

История медицины

© ИГНАТЬЕВ В. Г., 2023
УДК 614.2

Игнатиев В. Г.

ИСКУШЕНИЕ РОССИЙСКОЙ ФАРМЫ. СООБЩЕНИЕ 1: ЗАМЫСЕЛ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

В серии статей рассмотрена история реализации правительственной программы дополнительного лекарственного обеспечения с точки зрения условий развития фармацевтического рынка в России. Исследование проведено на основе интервью, взятых в течение 2020—2022 гг. у участников фармацевтического рынка и государственных администраторов, а также журнальных публикаций в специализированных изданиях. На основе этих источников проанализирован первый опыт тесного взаимодействия фармацевтического бизнеса с правительством в деле осуществления социальной политики. В первом сообщении автор раскрывает замысел создания данной программы, показывает ее привлекательность в коммерческом и социальном отношении.

Ключевые слова: история фармации; фармацевтический рынок; постсоветская Россия.

Для цитирования: Игнатиев В. Г. Искусение российской фармы. Сообщение 1: замысел программы дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(3):465—472. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-3-465-472>

Для корреспонденции: Игнатиев В. Г., канд. мед. наук, науч. сотр. отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: ig_vas@mail.ru

Ignatiev V. G.

THE TEMPTATION OF RUSSIAN PHARMA. REPORT I: THE DESIGN OF PROGRAM OF ADDITIONAL MEDICINAL SUPPORT OF PARTICULAR CATEGORIES OF CITIZEN

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The series of articles is devoted to examination of history of implementing the Government program of supplementary medicinal support from the point of view of conditions of development of pharmaceutical market in Russia. The research is based both on the interviews with pharmaceutical market participants and government administrators organized in 2020–2022, and research publications in specialized editions. The first experience of close interaction between the pharmaceutical business and the Government in implementing social policy is analyzed. The first report reveals concept of developing given program, demonstrates its commercial and social attractiveness.

Keywords: history of pharmacy; pharmaceutical market; the Post-Soviet Russia.

For citation: Ignatiev V. G. The temptation of Russian Pharma. Report I: The design of program of additional medicinal support of particular categories of citizen. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(3):465–472 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-3-465-472>

For correspondence: Ignatiev V. G., candidate of medical sciences, the Researcher of the Department of history of medicine of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: ig_vas@mail.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 17.11.2022
Accepted 28.02.2023

О программе «Дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан», вернее, о времени реализации этой правительственной инициативы, рассказывают в интервью почти все представители фармацевтического рынка. Это удивительный исторический феномен. Он явно стал реперной точкой в жизни российского фармацевтического рынка и его участников. При этом политическая и экономическая сторона этой истории совсем не героическая. Она предстает как нескончаемая цепь проблем, сбоев и непоследовательных действий чиновников, порожденных изменчивым курсом президентской власти и ведомственными про-

тиворечиями. Кажется, что, с точки зрения государственного регулирования, это не самое успешное мероприятие власти. К тому же его масштаб был ограниченным. Дополнительное лекарственное обеспечение (ДЛО) касалось не всего населения России, а только тех, кто вошел в списки льготных категорий граждан, т. е. мог претендовать на бесплатное получение лекарств при амбулаторном лечении.

Однако для истории опыта российской фармы ДЛО имеет большое значение. В середине 2000-х годов в фармбизнесе работало много медиков, в том числе топ-менеджерами. Очевидно, в инициативе правительства они увидели больше смысла и почув-

ствовали больше социальной ответственности, чем экономисты и политики. Все 1990-е годы ушедшие в фармбизнес российские врачи работали с западными компаниями, обучались у них, ездили в Европу и Америку, сравнивали реалии и убеждались, что механически перенести опыт других стран в Россию не удастся. Рассказывая об этом, генеральный директор ГК «Алиум», врач-гинеколог по специальности, Андрей Белашев признавался: «Это не работает. Тебе западные коллеги говорят: „Во всем цивилизованном мире существует страховая медицина. Работающий здоровый человек платит за больного не работающего“. Соответственно, все лекарства выписываются по рецепту, и пациент получает их бесплатно. Говорю: „Отлично, просто супер!“ Тогда они мне рекомендуют: „Идите, договоритесь со страховой компанией, введите ваш препарат в ассортиментный перечень reinburthment list. И все. Дальше посещайте врачей, и пусть врачи рекомендуют ваши препараты“. Я только руками развожу: „Где я вам возьму страховую компанию, где у нас reinburthment list? Ведь 70% российского рынка оплачено из кармана потребителя. Человек сам, работает или не работает, за свои живые деньги оплачивает свое лечение. Ведь ДЛО это все появилось гораздо позже“¹.

