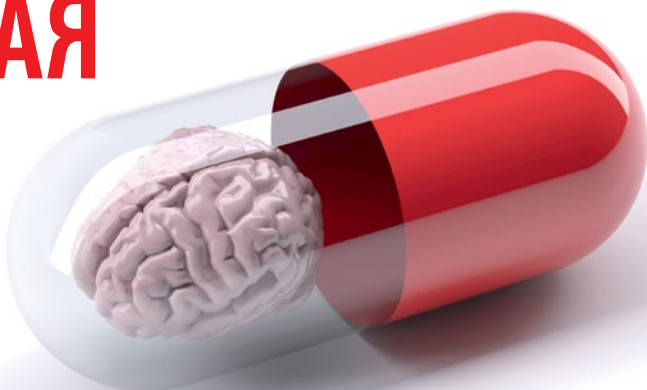


СТРАХОВАЯ ПИЛЮЛЯ



Сегодня система ОМС не охватывает такую важную составляющую успешного лечения, как амбулаторное лекарственное обеспечение. Между тем, есть опыт других стран, где такие задачи уже решаются. Специалист по работе со страховыми программами международной фармацевтической компании «Такеда» Дарья Афанасьева этот опыт изучила и поделилась своими соображениями с читателями нашего журнала.

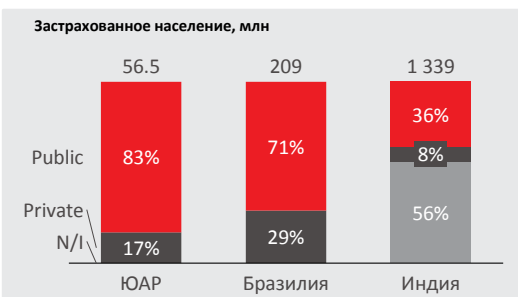
Современные страховые технологии: Лекарственное обеспечение через страховые программы — насколько это актуальная тема для России?

Дарья Афанасьева: Лекарственная терапия напрямую влияет на результат лечения и всех манипуляций, которые проводит лечащий врач.

Если мы говорим о том, что здравоохранение — приоритетная область, в которую вкладываются большие государственные ресурсы, то мы не можем не говорить об эффективности лечения. Мы должны

разумно использовать те средства, которые направляются на лекарственное обеспечение.

Сейчас в стационарах пациентов обеспечивают лекарствами бесплатно, так как их приобретение финансируется через программу обязательного медицинского страхования. Однако большая группа заболеваний, в том числе заболевания сердечно-сосудистой системы, неврологические патологии, лечатся преимущественно не в стационаре, а амбулаторно, где пациенты находятся на диспансерном наблюдении.



При этом, они не попадают в категорию пациентов, которые получают льготы на амбулаторное лекарственное обеспечение. По данным Министерства здравоохранения, системой льготного лекарственного обеспечения охвачено около 12,3 % населения России. В то же время, именно эти пациенты нуждаются в терапии лекарственными препаратами, порой в пожизненной терапии, но и через канал ОМС они не получают лекарственную помощь. Таким образом, остается вариант покупки назначенных врачом лекарственных препаратов за счет собственных средств.

ССТ: Лекарственные средства могут быть весьма дорогостоящими, и пациентам они могут быть недоступны. Или доступны только менее эффективные аналоги, и тогда пациенты просто не вылечиваются. Это так?

Д. А.: Эффективность назначенного врачом лечения напрямую зависит от приверженности пациента исполнению назначений. Если лекарство не принимается или принимается не по предписанной схеме, то у пациента могут развиваться хронические осложнения, усиливаться само заболевание, ухудшаться общее состояние.

ССТ: Вы проводили исследование состояния лекарственного обеспечения в таких странах, как Бразилия, Индия и ЮАР. Почему выбрали именно эти страны для анализа?

Д. А.: Прежде всего потому, что как и Россия они входят в группу стран БРИКС, то есть относятся к развивающимся рынкам.

