник платит за нее пополам с работодателем.

В 2006 г. был введен новый закон о медицинском страховании, который узаконил основные принципы страхования и регулируемой конкуренции. При этом намечен выраженный отход от монополии государства с одновременным привлечением частных страховых компаний и частного капитала. Теперь государство не несет финансовой ответственности за обязательства частных больниц. Были обозначены основные предпосылки дальнейшего развития медицинского страхования (их 10):

1. Свободный выбор потребителем страховщика с заполнением соответствующих форм;

2. Наличие доступной потребителям и прозрачной рыночной информации о страховщике;
3. Риски покупателей и продавцов медицинских услуг при совершении ими ошибок;
4. Состязательность рынка, процедуры банкротства страховщиков и больниц, их замены;
5. Свободное составление контрактов, переговоры о качестве и цене;
6. Эффективное регулирование конкуренции;
7. Регулирование возможных рисков;
8. Все должны вносить средства в фонд, не должно быть неплательщиков;
9. Надзор за качеством помощи, потребитель должен быть защищенным;
10. Всеобщий доступ к медицинским учреждениям на небольшом расстоянии.

В целом, в Нидерландах есть все условия для организации регулируемой конкуренции: население – 16,8 млн. чел. со средней плотностью в 511 жителей на кв.км. Это 4 место в Европе после Монако, Ватикана и Мальты. В стране прекрасно развита информационная и транспортная инфраструктура, имеются урбанизированные зоны, что позволяет создать конкуренцию медицинских организаций.

Медицинское страхование в Германии

Об этой бисмарковской модели написано немало. К этому можно добавить лишь отдельные штрихи. Доля затрат на здравоохранение в Германии достаточно высока и составляет 11.3% ВВП. Однако, даже на своей родине, в Германии, система страхования переживает сейчас далеко не лучшие времена, и об этом открыто говорят немецкие специалисты, в т.ч. депутаты Бундестага. Растет число жалоб граждан, что подтверждает недавно проведенное исследование в земле Нижняя Саксония, страховые организации стремятся сократить расходы на оказание медицинской помощи и увеличить поступления в виде взносов, идет систематическое сокращение перечня бесплатных медицинских услуг и медикаментов, страховщики систематически сокращают расходы на профилактику как невыгодные.

Доля пенсионеров в Германии сейчас составляет 18%, а к 2035 г. возрастет до 35%. В связи с достаточно высокой продолжительностью жизни и в целях уменьшения нагрузки на

пенсионную систему возраст выхода на пенсию в Германии в 2008 г. был повышен до 67 лет. Согласно системе обязательного пенсионного страхования работник, имеющий средний по стране заработок, при выходе на пенсию будет получать ежемесячно 1000 евро, к которым 25-40% будет доплачивать предприятие.

Именно в Германии в явном виде проявилось несовпадение между временем, когда люди могут позволить себе оплатить услуги здравоохранения (работающие, в зрелом возрасте) и когда они в них действительно нуждаются (в начале и конце жизни, нетрудоспособные). Поэтому солидарность рассматривалась там не только с этических позиций равного доступа к медицинской помощи, но и как наиболее рациональный способ в рыночных условиях распределения оплаты медицинских услуг в течение всей жизни каждого человека с учетом элементов риска и с потенциальным покрытием катастрофически растущих расходов на некоторые медицинские вмешательства. Там в связи с ростом ОПЖ возрастает число пожилых людей, а, как известно, наибольшие объемы медицинской помощи потребляют не работающие, а дети и пожилые. При этом численность работающих не растет и страховые взносы остаются прежними. Средств на медицинскую помощь в течение последних 15–20 лет стало катастрофически не хватать.

Вначале возникла идея увеличить размер страховых взносов, но против этого восстали работники, работодатели и профсоюзы. Затем была предпринята попытка уменьшить доходы врачей. Но на двух съездах Немецкой врачебной палаты, где мне довелось присутствовать, обсудив это предложение правительства в деталях, врачи его отвергли. Далее, попытались снизить затраты на медицинскую помощь пожилым, введя для них минимальные и дешевые стандарты лечения. Но пожилые люди расценили это как нарушение прав человека. И вот теперь там рассматривается предложение некоторых минимальных изменений, но сразу по всем трем направлениям. Можно предположить, что это только временное и паллиативное приглушение проблемы, которая через некоторое время возникнет вновь, и тогда потребуются совсем другие решения.

Несмотря на то, что немецкая система оказания медицинской помощи по праву считается одной из лучших в мире по эффективности (т.е. по соотношению между результатами и затратами), по уровню медицинского сервиса Германия занимает только 6 место в Европе после Нидерландов, Дании, Австрии, Люксембурга и Швеции. В Германии, по данным организации Health Consumer Powerhouse, уровень прав пациентов недостаточен, даже в условиях относительно свободного выбора врача, растет число судебных вмешательств при достаточно низкой доле врачебных ошибок – всего 0,35% от числа обращений к врачам.

В Германии финансовыми органами являются больничные кассы (промышленные, территориальные, для ремесленников, для с/х рабочих, для служащих и т.д.), они самоуправяемые и независимые от государства. Взносы платят как работодатели, так и работники. Больничные кассы работают с врачами по договору, а с Немецкой врачебной палатой ведут переговоры по тарифам. В целом, это модель всеобщего медицинского

страхования с отсутствием прибыли у страховых организаций. За последние 20 лет немецкая система здравоохранения реформировалась 15 раз, целью этих реформ было намерение затормозить стремительный рост медицинских расходов в достаточно затратной системе медицинского страхования с быстро стареющим населением.