Казалось бы, искутить российскую фарму трудно. На протяжении своей краткой, но чрезвычайно интенсивной жизни она не раз проходила круги «вечного возвращения». И каждый раз это не было одно и то же. На новом круге появлялось что-то новое, что обогащало коллективный опыт, который не был желанным, поскольку часто был травматическим, но он обретался. И обладатели примерно одинакового опыта опознают друг друга. Собственно, именно это делает их людьми «российской фармы», а не территориальная или гражданская принадлежность. Исторический опыт формирует имплицитную, или скрытую, память, которая интерпретирует новую информацию на основе прошлого опыта. И эта способность позволяет успешнее решать трудные задачи. Имплицитное научение дает знание в форме абстрактных представлений. Часто оно не от-refлексировано и не облечено в понятия, но может быть объяснено на конкретных примерах. Именно такие описания ДЛО давали участники интервью.

Конечно, история российской фармы — это история бизнеса, рынка, денег, конкуренции. Но медицинская специфика ее состава и сферы деятельности создала готовность фармы к искушению социальным. «Идея была очень привлекательная, — признался генеральный директор „Протека“, врач-неонатолог Виталий Смердов. — Фактически мы рассматривали этот проект не как перезапуск системы госзакупок... Суть этого проекта в том, чтобы модернизировать лекарственное обеспечение страны и запустить модель страхового лекарственного обеспечения. Я как врач видел перспективу проекта — можно было сделать законченный случай в ам-

булаторном лечении. Имеется в виду следующее: чтобы больной завершал свой приход к врачу не получением рецепта или каких-то рекомендаций, а решив свою проблему. Это снизило бы нагрузку на здравоохранение в целом и позволило заняться профилактическими вопросами» [1, с. 372—373]. То есть представителей фармы интересовало здоровье соотечественников и возможности отечественного здравоохранения тоже.

Изучая газеты, журналы и интернет-ресурсы тех лет, мы обнаружили, что программе ДЛО посвящены сотни газетных и журнальных статей, интервью и даже научные диссертации. Как правило, эти тексты зафиксировали попытки людей разных профессий и социальных групп осмыслить значение ДЛО для устройства фармы и для будущего российских пациентов. Задуманный цикл статей призван реконструировать из осколков этих зеркал событийную историю ДЛО и, главным образом, осмыслить суть опыта, обретенного российской фармой от первой масштабной кооперации с государством. На вопрос журналиста Дмитрия Кряжева генеральный директор «Протека» признался, что предложение государства фармбизнесу решать совместно социальные проблемы России было искушением: «Мы считали себя некими пионерами, участвующими в решении больших государственных задач, в реформировании всей системы фармообеспечения страны. Изучали зарубежный опыт... ездили в командировки, обсуждали, как система гособеспечения и страхование работают в других государствах» [1, с. 373]. Искушение альянса врачей с правителями, бизнеса с государством было столь большим, что специалисты фармкомпаний, вовлеченных в ДЛО, работали, по их признанию, по «24 часа в сутки» [1, с. 373].

Монетизация льгот

Программа ДЛО была частью большой социальной и экономической реформы. Она началась в августе 2004 г. с федерального закона², название которого никто не мог воспроизвести, а потому его называли кратко — «закон о монетизации льгот». Документ внес изменения сразу в шесть кодексов (трудовой, семейный, водный, лесной, воздушный, уголовно-исполнительный) и в 149 законодательных актов (федеральные законы о МРОТ, о прожиточном минимуме, о социальной защите инвалидов и др.). Его суть состояла в замене натуральных льгот денежными выплатами, которые предстояло ежегодно индексировать.

Список натуральных льгот для разных групп населения был к тому времени весьма обширным. Он

¹ Интервью с А. Л. Белашовым от 1 декабря 2020 г.

² Федеральный закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

История медицины

начал формироваться еще в советские времена. И чем слабее становилась постсоветская эконома, чем сильнее падал уровень жизни россиян, тем больше товаров и услуг рассматривалось как награда и привилегия. Расширяя список льгот и льготников, федеральные и региональные власти играли в популизм и одновременно оказывали протекционизм конкретным производителям. Этот социалистический анахронизм явно противоречил ведущемуся тогда строительству рыночной экономики. Бывший министр, а затем историк перестроечной экономики Е. Г. Ясин вспоминал: «Еще в начале 1990-х было понятно: все льготные цены должны быть доведены до рыночного уровня, а натуральные льготы ликвидированы. В рыночной экономике по-другому не бывает. Просто тогда на повестке дня стояли вопросы поважнее, — объяснял он, — и денег не было» [2].

Соединение в постсоветской России элементов из принципиально разных экономических систем порождало много противоречий. Например, их наличие делало непрозрачными финансовые потоки, проходившие через транспортные, жилищно-коммунальные, санаторно-курортные, медицинские и другие организации. Замутнения и отсутствие контроля открывали возможности для коррупции и хищений. Так, дефицит точных данных о реально оказанных льготникам услугах позволял, например, транспортным компаниям получать сверхдоходы из государственного бюджета.