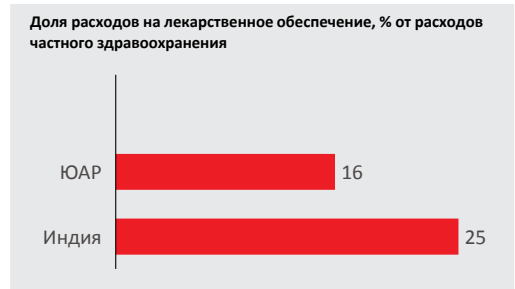
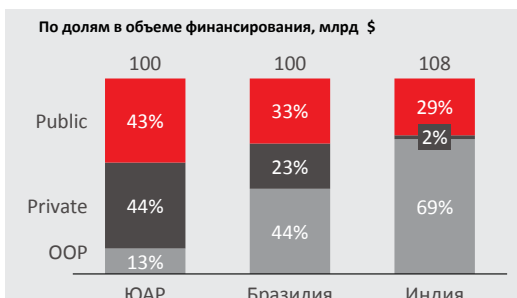


Дарья Афанасьева

Специалист по работе со страховыми программами международной фармацевтической компании «Такеда»

Также они сейчас переживают изменения с точки зрения финансирования здравоохранения.

При этом, все выбранные мной страны очень разные. В Бразилии, например, исторически очень развито частное страхование. Большой процент граждан застрахован в частных кооперативных страховых планах. Лекарственное обеспечение также входит в эти планы в определенном объеме. Последние 30 лет в Бразилии развивают общедоступную систему медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, которая является бесплатной и финансируется через систему общего налогообложе-



ния и социальные взносы на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Эта система имеет общие черты с системой ОМС — в нашем законодательстве закреплено право на бесплатную медицинскую помощь, а организация медицинской помощи состоит из трех уровней. Мне было очень интересно понять, как системы государственного и частного лекарственного обеспечения в этих странах взаимодействуют и как дополняют друг друга.

ССТ: В Индии больше половины населения не застраховано?

Д. А.: Да, 56 % населения Индии, по данным Управления по регулированию и развитию страхования Индии, не застрахованы ни по одной программе. И у нас нет информации, как эта часть населения получает медицинскую помощь. Что касается ЮАР, эта страна очень сильно отличается от России в подходах и к здравоохранению, и к его финансированию. Там сильно развит частный сектор: из всех расходов на здравоохранение 51 % составляют частные расходы. Сейчас в ЮАР фармацевтические ком-

пании работают над тем, чтобы повысить доступность для пациентов инновационной терапии. При этом, частные страховые компании им в этом очень сильно помогают. Страховщики, как профессионалы отрасли, проводят оценку технологий здравоохранения и инновационной терапии и, исходя из этой оценки, составляют перечень услуг и лекарственных препаратов, доступных в частном страховом полисе.

ССТ: Как Вы считаете, что из этого опыта можно рекомендовать для нашей страны?

Д. А.: Сложно сделать какие-то однозначные выводы, ведь страны сильно отличаются друг от друга. Но что действительно может быть актуально, так это то, что в действующей системе ОМС были бы логичны практики управления расходами и практики оценки технологий здравоохранения, которые существуют в частном секторе, имплементировать в помощь по ОМС. Ведь наши страховые медицинские организации часто работают и в ОМС, и в ДМС. А при таком подходе у страховой компании было