В уникальном немецком здравоохранении параллельно существуют как бы 2 системы: частные медицинские страховые организации и общественно-правовые или публичные больничные кассы, которые иногда неверно причисляют к государственному здравоохранению. Частное страхование предназначено для состоятельных людей, и его стоимость зависит от многих параметров застрахованного. Больничные кассы работают по принципу солидарности – молодых с пожилыми, мужчин с женщинами, здоровых с больными, состоятельных с малообеспеченными, работающих с неработающими. Дети и неработающая жена члена больничной кассы застрахованы бесплатно. Сейчас в больничные кассы деньги поступают из централизованного медицинского фонда, в котором аккумулируются три потока: средства застрахованных и работодателей – поровну (уровень отчислений и процент от зарплат застрахованных определяется правительством), а также поступления из госбюджета, которые непрерывно растут. В больничные кассы средства поступают не только в зависимости от числа застрахованных, но и с учетом их пола, возраста, состояния здоровья. Кроме того, при министре У. Шмидт произошло слияние и укрупнение больничных касс.

Однако все это не решило проблемы медицинской помощи пожилым и детям, тем более, что в Германии отмечалось самое высокое в Европе число посещений врачей – 17 на одного жителя в год. В связи с дефицитом средств правящей коалицией в жарких дискуссиях с профсоюзами было принято решение увеличить с 1 января 2011 г. размер страхового взноса с 14,9% до 15,5%, пополам от работников и работодателей. Однако, это проблему дефицита средств не решает, а лишь слегка ее приглушает, и все равно требуется постоянное увеличение бюджетных ассигнований. Оппозиционные партии, работодатели и больничные кассы подвергли новую реформу резкой критике, полагая, что это ни что иное, как «грабительский налет на кошельки малоимущих и людей со средним заработком». Что тогда говорить о нашей стране, где систематически «вытряхиваются» кошельки у 70% далеко не богатых граждан?

В Германии существует защита пациентов от некачественного лечения и врачей от несправедливых нареканий. Для этого в каждой из 16 земель помимо врачебной палаты созданы комиссии по врачебным ошибкам в составе юристов и врачей, и в 90% случаев проблемы решаются в досудебном порядке. С января 2012 г. в Германии вступил в действие закон, способствующий привлечению молодых врачей общей практики и специалистов для работы в сельской местности, где нарастает доля пожилых людей и хронически больных. Особенно высока потребность в таких врачах в сельской местности Восточной Германии и Северо-Западных районах страны. При этом главная проблема заключается в том, что большинство практикующих врачей не хотят больше работать по 24 часа в сутки и все 7 дней в неделю. По новому закону врачи могут не обязательно жить

в зоне своей практики, а оплата будет осуществляться в зависимости от численности пациентов.

Медицинское страхование в России

Здесь мы не будем рассматривать хорошо известные исторические вехи и предпосылки создания системы ОМС в стране, а остановимся лишь на достаточно крупных и принципиальных недостатках сложившегося бюджетно-страхового гибрида.

Система ОМС предназначена для функционирования в условиях рыночных отношений внутри здравоохранения с преимущественно частным (некоммерческие и коммерческие клиники, частнопрактикующие врачи общей практики) здравоохранением, однако даже при этом она демонстрирует свою затратность и относительно невысокую результативность. При этом сокращается размер реального финансирования медицинской помощи: маржа и расходы на ведение дела страховых посредников, отвлечение врачей и содержание значительного штата немедицинских сотрудников из-за необходимости документирования, регистрации, учета, оплаты и экспертизы медицинских услуг, возможность для коррупции и нецелевого расходования средств в силу сложности и низкой прозрачности страхования, интерес лечебных учреждений в приписках и навязывании ненужных медицинских услуг и т.д. В итоге на прямые и косвенные расходы, никак не связанные с оказанием медицинской помощи, расходуется до 14% и более средств ОМС, включая штрафные санкции.

Свыше 20 лет работы на принципах медицинского страхования ни к чему хорошему не привели (затраты постоянно растут, результаты параллельно не улучшаются, удовлетворенность пациентов падает). Взятый курс на построение в стране модели медицинского страхования с преобразованием медицинской помощи в рыночный термин «медицинская услуга» внес сумятицу, последствия которой могут оказаться драматическими, и себя не оправдал ни с точки зрения пациентов, ни с позиции государства, ни со стороны медицинских организаций. Тем более, что законодательно запущен процесс ликвидации системы муниципального здравоохранения, т.е., в отличие от других стран, снимается ответственность с органов местного самоуправления за решение насущных и приземленных проблем охраны общественного здоровья.

Использование страховой модели для финансирования общедоступной медицинской помощи в нашей стране – это управленческая ошибка, поскольку ведет к деградации инфраструктуры здравоохранения, к значительному снижению доступности медицинской помощи и удовлетворенности ею подавляющей части населения (возможно, кроме жителей крупных городов) даже на фоне роста расходов на здравоохранение. Модель эта весьма затратная и внедряли ее в начале 1990-х годов как временную и вынужденную меру при рухнувшем бюджете, как вынужденный управленческий компромисс. По ФЗ

№165 – ФЗ о социальном страховании страховщики – это некоммерческие организации, а в ОМС функционируют коммерческие страховщики. В США страховые организации имеют право на получение прибыли, что ведет к росту затрат. В принципе ОМС может успешно функционировать, когда имеется рынок медицинских услуг с конкуренцией и выбором, когда врач является субъектом права, т.е. обладает лицензией – разрешением на деятельность, когда медицинские учреждения (и страховщики) являются преимущественно частными – коммерческими или некоммерческими и таких, например, в Нидерландах – почти 100%, в Германии -74% и т.д.