В первой половине 2000-х годов российская экономика укрепилась за счет роста мировых цен на энергоресурсы. Получив хорошие валютные поступления, правительство вознамерилось заменить натуральные льготы миллионов россиян денежными компенсациями. Это укорачивало путь жизненно важных товаров и услуг к потребителю и делало его более прозрачным. Активным сторонником монетизации был министр финансов А. Л. Кудрин. Он полагал, что это приведет к оздоровлению бюджетной системы и вольет живые деньги в инфраструктуру транспорта, ЖКХ, фармацевтики. Кроме экономической рационализации, был в реформе элемент социальной справедливости. Распределение натуральных льгот сопровождалось неравными возможностями доступа к ним у социально незащищенных слоев населения. Например, сельские жители не могли воспользоваться правом бесплатного проезда пенсионеров на общественном транспорте.

В проекте этой реформы льготники были разделены на федеральных и региональных: 14 млн федеральных льготников (инвалиды, военнослужащие, ветераны Великой Отечественной войны, «чернобыльцы» и др.) должны были получать денежную компенсацию за льготы из федерального бюджета, а около 30 млн региональных льготников (пенсионеры, ветераны труда и др.) должны были оплачиваться из локальных бюджетов. По замыслу реформаторов, герои Великой Отечественной войны в качестве компенсации натуральных льгот должны были получать ежемесячно 3,5 тыс. руб., инвалиды вой-

ны — по 2 тыс., ветераны войны — по 1,5 тыс., блокадники — по 1,1 тыс., ликвидаторы чернобыльской аварии — по 1,7 тыс., инвалиды (в зависимости от группы) — от 800 до 1,4 тыс. руб., доноры — 500 руб. Получить эти средства можно было через Пенсионный фонд, который выдавал их вместе с пенсией. В 2005 г. на эту процедуру было запланировано потратить 171,8 млрд руб. из федерального бюджета. Общие затраты исчислялись в $\frac{1}{4}$ трлн руб.

Спустя годы финансовые эксперты и политики считали реформу необходимой. «Без монетизации льгот... в принципе невозможно было дальнейшее нормальное функционирование и бюджетной, и социальной системы, — вспоминал министр промышленности и энергетики В. Б. Христенко. — Более того, мы с этой реформой задержались на несколько лет. Среди других республик бывшего Советского Союза мы остались последними из могикан, кто не навел порядок в этой сфере» [2].

Но практическая реализация этих преобразований была подготовлена плохо. «Ошибки были допущены с точки зрения денежного эквивалента, который нужно было вложить в расчет каждой льготы, — признался десятилетие спустя председатель комитета Совета Федерации по социальной политике В. В. Рязанский. — И здесь не в полном масштабе удалось заместить реальным финансированием все имевшиеся льготы. Это в первую очередь коснулось городских жителей. Пострадали «чернобыльцы», инвалиды, имевшие право на технические средства реабилитации» [2]. К тому же монетизация льгот спровоцировала рост стоимости проезда в городском транспорте. Тарифы на услуги монополий подскочили на 23%. Кроме того, льготы были отменены раньше, чем начали поступать выплаты. Не получив прежних товаров и услуг, а также обещанных за них денежных компенсаций, столкнувшись с ростом цен, россияне заподозрили очередной подвох и вышли на улицы. В январе 2005 г. начались массовые протесты пенсионеров и других льготников. «И это одна из неудач второго президентского срока Путина, — констатировал Ясин. — Причем такая, которая вошла в память поколения» [2].

Вспыхнувший социальный «пожар» чиновники залили деньгами, благо их тогда было достаточно. Президент приказал правительству индексировать пенсии раньше времени: не с 1 апреля, как было намечено ранее, а с 1 марта, и повысить их минимум на 200 руб. Одновременно он поручил увеличить содержание военнослужащих. Масс-медиа широко оповещали россиян об этих щедротах. Следом начался пересмотр законодательства и выросли денежные компенсации за отмененные льготы. «В конце концов [власти за все это] и заплатили. Только когда уже дело было безнадежно испорчено, — вспоминал Ясин [2]. По итогам 2005 г. расходы федерального бюджета на монетизацию составили 540 млрд руб., т. е. в два с лишним раза больше, чем предполагалось вначале.

Президент признал, что реформа пошла не так, как предполагалось, и страна понесла не только фи-

нансовые, но и социально-политические издержки. После чего премьер-министр М. Е. Фрадков повинулся в излишней спешке. Опасаясь роста социального напряжения, правительство отложило намеченную на 2006 г. монетизацию льгот ЖКХ, а часть регионов и вовсе отказалась от реформы. В 2005 г. полностью монетизировали льготы только четыре региона: Вологодская, Тверская, Пензенская области и Республика Татарстан. Остальные субъекты Федерации обеспечивали либо смешанную форму социальной поддержки населения, либо прежнюю систему натуральных льгот (г. Москва, Красноярский край, Республики Северная Осетия-Алания, Хакасия, Дагестан, Ханты-Мансийский автономный округ, Калининградская и Новгородская области).

Монетизация лекарственных льгот

Бесплатное или льготное предоставление лекарств хронически больным выгодно любому государству. Мировой и российский опыт свидетельствует, что это позволяет экономить на госпитальном лечении и сокращает смертность населения.