СТРАНА	БРАЗИЛИЯ	ЮЖНАЯ АФРИКА	ИНДИЯ
ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ	Взносы сотрудников и работодателей Индивидуальные взносы Коллективные взносы	Взносы сотрудников и работодателей Индивидуальные взносы Коллективные взносы	3 Индивидуальные взносы Коллективные взносы Субсидии из бюджета
УРОВЕНЬ РЕГУЛИРОВАНИЯ	1 Высокий уровень регулирования – Государственное агентство по регулированию страховых планов: <ul style="list-style-type: none"> Критерии регистрации страховых планов Минимальный объем покрытия 	Высокий уровень регулирования – Закон об Медицинских Схемах	<ul style="list-style-type: none"> Страхование от конкретных заболеваний / критических состояний с возмещением в рамках установленного лимита Коллективные взносы – на уровне провинции или фермерского кооператива
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕД. ПОМОЩИ	<ul style="list-style-type: none"> Обязательное раскрытие информации по жалобам от застрахованных и повторных госпитализациях Рейтинг администраторов и медицинских учреждений для застрахованных Возможность приостановления продажи страхового плана 	2 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Частные мед. организации ✓ Частные кабинеты У крупных администраторов страховых планов есть список одобренных поставщиков медицинских услуг Маршрутизация пациентов в соответствии с диагнозом в профильное учреждение проводится с учетом стандартов лечения В случае использования другого поставщика, пациент обязан совершить соплатеж в размере 20 % 	<ul style="list-style-type: none"> Субсидии из бюджета предоставляются на страховые взносы за бедное население

Бразилия	ЮАР
 <p>Лекарственная терапия в стационаре и амбулаторно (для отдельных категорий)</p>	<p>Лекарственная терапия в стационаре и амбулаторно</p>
 <ul style="list-style-type: none"> • Возмещение расхода • Прямые расчеты с ЛПУ • Соплатеж • Прямые платежи населения 	<ul style="list-style-type: none"> • Возмещение расхода • Прямые расчеты с ЛПУ • Лимит в месяц на не одобренные ТН • Соплатеж от 20 % • Оплата из медицинского сберегательного счета/ООП
 <p>Установлен минимальный перечень медицинских услуг диагностики и лечения в зависимости от заболевания</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 25 хронических состояний • 270 диагнозов (включая Онкологию) • Острые состояния
 <ul style="list-style-type: none"> • Пересмотр минимального перечня – раз в 2 года на основе НТА процедуры • Возможен пересмотр перечня возмещаемых ЛП каждой компанией 	<ul style="list-style-type: none"> • Пересмотр минимального пакета по процедуре оценки лекарственного препарата • Перечень каждой компании пересматривается с учетом эффективности затрат

бы больше полномочий для управления и контроля качества оказываемой медицинской помощи. Нужно идти в этом направлении дальше и не только смотреть, как оказывается медицинская помощь застрахованным сейчас, но и оценивать возможность новых технологий в сравнении с текущей практикой лечения пациента.

Страховщики могут не только помогать записаться к нужному врачу, но и контролировать прием необходимых лекарственных средств, соблюдение клинических рекомендаций, назначенных планов лечения федеральных медицинских центров уже на уровне региона. Также крайне важна роль страховых компаний в организации так называемой маршрутизации пациента в профильное учреждение, ведь это залог того, что пациенту будут вовремя проведены диагностические мероприятия и назначена терапия, отвечающая наилучшим стандартам.

Должен развиваться институт оценки медицинских технологий. Сейчас у нас на федеральном уровне формируются ограничительные перечни жизненно

необходимых и важнейших лекарственных препаратов на основе комплексных оценок каждого препарата. Было бы интересно посмотреть, что могут со своей стороны предложить страховые медицинские организации. Предположу, что в будущем страховые компании смогут принимать участие в данном процессе, особенно при расширении их роли в ОМС.

Наконец, сейчас существуют программы ОМС с определенным набором услуг, но лекарственное обеспечение в амбулаторном сегменте туда не входит. Было бы правильно развивать добровольное страхование лекарственного обеспечения на базе программ медицинского страхования, например, используя опыт Бразилии и ЮАР. Не обязательно, чтобы все расходы ложились на ОМС или ДМС — можно разрабатывать схемы софинансирования или соплатежей благодаря участию пациентов. В случае, когда у пациента есть базовые гарантии по ОМС, он может дополнительно приобрести необходимую программу ДМС и программу амбулаторного лекарственного обеспечения.