Как таковое страхование в России не получилось, поскольку вместо страхового взноса введен целевой налог без участия застрахованного, что не побуждает его к лучшему использованию страховых средств, не получилась и обязательная для такой модели конкуренция в регулируемом или нерегулируемом виде внутри страховых организаций и среди медицинских учреждений. А право выбора пациентом осталось на бумаге и на практике ничем не обеспечено. Большинство врачей страны не приемлют систему ОМС и не понимают, зачем она нужна и что она дает пациентам и врачам со множеством посредников и расплывшейся бюрократией, а почти 90% врачей считают страховщиков лишним звеном в здравоохранении, поскольку они не защищают права пациентов, не обеспечивают должный уровень качества (для чего они и были предназначены), а являются лишь совершенно ненужными финансовыми посредниками при переводе средств из фондов ОМС в медицинские учреждения. Кроме того, целый ряд страховых организаций принадлежит зарубежным хозяевам. Так, от компании РОСНО не менее 15% собираемых взносов с работодателей нашей страны оседает в Германии.

Тем более, что на глазах этих же врачей происходит разрушение существующего здравоохранения, сокращение врачей, укрупнение медицинских учреждений, т.е. их монополизация, что резко снижает возможности конкуренции и доступность медицинской помощи. Страховые медицинские компании, которые должны играть ведущую роль в системе ОМС, утратили функции страховщиков (эти функции переданы фондам ОМС), превратились в посредников в передаче денег, т.е. в балласт и лишнее ненужное звено. Тем более, что они теперь по ФЗ №326, благодаря штрафным санкциям, экономически заинтересованы в плохой и некачественной работе медицинских учреждений. Тарифы на ОМС никак не связаны с риском страхового случая и не покрывают все расходы, что затрудняет проводимую политику по вовлечению частных клиник в систему ОМС.

Все участники процесса в ОМС заинтересованы в росте числа оказанных медицинских услуг, но не заинтересованы в их результатах (лучше стало больному или хуже и т.д.), т.е. в том, чтобы лечить, а не в том, чтобы вылечить. Главное, что деньги и время на лечение потрачены, а каков результат – это вторичное. Самым главным недостатком системы медицинского страхования в России, да и в других странах тоже, является заинтересованность всех участников этой системы в росте числа болезней и больных: чем больше больных (в т.ч. тяжелых), тем больше средств получит медицинское учреждение,

тем больше лекарств они потребуют, тем больше средств останется на нужды частных страховых компаний и фондов ОМС. Это вступает в противоречие с государством, которое логично должно быть заинтересовано в росте числа здоровых, а не больных. Иначе говоря, по этому принципу долгосрочные интересы государства по росту числа здоровых и сиюминутные меркантильные интересы лечебно-профилактических служб и всей системы ОМС диаметрально разнятся.

Отсюда вытекает экономическая невыгодность профилактических мероприятий. Не спасает положение и 80 млрд. руб., выделенных на проведение периодических профилактических осмотров и аккумулированных в системе ОМС, в которую стараются включить все виды помощи, относившиеся к государственной ответственности. Правда, специалисты ФФОМС утверждают, что их обязали выделять средства на проведение профилактических осмотров, однако это не исключает общей материальной заинтересованности в увеличении числа больных.

Совершенно нелепо выглядит полис ОМС на фоне 41 статьи Конституции РФ, где записано, что всем гражданам (а не только обладателям полиса) в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения должна быть оказана бесплатная медицинская помощь. Получается, что полис – это документ, необходимый для расчетов между страховщиками и учреждениями. А причем здесь больной? В развитых странах с ОМС, например, в Нидерландах, больной просто подтверждает своей подписью ту помощь, которая ему была оказана. Поэтому полис у нас можно рассматривать как барьер при реализации конституционного права.

В последнее время готовится новый вариант закона об ОМС в РФ, где, по мнению разработчиков, в центре внимания вместо медицинского учреждения появится застрахованный. Однако, если хорошо подумать, то это, во-первых, практически мало реально, поскольку все интересы сторон остаются неизменными, а, во-вторых, нисколько не улучшает все механизмы функционирования ОМС и ее рыночную сущность «бизнеса на болезнях».

Почему это произошло?

А это произошло оттого, что в переходном периоде было обостренное и глубоко ошибочное желание избавиться от всего предыдущего наследия, в результате чего была выбрана полностью не подходящая для страны модель здравоохранения и его финансирования. Произошло это из-за сильного влияния экономистов, слабо разбирающихся в проблемах здоровья и здравоохранения, когда экономическая мотивация стала довлеющей над социальной и гуманной, что в здравоохранении недопустимо. Навязывание страхового (рыночного) механизма финансирования происходило и происходит в условиях, когда кроме ряда крупных городов в стране нет

возможностей для конкуренции медицинских учреждений и выбора пациентами врача или ЛПУ, а без этого использование страховых посредников полностью теряет свой смысл.

Для развития конкуренции помимо полностью частной медицины и превышения предложения над спросом (превышение спроса над предложением порождает очереди) необходимы высокий уровень освоения территории (высокая плотность, равномерность расселения, развитая транспортная сеть при хорошем круглогодичном состоянии дорог, высокая доля «эффективных» городов с развитой медицинской инфраструктурой), достаточно высокий уровень производства, высокая доля налогов, остающихся в распоряжении субъектов федерации и муниципалитетов, жесткое антимонопольное государственное регулирование рынка медицинских услуг, благоприятные условия для ведения бизнеса и долгосрочных инвестиций, зрелость «общества потребления» и высокая культура потребления социальных услуг.