Программа ДЛО хотя и являлась неотъемлемым элементом реформы по монетизации льгот, но занимала в ней особое место. Ее отличие заключалось в том, что в 2005 г. возмещение за льготное лекарственное обеспечение граждане не смогли получить живыми деньгами. Такое право у них появилось только с 2006 г. Вернее, с этого года льготники могли получить деньги за целый «социальный пакет», состоявший из бесплатных лекарств (из специально составленного и утвержденного Минздравсоцразвития списка лекарственных средств), санаторно-курортного лечения, включая льготный проезд до места лечения и бесплатный проезд в пригородном железнодорожном транспорте. Эти три льготы в 2005 г. оценивались в сумму 350 руб. в месяц на одного льготника. Они не выдавались льготникам, но вычитались из их ежемесячных выплат к пенсиям.

Основной целью программы ДЛО провозглашалось введение централизованного снабжения всех льготников лекарственными средствами. До 2005 г. такая обязанность лежала на региональных властях. Они выделяли средства и проводили тендеры на закупку медикаментов. Денег всегда не хватало, и качество лекарственного обеспечения всецело зависело от масштабов регионального бюджета. Богатые регионы хорошо справлялись с этой задачей, бедные — плохо или очень плохо. По свидетельству Н. В. Юргеля, занимавшего в 2004—2006 гг. пост заместителя директора Департамента фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки и образования Минздравсоцразвития России, в ряде регионов потребность в льготных лекарствах в 2003—2004 гг. удовлетворялась лишь на 5—30%. Имели место колоссальные расхождения в перечнях льготных медикаментов, которые варьировали от 30 торговых наименований до 600 и более. Различались и объемы ежемесячных затрат на одного льготного пациента — от 6 руб. в Оренбургской области до 64 руб. в Самарской области. В боль-

шинстве регионов сельские жители обеспечивались в два с лишним раза хуже, чем городские [3]. И отдельную проблему составляла коррупция, порождавшаяся возможностями региональных чиновников решать, у какой фирмы им размещать госзаказ. Редкий регион миновали скандалы, связанные с закупкой некачественных или ненужных льготникам лекарств, часто еще и по завышенным ценам.

Программа ДЛО предусматривала монополизацию закупки лекарств федеральным центром. Новая схема финансирования должна была состоять в следующем. Деньги на оплату лекарств льготным категориям граждан отныне выделялись из федерального бюджета. На 2005 г. эта сумма была определена в 50,8 млрд руб. Как объяснил в интервью журналу «Коммерсантъ Власть» в марте 2005 г. Р. У. Хабриев, возглавлявший в 2004—2007 гг. Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор), бюджет программы создавался на основе данных о розничной продаже лекарств и сведений о льготном лекарственном обеспечении в 18 регионах России с учетом ожидавшегося роста спроса на медикаменты.

Из федерального бюджета средства ежемесячно должны были направляться в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ОМС), где часть из них резервировалась для обеспечения дополнительных запросов регионов, а остальное поступало в территориальные фонды ОМС. Последние заключали договоры с уполномоченными страховыми компаниями, которые должны были вести счета и учет рецептов, проверять обоснованность их выписки и получать за это 3%. Затем деньги должны были направляться дистрибьюторским компаниям, специально отобранным государством. Дистрибьюторы должны были поделить эти средства между работавшими с ними производителями лекарств, региональными оптовыми распространителями и включенными в программу аптеками и пунктами отпуска лекарственных средств при лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

Первоначально предполагалось объявить конкурс и на нем отобрать 25—30 дистрибьюторских компаний — по две-три на каждый из семи федеральных округов. «Одна компания в каждом округе будет головной, то есть будет сводить воедино всю информацию о закупках и отвечать перед государственными органами за процесс», — говорил на специальной пресс-конференции, состоявшейся 1 сентября 2004 г., заместитель министра здравоохранения и социального развития В. И. Стародубов.

Однако впоследствии от этой идеи в ведомстве отказались, разработав проект квалификационного соглашения с партнером госпрограммы. Участником программы ДЛО мог стать только дистрибьютор, имеющий складские помещения на территории округа, а объем его продаж в данном регионе должен был превышать 10 млн долларов в год. Также компания должна была представить рекомендации представителя президента и губернаторов данного

История медицины

округа. Эти условия могли выполнить только крупнейшие поставщики лекарств.

В итоге запуск программы ДЛО был предоставлен 5 дистрибьюторам: ЦВ «Протек» получил право на реализацию программы в Центральном и Северо-Западном округах, «СИА Интернешнл» — в Южном и Уральском, «Роста» — в Дальневосточном и Сибирском, «Биотэк» — в Приволжском, а «Фармимэкс» — в Чеченской Республике и Республике Ингушетии. Количество производителей, поставляющих лекарства по ДЛО, ограничено не было, и участие в программе приняли более 300 российских и иностранных компаний.