Всего этого не только в сочетании, но даже по отдельности в такой большой стране как Россия нет, а в странах с медицинским страхованием все это имеет место (Швейцария, Бельгия, Кипр, Греция, Израиль, Япония, Нидерланды, Германия, Франция, Южная Корея, Австрия) – высокая плотность населения и достаточно равномерно заселенная территория с хорошими дорогами, со средними расстояниями между городами в 7-15 км, а, главное, там достаточно высокий уровень ВВП на душу населения, высокий уровень инвестиционной привлекательности, активное государственное антимонопольное регулирование, значительная доля налогов, остающихся в распоряжении региональных властей и муниципалитетов.

Известно, что чем больше денег задействовано в экономике, тем выше платежеспособность системы ОМС и привлечение рыночных инвестиций в здравоохранение. А в России всего этого нет и, видимо, не очень скоро появятся. Даже в европейской части страны расстояние между городами составляет 40-50 км, а на востоке-150-300 км и более при нашей транспортной доступности и состоянии дорог, городов с населением в 100 тыс. чел. и более – всего 164 и число их сокращается. Исходя из изложенного, получается, что ФЗ №135 от 26.07.2006 г. о защите конкуренции на здравоохранение не распространяется, за исключением частных клиник, желающих конкурировать с государственными. Поскольку к модели ОМС мы так и не присоединили в силу ряда причин чисто рыночные отношения, то и страхование у нас не получилось и фактически сложилась просто особая система финансирования здравоохранения. Мало того, что по всем условиям и параметрам указанная модель полностью не подходит для России, так она еще не соответствует реальным потребностям и возможностям граждан и страны в целом и не способствует выполнению задач, стоящих перед здравоохранением.

Если бы в Москве, где есть отдельные условия из числа перечисленных, действовало реальное антимонопольное регулирование, то вместо масштабного слияния сотен медицинских учреждений (по сути, означающее монополизацию гигантского рынка)

наблюдался бы обратный процесс – децентрализация, приближение (а не удаление) медицинской помощи к населению, расширение автономии медицинских учреждений, экономических прав и ответственности, что могло способствовать конкуренции и выбору. А это означает, что учреждения должны проходить аккредитацию (т.е. проверку условий), а лицензию (т.е. разрешение на деятельность) должны получать врачи, переходя из статуса объекта права в субъект права.

Примерно близкая картина и в США, но там тратится на медицину во много раз больше средств (свыше 8700 долл. на душу населения в год), правда, по рейтингу Bloomberg страна находится лишь на 33 месте по уровню оказания медицинской помощи, на 41 месте по младенческой смертности и на 43 месте по ОПЖ. Прав Президент США Б. Обама, настаивая на повышении доступности медицинской помощи, но правы и республиканцы, выступающие против расширения медицинской помощи в США, где нет многих условий для организации системы медицинского страхования, что может привести к финансовой катастрофе. Не случайно, в США идут многолетние дебаты о том, что модель, основанная на чисто рыночных механизмах (с минимальными социальными гарантиями для людей), не соответствует вызовам времени и потому в США уже давно происходит расширение системы социальной поддержки. Это относится к экономике, здравоохранению, образованию и к другим сферам деятельности.

Важно, что в самой что ни на есть рыночной стране, намечается переход к более цивилизованной европейской модели. Более того, модель медицинского страхования не годится и для США с неравномерным расселением, что с каждым разом становится очевиднее. При этом число утративших медицинскую страховку из-за невозможности ее возобновить по программам помощи пожилым и неимущим превысило число заново ее получивших. Современная медицина, организованная на страховых принципах (и не только в США), уже не столько занимается лечением больных, сколько зарабатыванием денег. Хорошая работа и качественная медицинская помощь приносят больницам меньше денег и это очевидно почти всем специалистам, кроме лиц, принимающих решения. По этому поводу сами американцы шутят, что главной задачей их медицины является перевод острой боли в хроническую. Вот такова изнанка системы медицинского страхования, не говоря уже о многочисленных ее изъянах. Борьба вокруг реформы здравоохранения США еще раз убеждает в том, что система медицинского страхования свои возможности исчерпала и многие страны ее еще придерживаются лишь в соответствии с традициями. Не спасают положение и национальные программы улучшения здоровья.

Если посмотреть на карту родоначальницы медицинского страхования Германии, то сразу бросается в глаза высочайшая плотность расселения, особенно в земле Северный Рейн-Вестфалия, огромное число достаточно крупных городов с небольшими расстояниями друг от друга. Так, только в одной из 16 земель (штатов) Германии – упомянутой Северный Рейн-Вестфалия – насчитывается 398 городов и получается как бы сплошная городская агломерация. Вся Германия буквально опутана паутиной сетью

разнообразных качественных автомобильных и железных дорог с очень хорошим транспортным сообщением, и всю Германию можно проехать максимально за 4-6 часов. То же самое можно сказать и о Нидерландах, Бельгии и в других странах с их уникальными дорогами и небольшими расстояниями, позволяющими жить в одном городе, а работать в другом. Это позволяет также в случае необходимости укрупнять медицинские учреждения.

На этом фоне совершенно бледно выглядит карта Европейской части России, не говоря уже о других менее заселенных регионах страны. Это еще раз доказывает, что модель ОМС является неподходящей для нашей страны по всем необходимым параметрам. Тем не менее, перед отечественным здравоохранением сейчас возникает альтернатива: либо следует вообще отказаться от модели ОМС с переходом на бюджетное финансирование в сочетании с договорными отношениями, дополненное ДМС (а частные клиники существуют независимо), либо искать сложные и дорогостоящие подходы, временно изменяющие и улучшающие существующий неэффективный гибрид с приданием ему именно функций страхования.

Можно ли усовершенствовать и улучшить модель ОМС в России?

Теоретически это вполне возможно (но практически – мало реально) для чего необходимо:

1. Изменить форму собственности всех учреждений здравоохранения с государственной и муниципальной на частную некоммерческую, и с ними могут вполне конкурировать частные коммерческие клиники.
2. Придать врачам статус субъекта права с выдачей им разрешения на деятельность (лицензии) и с повышением оплаты их труда минимально в 4 раза для страхования своей профессиональной ответственности и для самостоятельного обучения за свой счет на соответствующих сертификационных курсах, как это и положено самостоятельно хозяйствующим субъектам.
3. Ввести страховой взнос на работающих граждан, для чего необходимо им поднять зарплату на 20-25%, осуществить баланс между поступлениями средств и расходами.
4. Переселить граждан в крупные города и создать множественные городские агломерации, что позволит организовать действенные конкуренцию и выбор.
5. Построить дороги и коммуникации между городскими агломерациями.

6. Разукрупнить медицинские учреждения, особенно в крупных городах.
7. Изменить форму собственности страховых медицинских организаций с коммерческой на некоммерческую с тем, чтобы у них преобладали проблемы качества, а не получения прибыли и поставить их в зависимость от выбора и ожиданий потребителя.
8. Изменить основную мотивацию в системе ОМС и ввести оценку по результатам.
9. Изменить и существенно расширить информационное обеспечение деятельности всех участников ОМС, сделать прозрачными финансовые потоки и устранить коррупцию.
10. Подготовиться к банкротству почти 90% медицинских учреждений, которые по качеству не будут соответствовать требованиям страховщиков, представляющих интересы потребителей и зависящих от них.
11. Задействовать все механизмы рыночных отношений, активно развивать частное (добровольное) медицинское страхование.
12. Забыть о том, что здоровье – это общественная ценность, поскольку и здоровье, и выздоровление становятся чисто индивидуальной заботой.

И если в Нидерландах этот процесс займет в общей сложности не менее 35 лет, то у нас – 100 лет, а с учетом законопослушности голландцев даже 150 лет.

Не спасают систему ОМС и те соломинки, за которые пытаются ухватиться: концессии, ГЧП, вовлечение в ОМС частных клиник и т.д. Как верно заметил С. Калашников (2013), поскольку у нас население бедное и низкие зарплаты, то говорить о страховании – утопия. Возникает вопрос, а стоит ли столько времени ждать и есть ли какая-то альтернатива?

Альтернатива всегда есть

Агентство Bloomberg (Bloomberg rankings – The World's Healthiest Countries. Bloomberg, 2012), исходя из данных ВОЗ, ООН и Всемирного банка, составило рейтинг здоровья жителей 145 стран. При этом учитывались ОПЖ, младенческая и материнская смертность, причины смерти, курение и потребление алкоголя, физическая активность, излишний вес, уровень артериального давления, уровень глюкозы, распространение ВИЧ и других заболеваний, уровень загрязнения окружающей среды и др. Сравнительный анализ стран с системой медицинского страхования (рыночная, страховая модель) и с бюджетным здравоохранением (социальная модель) показал, что в группе стран с бюджетным

финансированием отмечаются значительно меньшие расходы на здравоохранение при существенно лучших управляемых результатах деятельности.

Н.А.Кравченко и А.В.Рагозин (2013) провели сравнение 18 стран, разделенных на группы методом «копия-пара», исходя из общности культуры, сходства демографического развития (сопоставимость возрастно-половой структуры и среднего возраста, уровня урбанизации, близкие показатели рождаемости и смертности), сопоставимых управляемых показателей здоровья населения, дополнительных признаков, например, ВВП на душу населения. В результате оказалось, что по соотношению затраты/управляемые показатели здоровья бюджетная Италия более эффективна, чем страховая Франция (а по рейтингу Bloomberg на основании данных ВОЗ, ООН и ВБ соответственно на 2-м и 13-м месте); бюджетная Швеция более эффективна, чем страховые Австрия и Германия при меньших затратах и лучших результатах; бюджетная Дания при гораздо меньших затратах имеет ненамного хуже результаты, чем страховая Швейцария; государственно-бюджетная модель Великобритании, Канады и Австралии гораздо эффективнее страховой модели США; бюджетная Куба при затратах в 2,5-3 раза меньше имеет почти одинаковые результаты со страховыми Чили и Коста-Рикой; бюджетная Сирия в довоенный в стране период, тратя на здравоохранение в расчете на душу населения в 6 раз меньше страховой Турции, опережала ее в рейтинге Bloomberg; бюджетные Украина и, особенно, Беларусь, тратя меньше страховой России средств на душу населения на здравоохранение, имеют с ней близкие показатели здоровья. Правда, данные по Украине представлены до произошедших там событий. И новый министр здравоохранения Украины О. Мусий заявил, что врачи должны иметь право продавать свои услуги населению и что он является приверженцем саморегулирования рынка в здравоохранении. На фоне беднеющего населения в Украине практически будет проведено разгосударствление медицинских учреждений и внедрен «бизнес на болезнях». К этому и будет сведена новая реформа здравоохранения там. Кстати, на Кубе ОПЖ возросла до 80 лет, кубинская медицина уникальна при самых минимальных затратах, и перенимать опыт Кубы приезжают специалисты из США, Южной и Центральной Америки, из Европы. Не случайно в 2012 г. ВОЗ признала кубинское здравоохранение самым эффективным в мире. Кроме того, там отсутствует уличная преступность и наркоторговля, и это при относительно бедном населении.