Цены на лекарства в программе были строго фиксированными. Конечная цена складывалась из двух составляющих: предельных цен на льготные лекарства, утвержденных ноябрьским приказом Минздравсоцразвития, и размерами предельных торговых надбавок, введённых приказом Росздравнадзора. Например, в Москве размер надбавки был установлен в 20% цены лекарства, в Санкт-Петербурге — в 27%, в Ненецком автономном округе — в 70%, а в Чукотском автономном округе — в 103%. В среднем по стране надбавка составила 32—37%.

Таким виделось движение денежных средств. Параллельно должен был возникнуть встречный поток особых рецептов, которые врачам полагалось выписывать на специальных бланках. Рецепты должны были оформляться на все без исключения препараты льготного отпуска — как рецептурные, так и безрецептурные. Но выписывать врачи могли только те лекарственные средства, которые были предварительно внесены в утверждавшийся Минздравсоцразвития «Перечень лекарственных средств для дополнительного лекарственного обеспечения». Для координации этой работы предполагалось оснастить ЛПУ и розничную сеть компьютерным оборудованием со специальным программным обеспечением.

Авторство

Все наши попытки установить, кто именно был автором этой схемы, к успеху не привели. Основатель и глава фармацевтической группы компаний «Биотэк» Б. И. Шпигель уверял, что он и министр М. Ю. Зурабов были инициаторами программы ДЛО. «Путин однажды сказал, — вспоминал он, — что Зурабов либо гений, либо мошенник. Я помню, мы обсуждали монетизацию льгот. Минфин определил стоимость рецепта в 360 руб. [350 рублей. — Авт.]. Что за 360 руб. купит хронический больной? Ничего. Подумали, решили: давайте введем принцип, при котором здоровый будет платить за больного. Начали считать, составлять списки, отбирать дистрибьюторов, которые смогли бы организовать всю эту работу. А нужно было сделать мощное программное обеспечение, обучить людей, продумать окна отпуска» [1, с. 264].

Глава российского представительства венгерской фармацевтической компании Egis Ласло Почайи

утверждал, что ДЛО «придумал... Рамил Усманович Хабриев и его люди» [1, с. 273]. В беседе с нами Р. У. Хабриев не подтвердил эту информацию, отметив, что, безусловно, как глава Росздравнадзора принимал самое активное участие в проработке отдельных вопросов практической реализации программы. Но от лавров ее творца он категорически отказался.

В. Н. Перминова считала, что ДЛО придумал владеlec «СИА Интернешнл» И. Ф. Рудинский. «Как бизнесмен, Рудинский сделал блестящий ход, — объясняла она читателям „Forbes“, — создал новый рынок там, где его не было, а была только сплошная нерешенная проблема. И, разумеется, занял достойную долю на этом рынке» [4]. Принципиальную возможность такого развития событий косвенно подтверждал и известный аналитик фармрынка Давид Мелик-Гусейнов: «Рудинский придумывал правила игры для отрасли и консультировал министров» [4]. Однако никто из наших собеседников не подтвердил этой версии. Более того, они высказали обоснованные сомнения в ее состоятельности, отметив чрезвычайно непростые личные отношения между И. Ф. Рудинским и М. Ю. Зурабовым, который прямо возражал против включения «СИА» в число партнеров программы.

Дебютные сложности

Для осуществления столь масштабных нововведений требовалась большая подготовительная работа по материально-техническому обеспечению и наладке взаимодействий. А для этого нужно было время, которого исполнителям программы попросту не предоставили. Шпигель так описывал запуск ДЛО: «Это политическая воля была — либо сейчас, либо никогда» [1, с. 252]. «Да, потому что деньги появились, и вопрос ставился именно так: или сейчас, или никогда, — подтверждала свидетельство Шпигеля его сотрудница, а с 2005 г. заместитель руководителя Росздравнадзора Е. А. Тельнова [1, с. 253].

Об уровне цейтнота свидетельствуют даты принятия основополагающих документов. Постановление Правительства РФ № 679 «О мерах по обеспечению лекарственными средствами отдельных категорий граждан...» было принято 12 декабря, приказ Росздравнадзора № 660-ПР/04 «Об установлении торговых надбавок к зарегистрированным ценам...» — 22 декабря и, наконец, главное — приказ Минздравсоцразвития № 321, утверждавший последнюю редакцию «Перечня лекарственных средств для дополнительного лекарственного обеспечения», — только 24 декабря. За неделю до Нового года и старта ДЛО.

Неудивительно, что первые месяцы реализации программы прошли в условиях острого организационного кризиса. Парламентские слушания, проходившие в то время в различных форматах едва ли не каждую неделю, а также аудит Счетной палаты, проведенный в начале марта, зафиксировали по меньшей мере шесть основных проблем.

Первая. Поликлиники и аптеки столкнулись с острой нехваткой компьютеров и программного обеспечения для учета ДЛО. И хотя в течение декабря-января поставкой компьютерного оборудования занимались и дистрибьюторы, и страховые компании, и региональные органы управления здравоохранением, к концу февраля около 44% ЛПУ (более 7 тыс. учреждений) компьютерным обеспечением не располагали.

Вторая. Новая форма рецептурного бланка оказалась сложной для врачей и крайне трудоемкой в заполнении. С одной стороны, стало стремительно нарастать число неправильно выписанных и забракованных рецептов, а с другой — из-за увеличившегося документооборота значительно сократилась пропускная способность амбулаторного звена. В поликлиниках возникли огромные очереди, причем не только льготников, но и обычных пациентов.

В этих условиях не обошлось и без злоупотреблений. По данным Межрегионального союза медицинских страховщиков, за первый месяц работы по программе $\frac{1}{5}$ часть рецептов была выписана людям, не имевшим никакого отношения к льготникам. Получил распространение и бесплатный отпуск медикаментов, не включенных в перечень льготных лекарств. Например, в Свердловской области в январе льготники получили «неположенных лекарств» на сумму в 24 млн руб. [5].

Третья. Незнание точной количественной потребности в конкретных лекарствах на уровне регионов и появление окончательной редакции перечня лекарственных средств для ДЛО только в конце декабря привели к серьезным нарушениям графиков поставок лекарственных препаратов по ассортименту и количеству, что вызвало задержки отпуска лекарств по льготным рецептам. По данным Счетной палаты, в отдельных субъектах заявки удавалось удовлетворить лишь на 30—40%. «При этом по отдаленным районам поставки льготных лекарственных средств были значительно меньше и составляли 18—20% месячной потребности», — констатировал аудитор Валерий Горегляд в интервью газете «Коммерсантъ» [6].

Четвертая. Число аптек, которым было предоставлено право отпуска льготных лекарств, оказалось явно недостаточным: 9336 аптечных предприятий оказались не в состоянии справиться с потоком льготников. В аптеках возникли огромные очереди.

Пятая. Выявились недостатки подготовленного Минздравсоцразвития перечня лекарственных средств для ДЛО. Например, в нем не оказалось препаратов для лечения эпилепсии и таких важнейших изделий, как тест-полоски, шприц-ручки, перевязочные материалы. В то же время Счетная палата, проанализировав утвержденный Минздравсоцразвития перечень, установила, что значительная часть содержащихся в нем препаратов была не востребована на практике из-за их низкой эффективности.

Шестая и главная: цены на лекарства в свободной продаже часто оказывались ниже, чем цены на

аналогичные препараты, отпускаемые по программе ДЛО.

Госдума поручила Федеральной антимонопольной службе, Федеральной службе по тарифам и Росздравнадзору обеспечить контроль за уровнем цен и провести проверку ценообразования на лекарственные средства, отпускаемые гражданам бесплатно или на льготных условиях. Законодатели напрямую обвинили Минздравсоцразвития в недостаточной проработке механизмов реализации закона, что привело к возникновению социальной и политической напряженности в стране [7].

Чиновники Минздравсоцразвития попытались хотя бы отчасти снять напряжение. «В настоящее время ситуация по дополнительному лекарственному обеспечению в большинстве субъектов Российской Федерации удовлетворительная, — оправдывался заместитель директора департамента фармацевтической деятельности обеспечения благополучия человека, науки, образования Н. В. Юргель, — идет рабочая настройка системы». Представители министерства заверяли, что к середине года процесс обеспечения российских льготников лекарствами войдет в колею и все острые проблемы будут сняты [7]. Тем более что уже в начале февраля удалось согласовать в Правительстве выделение дополнительных средств, предназначавшихся ранее фонду ОМС, на оснащение компьютерами ЛПУ. Число аптечных организаций, участвующих в ДЛО, было увеличено на 14% с лишним (до 11 041 единицы).

Что же касается обнаруженных случаев более низких цен на препараты в свободной продаже, то тот же Юргель отмечал, что эти факты носили единичный характер и были связаны либо с давностью поставок, либо с тем, что у таких медикаментов истекали сроки годности и фармацевтические компании применяли к ним значительные скидки [3].

Однако эти объяснения не были приняты. Более высокие цены на лекарства в программе ДЛО оказались крупным козырем в руках политических противников реформы монетизации льгот в целом и М. Ю. Зурабова в частности, и они не преминули его использовать. Больше других негодовал Ю. М. Лужков. Выступая в конце января 2005 г. перед членами ассоциации контрольно-счетных органов РФ, он прямо заявил, что «господин Зурабов навязывает приобретение льготных лекарств через страховые компании», в результате чего «они становятся дороже, чем в аптеках», и обратился к правоохранительным органам с призывом немедленно «разобраться с этим» [8]. Ю. М. Лужкова поддержала и председатель Комитета по охране здоровья Государственной думы РФ Т. В. Яковлева, отметившая, что лицензии на дополнительное лекарственное страхование, выданные Росстрахнадзором 12 страховым компаниям, незаконны, так как не предусмотрены действующим законодательством. При этом не допущенные к «пирогу» страховые компании стали возмущаться необъективным, по их мнению, отбором участников программы. Их поддержала Федеральная антимонопольная служба, заявившая, что для работы в гос-

программе нужно пройти конкурс. Остроты этой ситуации добавлял и тот факт, что одной из 12 избранных компаний была «МАКС-М», генеральным директором которой до прихода на государственную службу был сам М. Ю. Зурабов.