Из изложенного следует, что национальные системы здравоохранения в странах, использующих бюджетную модель, демонстрируют более высокую эффективность по сравнению со странами со «страховой» моделью. Данная закономерность не зависит от географического положения, культуры, численности населения и развития экономики страны. Государственная бюджетная модель, но не мобилизационная, распределительная, авторитарная и жестко централизованная, а с разумным сочетанием централизации и децентрализации, имеет множество преимуществ перед другими. Контракты или договора между органами управления и медицинскими учреждениями (вместо системы простого распределения средств по установленным тарифам) предусматривают оплату за оговоренные объемы, качество и результаты работы,

возможность штрафов и другие условия, т.е. фактически должны содержать в себе государственное задание.

Опыт Великобритании и Испании в этом направлении принес первые положительные результаты: повысилась эффективность деятельности медицинских учреждений, уменьшились очереди на плановые госпитализации. При этом государство как бы выполняет функцию всеобщего страховщика. К преимуществам также относятся возможность установления и реализации национальных приоритетов, планирования медицинской помощи, профилактики, раннего выявления и своевременного лечения выявленных нарушений здоровья, борьбы с наиболее социально значимыми заболеваниями и т.д., в то время как в рыночной модели в приоритетном порядке финансируются острые заболевания или обострения хронических болезней, по которым больные обращаются за медицинской помощью. Неопределенность в бюджетной модели сведена к минимуму. При этом роль государства в охране здоровья и отрасли в планировании и организации медицинской помощи активна, а в рыночной модели роль общества (государства) должна быть максимально ограничена.

Самое главное отличие – это отношение к здоровью граждан: если в рыночной модели здоровье – это личное дело каждого потребителя свободного рынка медицинских услуг и потому сам человек должен заботиться о своем здоровье (хотя условия для этого от него не зависят), а при утрате здоровья – неисчерпаемый источник потребностей в медицинских услугах и роста рынка, то в бюджетной модели здоровье – это социальный актив, объект активного управления, важный фактор эффективности общественного производства (производительности труда и непроизводственных издержек), а основная часть населения не способна (или не имеет возможностей) самостоятельно заботиться о своем здоровье и некомпетентна как потребитель рынка медицинских услуг. Частные страховые медицинские организации смогут вплотную заняться развитием ДМС, для чего они и предназначены, фонды ОМС в качестве отделов финансирования могут войти в структуру органов управления здравоохранением. Эти органы будут заключать договора с медицинскими учреждениями с обозначением объемов, уровня, качества медицинской помощи и ее результатов.

Получается, что бюджетная модель дополняется рыночными элементами и оплата будет производиться не как ранее: по смете, за посещения, за койко-дни, т.е. не за объемы, а результаты. Кстати сказать, ни один из известных 7 методов финансирования – сметное финансирование, оплата за койко-день или посещение, гонорар за услугу, глобальный бюджет, оплата по DRGs, подушевое финансирование даже с учетом возрастно-половой структуры, оплата по законченному случаю – в прямом виде в наших условиях не должен быть применен без акцента на результаты. В итоге, если критериями эффективности в рыночной модели является соотношение между затратами и субъективной оценкой степени удовлетворенности пациентов, то в бюджетной модели субъективная удовлетворенность хоть и важна, но вторична, а эффективность должна оцениваться по соотношению затрат и управляемых объективных показателей здоровья, зависящих от

здравоохранения. Последние критерии приобретают особую государственную значимость в связи с умеренным прогнозом Росстата о том, что в перспективе доля лиц в возрасте 65 лет и старше будет нарастать (сейчас – 13%), а с 2015 по 2017 гг. численность трудоспособного населения будет ежегодно сокращаться на 1 млн. чел. Отсюда значимость здоровья как государственного ресурса резко возрастает.

Некоторые эксперты считают, что государственно-бюджетная модель – это «тупик» и как бы возврат к советской системе здравоохранения, но это далеко не так, и многие не возражали бы против такого «тупика» в здравоохранении, как в Австралии, Новой Зеландии, Швеции, Финляндии, Канаде, Дании и др., где нуждающимся оказывается весь спектр медицинской помощи, а лекарства по рецепту врача предоставляются бесплатно. Конечно, в здравоохранении каждой страны есть свои достоинства и недостатки, но в данном случае речь идет не о странах, а о моделях здравоохранения. И совершенно очевидно, что государственно-бюджетная модель демонстрирует весьма заметные преимущества в организационном и финансовом аспектах, а также в результативности по сравнению со страховой моделью. Кстати, в Канаде существует далеко не самая дешевая модель здравоохранения, но она является предметом зависти для жителей США.

Важно отметить, что в странах с медицинским страхованием темпы роста расходов на здравоохранение опережают темпы прироста ВВП, (а это со временем – экономический тупик) и потому там рано или поздно придется решать вопрос о выбранной модели здравоохранения и его финансирования.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что нет и не может быть однозначных подходов к выбору модели здравоохранения для разных стран. Для этого нужно учитывать множество факторов и условий и то, что возможно в максимальной степени подходит для небольшой Голландии, совершенно не годится для значительных просторов и особенностей России. И сейчас страна стоит перед выбором: либо по примеру ряда развитых стран осуществить переход к менее затратной, более рациональной по организации, более понятной и удобной для пациентов и врачей государственно-бюджетной модели с контрактными (договорными) отношениями. Выбор нужно делать уже сегодня, пока не поздно и пока безболезненно для государства, здравоохранения, либо продолжать совершенствовать и видоизменять не подходящую для условий нашей страны достаточно затратную и требующую постоянного роста расходов модель ОМС, что автоматически ведет к закрытию экономически неэффективных медицинских учреждений, к их укрупнению, к значительному снижению доступности медицинской помощи, к полностью рыночным отношениям в здравоохранении и к неизбежно платной медицине, что безусловно вызовет нарастание протестных настроений среди большей части населения, медицинских работников и граждан. К сожалению, как говорится, *tertium non datur* (третьего не дано).

Health Insurance: for Holland or for Russia

Комаров J.M.

Doctor of Medical Science, Professor, Honored Worker of Russian Science, Member of the Executive Committee Bureau for Pirogov Social Movement for Health Professionals

The experience of health insurance systems in the Netherlands and Germany is considered. A critical review of the Russian health care financing system is presented, possible ways of reforming compulsory health insurance are proposed. It is concluded that state-budget financing model of health care has relatively higher efficiency compared with insurance medicine.

Key words: health insurance, contributory sickness funds, health financing, antimonopoly regulation, health expenditures

Обзор состояния лекарственного обеспечения в России

Власов В. В., Плавинский С. Л.

Общество специалистов доказательной медицины

Рассмотрена сложившаяся практика обеспечения населения Российской Федерации лекарствами, отмечается отсутствие системного подхода к решению этой задачи. Обращается внимание на сложности в проведении мер по контролю над ценами на лекарственные препараты. Делается вывод об отсутствии очевидного решения проблемы, подходящего как по размеру необходимых средств, так и по структуре системы лекарственного обеспечения.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, бесплатные лекарства, амбулаторное лечение, соплатежи, социальная помощь, контроль за ценами на лекарства

В результате принятых ранее решений в России примерно четверть населения имеет право на бесплатные лекарства при амбулаторном лечении. Для большинства населения страны вопрос о доступе к лекарствам не выглядит заметной проблемой, лишь пока семья не сталкивается с серьезным заболеванием ее члена. Связанные с тяжелым заболеванием расходы для большинства российских семей становятся катастрофическими в том смысле, что приводят к сокращению возможностей выживания семьи из-за затрат на лекарства. Несовершенство унаследованного от СССР решения не предоставлять бесплатно лекарства при амбулаторной помощи, давно осознано специалистами в области организации здравоохранения. Попытки предоставлять лекарственную помощь амбулаторным больным предпринимались в середине 1990-х годов в некоторых регионах.

Закон об обязательном медицинском страховании 1993 г. не запрещал такую помощь, но в течение 1995-2010 годов вопрос о ней поднимался только в экспертных кругах при обсуждении перспективных решений. В 2011 г. при обсуждении обновленного варианта стратегии социально-экономического развития страны до 2020 года введение всеобщего лекарственного обеспечения было названо в числе важнейших задач развития здравоохранения.

Принятие в 2010 году закона «Об обязательном медицинском страховании» и в 2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепило в федеральном законе непредоставление лекарственной помощи при амбулаторном лечении, чего ранее не было. В последнем законе введено явное определение в п. 3 ст. 80: «3. При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ... не подлежат оплате за счет личных средств граждан: 1) ... назначение и применение лекарственных препаратов ... по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи».

При власти коммунистов и позднее бесплатное лекарственное обеспечение было важнейшей «льготой» которая предоставлялась в разных размерах детям младшего

возраста, беременным женщинам, ветеранам, инвалидам, больным отдельными «значимыми» заболеваниями. Ни 50 лет назад, ни в последние годы государство не выполняло удовлетворительно взятых на себя обязательств.

Система этих обязательств складывалась хаотически. Первоначально были введены бесплатные лекарства для начальства. Затем бесплатные лекарства стали предоставлять больным «социально значимыми» заболеваниями. К перечню «социально значимых» примыкали заболевания, при которых отсутствие лекарственной терапии приводит к быстрым нежелательным последствиям (диабет, психические болезни) или цена препаратов столь велика, что они недоступны для приобретения гражданами (противораковые препараты). Нищенское пособие пенсионерам и инвалидам определило еще при советской власти появление льгот на приобретение лекарств и бесплатное предоставление лекарств этим группам населения (50% скидка или полная бесплатность).

Обращение к приоритетам в оказании медицинской помощи привело к бесплатному лекарственному обеспечению детей и беременных. Западные образцы и лоббирование пациентских организаций и производителей лекарств подтолкнули к созданию программы «7 нозологий», которая является прототипом программы лекарственного обеспечения при орфанных болезнях. В результате Россия имеет лекарственное обеспечение населения, собранное из программ-клочков, каждая из которых имеет свое более или менее рациональное обоснование, но при этом вместе они не представляют собою системы и оставляют без лекарственного обеспечения значительную часть населения, в первую очередь – экономически активного.

На начало 2012 года лекарствами бесплатно или за 50% стоимости должно обеспечиваться в стране около 15 млн. человек и еще около 3 млн. вместо лекарств получают денежную компенсацию (данные Минздрава России). В это число не включены еще 4-6 млн. человек, проходящих военную службу или приравненных к военнослужащим, имеющих доступ к бесплатным лекарствам в ином порядке (чиновники), и около миллиона заключенных. Большая часть граждан, имеющих право на бесплатное или со скидкой получение лекарств – это обеспечиваемые по постановлению правительства №890 от 1994 года лекарствами граждане в регионах (14,3 млн.). Во всех регионах страны возможность реализовать право на бесплатные лекарства, например, для ребенка в возрасте до 3 лет, крайне ограничена. Весьма ограничен доступ к бесплатным лекарствам у заключенных и военнослужащих.

Бесплатные лекарства в рамках социальной помощи, предусмотренной Федеральным законом N178-ФЗ «О государственной социальной помощи», получают в последние годы 10-30% от числа лиц, имеющих право на такую помощь. Такая ситуация сложилась вследствие принципиального дефекта программы «монетизации льгот», в которой имеющие право на социальную помощь граждане получили личное право на данный объем помощи в виде денег. Этот дефект не является следствием погрешностей в

реализации лекарственной части программы, а присущ самому принципу построения ФЗ «О государственной социальной помощи».