Ситуация стремительно накалялась, и Минздравсоцразвитию пришлось скорректировать замысел программы. Выступая на круглом столе, организованном Комитетом по труду и соцполитике Государственной думы РФ, М. Ю. Зурабов заявил о выведении страховых компаний из программы ДЛО. «Мы не смогли прийти с ними к соглашению по участию в программе — в условиях ажиотажного спроса населения на лекарства они отказываются страховать возникающие риски», — сообщил он парламентариям.

Это решение рушило всю конструкцию. Оно было абсолютно неожиданным для страховщиков. «О каких рисках идет речь во всех этих заявлениях, непонятно», — возмущался исполнительный директор компании РОСНО Владимир Гурдус. «Мы уже понесли затраты на фармстрахование — поставили компьютеры лечебно-профилактическим учреждениям, закупаем программное обеспечение, — заявил газете „Коммерсантъ“ глава „АльфаСтрахования“ Владимир Скворцов. — Так что в случае исключения страховщиков из системы лекарственного обеспечения нам хотелось бы, чтобы эти затраты были компенсированы».

«Мы их не выкидываем из системы, — попытался смягчить удар заместитель министра В. И. Стародубов, — но пока все деньги пойдут через территориальные фонды ОМС напрямую дистрибьюторам лекарственных средств». Предполагалось, что страховые компании присоединятся к программе в 2006 г., когда будет решен вопрос с лицензиями и проведен необходимый тендер [8]. При этом функции страховых компаний по проверке рецептов решили возложить на дистрибьюторов. Но тут уже восстали оптовики. В итоге эти обязанности были делегированы местным органам здравоохранения [8].

А уже 11 февраля был фактически пересмотрен ноябрьский приказ министерства о предельных ценах на препараты для льготных категорий населения. В этот день «под телекамерами» 24 отечественные и зарубежные фармацевтические компании подписали дополнительное соглашение с Росздравнадзором. В нем говорилось, что цены на льготные лекарства не будут превышать таковые в розничной продаже. Иными словами, фармкомпании согласились получать от бюджета возмещение за поставки лекарств по ценам меньшим, чем были зафиксированы в ноябрьском приказе. Подписавший этот документ Р. У. Хабриев пообещал, что скоро к соглашению присоединятся еще 45 фармпроизводителей, а те, кто откажется его подписывать, «...во втором квартале в программе дополнительного лекарственного обеспечения участвовать уже не будут» [9]. «Я прекрасно помню то время, когда шли переговоры с дистрибьюторами, Рамилом Усмановичем [Хабриевым], — вспоминал Ласло Почайи. — Дистри-

бьюторы тогда вели переговоры от лица государства наравне с начальником Росздравнадзора. Руководители „Биотэка“, „СИА“ и так далее. Они сидели в кабинете Рамила Усмановича и каждого из нас вызывали, обсуждали ценообразование. Удивительное было время» [1, с. 273].

Сразу после этого М. Ю. Зурабов отправился в регионы, чтобы на месте оценить масштаб кризиса. Деталей этих поездок известно немного. Но из того, что просочилось в региональную прессу, известно, что министр остался недоволен слабой организацией процессов льготного лекарственного обеспечения, и более всего — отсутствием должного взаимодействия между его участниками: дистрибьюторами, аптеками, ЛПУ и органами управления здравоохранением. Так, в Волгограде его возмутила нестыковка в работе федерального дистрибьютора «СИА Интернейшнл» и регионального «Волгофарма», в результате которой «на складе лекарства есть, но не те, что нужно», а неудовлетворенный спрос по льготным медикаментам превышал 40%. «Сегодня есть абсолютно все шансы получить позитивный эффект от внедрения 122-го закона, — негодовал министр, — и нужно быть абсолютно нерукастыми людьми, чтобы выделенные на монетизацию дополнительные средства не превратить в этот эффект» [10].

М. Ю. Зурабов был не единственным чиновником, отправившимся в регионы заниматься ручным управлением. Е. А. Тельнова вспоминала, что ее работа в Росздравнадзоре начиналась с бесконечных поездок по регионам для ликвидации сбоев и спорных ситуаций. «Когда я стала в Росздравнадзоре заместителем руководителя, у меня и кадров-то не было, — говорила Тельнова. — Часть людей я переманила из „Биотэка“, потом стали какой-то отдел создавать. А сначала были два человека, которые катались по всей России, разговаривали, предлагали местным руководителям систему управления товаром, при которой можно увидеть, сколько какого препарата и в каких аптеках есть, кто этой номенклатурой занимался, как обеспечивал рецепты. Часто при проверке получалось, что лекарства-то в регионе есть, но никто вопросами обеспечения не занимается: препараты лежат и в каком-то месте списываются, а в каком-то — лежат необслуженные рецепты» [1, с. 252].