Реализация ФЗ «О государственной социальной помощи» осуществлялась также без опоры на какие-либо концептуальные рамки или экономические оценки. Важнейшая проблема была заложена изначально в виде отказа от какого-либо обоснования содержания лекарственного обеспечения лиц, имеющих право на получение социальной помощи, отсутствия принципов выбора спектра и объема финансируемых лекарств.

Неготовность системы здравоохранения к реализации нового вида работ – на всю подготовку выделялось менее полугода – в совокупности с финансированием, несоответствующим заявленным обязательствам, привели к социальной напряженности, следы которой сохраняются в обществе до сих пор.

В ряду планомерных действий, предпринятых правительством России в течение последних 10 лет, были новые меры стимулирования отечественного производства лекарств, в первую очередь дженериков, и введение системы контроля над ценами на лекарства. Об эффективности усилий в первом направлении нам вскоре предстоит узнать.

Что же касается контроля над ценами, то, как это и должно было быть, сдерживание роста цен на одни препараты привело к ожидаемым последствиям – замедлению роста цен, в то время, как применительно к другим привело к вымыванию их из ассортимента торговли как ставших невыгодными для производителя. Одновременно эта мера продемонстрировала высокие операционные издержки – каждый год процесс регистрации цен затягивался, препараты, на которые не были своевременно зарегистрированы цены, изымались из продажи. Очевидно, что проблема с контролем над ценами состоит не в злонамеренности исполнителей и не в невозможности контролировать цены – просто технология контроля слишком тяжела для реализации, что и демонстрируют эти издержки. Поскольку эти два направления действий – развитие фармацевтической промышленности, конкурентного фармацевтического рынка, его регулирование, в том числе в виде контроля над ценами, в основном выходят за пределы обсуждаемой проблемы – создания системы обеспечения населения лекарствами – далее они будут затрагиваться в минимально необходимой степени.

Вызванная Пироговским движением врачей и подстегнутая электоральным циклом дискуссия о перспективах здравоохранения вызвала к жизни и обсуждение перспективы лекарственного обеспечения населения при амбулаторном лечении. В концепции развития здравоохранения до 2020 года лекарственное обеспечение населения названо в числе самых важных задач. В конце концов, в 2012 году даже министр здравоохранения и социального развития признала необходимость лекарственного обеспечения населения при амбулаторном лечении. Однако, введение такого обеспечения рассматривалось ей как отдаленная перспектива – далее 2015 года, т.е. даже далее, чем перспектива оплаты услуг медицинских организаций по полному тарифу ОМС. Очевидной причиной

откладывания этого важного решения является недостаток средств в системе здравоохранения. Тем не менее, в одном из своих первых указов президент В. Путин постановил «разработать до 1 января 2013 г. с участием общественных организаций Стратегию лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и план ее реализации».

Ранее дискуссия о лекарственном обеспечении проходила в основном с использованием выражения «лекарственное страхование» для обозначения лекарственного обеспечения. Таким образом цель и услуга обозначаются одним выражением, описывающим конкретный механизм финансирования этой услуги.

Соответственно, далее решение рассматривалось в ключе возможности введения дополнительных страховых взносов, возможно даже целевых взносов, на получение гражданином лекарственного обеспечения. Поскольку общим местом дискуссий о налогообложении в 2011-2012 годах является невозможность дальнейшего повышения налогообложения, постольку, в зависимости от ситуации, или признается невозможность лекарственного обеспечения, или дискуссия трансформируется в дискуссию о соплатежах.

Далее, поскольку соплатежи выглядят политически мало приемлемыми, решение опять-таки признавалось почти невозможным. Тем не менее, большинство обнародованных в 2012 заявлений, отчетов и проектов, касающихся системы лекарственного обеспечения, исходят из необходимости соплатежей населения за лекарства. Учитывая, что население сегодня полностью оплачивает лекарства, любой размер сокращения расходов населения был бы прогрессом. Важно, однако, что лекарственное обеспечение не может рассматриваться только с позиций экономики. Его конечной целью является улучшение медицинской помощи и, шире, здравоохранения. Поэтому и решение о создании системы не может базироваться только на том, как получить достаточные средства для некоторой, непонятно как выявленной потребности населения в лекарствах.

Дороговизна лекарств ведет к тому, что люди не лечатся систематически. Это является одной из причин выхода на инвалидность и высокой смертности. Ограниченная доступность лекарств ограничивает и врачей в использовании прогрессивных лекарственных технологий. Отсутствие возможности лечиться амбулаторно приводит людей к попыткам лечиться в стационаре, где лекарства бесплатны. Это приводит к высокой загруженности больниц и огромным нерациональным расходам. Оплата населением лекарств из своих средств означает, что в бедных регионах объективно граждане получают ограниченное лечение, и государство не может повлиять на это неравенство.

Создание системы лекарственного обеспечения всего населения представляется сегодня задачей важной, как никогда, и осознанной, как никогда ранее. Задача осознана не только как важная для функционирования российского общества, но и как путь к решению проблем неэффективности российской системы здравоохранения. Главным препятствием

к формулированию решения этой задачи оказывается неочевидность решения, подходящего для России, как по размеру необходимых для лекарственного обеспечения средств, так и по структуре системы лекарственного обеспечения.

Review of the state of drug supply in Russia

Vlasov V. V., Plavinski S. L.

Society for Evidence-Based Medicine

The current practice of providing the population of the Russian Federation with medicines is considered. A lack of systematic approach to solving this problem is stated. Authors draw attention to the difficulty in carrying out price control measures for of medicines. Conclusion is made that there is no obvious solution to the problem due to the amount of the necessary funds, and to the existing structure of drug supply.

Key words: drug supply, free medicines, outpatient treatment, copayments, social assistance, drug price control