Огромную работу по созданию всероссийской цепи или инфраструктуры лекарственного обеспечения сделали дистрибьюторы. Генеральный директор ЦВ «Протек» Виталий Смердов вспоминал: «Надо понимать, что ДЛО — это просто другой вид спорта. <...> Отношений с ЛПУ, к примеру, у нас толком никаких до ДЛО не было: ты оптом отгрузил — и все. <...> А с запуском ДЛО мы стали операторами, по сути, розничной услуги, где необходимо было обеспечить рецепт. Надо было создать систему отчетности: за каждое отпущенное лекарство отчитаться правильно оформленным рецептом и только потом получить деньги». Именно тогда, в первом полугодии 2005 г., начала формироваться и

в конечном счете сформировалась модель лекарственного обеспечения, которая продолжает работать по настоящее время. «Вовлечение лечебных учреждений в совместную работу, автоматизация рабочих мест врачей, аптечные пункты в поликлиниках, электронные рецепты, связь врача с аптечными пунктами, выдача лекарственных препаратов,— продолжал Смердов,— все это было создано именно благодаря ДЛО» [1, с. 374]. Нестыковки и противоречия были постепенно устранены, материально-техническая база проекта — расширена и усовершенствована, поставки лекарств — налажены.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кряжев Д. Таблетированная фирма. М.; 2020.
2. Проскурина О. Как пенсионеры зимой 2005 г. остановили реформы. *Ведомости*. 2009; 13 июля. Режим доступа: <https://www.vedomosti.ru/library/articles/2009/07/13/kak-pensionery-zimoj-2005-g-ostanovili-reformy>
3. Юргель Н. Дополнительное лекарственное обеспечение: первые версты на долгом пути. *Ремедиум*. 2005;(4):6—12.
4. Седаков П., Зубова Е. На таблетках: как наследники Игоря Рудинского пытаются вернуть его компанию к жизни. *Форбс*. Режим доступа: <https://www.forbes.ru/kompanii/potrebitelskii-rynok/321215-na-tabletkakh-kak-nasledniki-igorya-rudinskogo-pytayutsya-vernu>
5. Вислогузов В. Препаратная вертушка. *Коммерсантъ Власть*. 2005;(11):36.
6. Вислогузов В. Счетная палата пересчитала ошибки монетизации. *Коммерсантъ*. 2005;(53П от 28 марта);15.
7. Первые шаги нового закона. *Ремедиум*. 2005;(1-2):35.
8. Вислогузов В., Гришина Т. Михаил Зурабов перестраховался. *Коммерсантъ*. 2005;(19 от 04 февраля):1.
9. Вислогузов В. Михаил Зурабов зачистит фармрынок от рыночных цен и контрафактной продукции. *Коммерсантъ*. 2005;(25 от 12 февраля):5.
10. Свириз И. Михаил Зурабов верит в «рукастость» волгоградцев. *Коммерсант Волгоград*. 2005;(28 от 17 февраля):2.

Поступила 17.11.2022
Принята в печать 28.02.2023

REFERENCES

1. Kryazhev D. The Tablet Firm [*Tabletirovannaja firma*]. Moscow; 2020 (in Russian).
2. Proskurina O. How Pensioners Stopped Reforms in Winter 2005. *Vedomosti*. 2009; July 13. Available at: <https://www.vedomosti.ru/library/articles/2009/07/13/kak-pensionery-zimoj-2005-g-ostanovili-reformy> (in Russian).
3. Yurgel N. Supplementary drug coverage: the first versts on the long road. *Remedium*. 2005;(4):6–12 (in Russian).
4. Sedakov P., Zubova E. On pills: how Igor Rudinsky's heirs are trying to bring his company back to life. *Forbes*. Available at: <https://www.forbes.ru/kompanii/potrebitelskii-rynok/321215-na-tabletkakh-kak-nasledniki-igorya-rudinskogo-pytayutsya-vernu> (in Russian).
5. Visloguzov V. The preparatory whirlwind. *Kommersant Vlast*. 2005;(11):36 (in Russian).
6. Visloguzov V. The Accounts Chamber recalculated the errors of monetization. *Kommersant*. 2005;(53P, Mar 28):15 (in Russian).
7. The first steps of the new law. *Remedium*. 2005;(1-2):35 (in Russian).
8. Visloguzov V., Grishina T. Mikhail Zurabov over-insured. *Kommersant*. 2005;(19 from Feb 04):1 (in Russian).
9. Visloguzov V. Mikhail Zurabov will clean up the pharmaceutical market from market prices and counterfeit products. *Kommersant*. 2005;(25 of Feb 12):5 (in Russian).
10. Sviriz I. Mikhail Zurabov believes in the “handiness” of Volgograd residents. *Kommersant Volgograd*. 2005;(28 of Feb 17):2 (in Russian).