

С. Н. Пузин<sup>1</sup>, А. В. Гречко<sup>2</sup>, И. В. Пряников<sup>2</sup>, В. С. Маличенко<sup>2</sup>, С. С. Пузин<sup>3</sup>

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ИНВАЛИДОВ НА ДОСТУП К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1; <sup>2</sup> Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, 107031, Москва, ул. Петровка, 25, e-mail: vlad.malichenko@gmail.com; <sup>3</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8

На сегодняшний день инвалиды остаются одной из наиболее уязвимых категорий населения в любом регионе мира. Одним из основных приоритетов международной повестки в сфере обеспечения социального благополучия данной категории населения является расширение доступа к лекарственным средствам. Право инвалидов на доступ к необходимым безопасным, качественным и эффективным лекарственным средствам напрямую не конкретизировано ни в одном международном документе, посвященном защите прав инвалидов, что безусловно оказывает влияние на доступность лекарств для данной категории населения в различных регионах мира. В статье рассмотрены основные международно-правовые документы в области защиты прав инвалидов на доступ к услугам здравоохранения, проанализирована практика реализации программ лекарственного обеспечения инвалидов в США и РФ, а также сформулированы основные направления совершенствования государственной политики.

**Ключевые слова:** инвалидность, лекарственные средства, права человека, пожилые, программа государственных гарантий

Наступившее столетие проявилось принципиально новой демографической ситуацией, характеризующейся увеличением абсолютной численности населения и доли лиц пожилого возраста в его структуре. К 2050 г. численность пожилых людей на планете превысит 1,5 млрд человек и составит  $\frac{1}{5}$  часть её населения, при этом более 80% пожилого населения будут проживать в развивающихся странах [1]. Старение населения является следствием и значительного прогресса в области разработки новых методов лечения и диагностики. Увеличение возраста сопровождается повышением числа сопутствующих заболеваний. В среднем у одного больного 60–70 лет диагностируют 2–3 самостоятельных заболевания, а после 75 лет — 4–6. Заболевания носят преимущественно хронический характер (70–75% обращений за врачебной помощью). Данная ситуа-

ция приводит к неконтролируемому повышению затрат на медицинскую помощь и, как следствие, на лекарственное обеспечение [8].

Существенное преобладание расходов на лиц пожилого возраста по сравнению с расходами на более молодые группы населения характерно для большинства стран. Так, затраты государственного бюджета на пожилого жителя в США в 8 раз превышают расходы на гражданина трудоспособного возраста и в 25 раз — расходы на ребенка.

Изменение возрастной структуры населения приведет к увеличению распространения неинфекционных заболеваний и, как следствие, увеличению численности инвалидов. По данным ВОЗ, неинфекционные заболевания являются ведущей причиной инвалидизации населения [22]. Отсутствие доступа к основным лекарственным средствам (ЛС) для лечения неинфекционных заболеваний ведет к инвалидизации населения, масштабным потерям производительности труда и сокращению национального дохода. На сегодняшний день, по оценкам ВОЗ, более 1 млрд населения планеты (15%) имеют какую-либо форму инвалидности [12]. Ежегодные общемировые потери вследствие инвалидизации населения находятся в диапазоне 1,7–2,23 трлн долларов США [20].

### Международно-правовые основы защиты прав инвалидов

Основополагающие международно-правовые акты, формирующие Международный билль о правах человека, Всеобщая декларация прав человека, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) и Международный пакт о гражданских и политических правах закрепляют гражданские, политические, экономические, социальные и культурные

права, однако не содержат прямых упоминаний о правах инвалидов [2].

Вместе с тем, за последние десятилетия достигнут существенный прогресс в области закрепления гарантий отдельных уязвимых категорий населения на надлежащий доступ к услугам здравоохранения. Так, в 1994 г. Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам было принято замечание общего порядка № 5 «Лица с какой-либо формой инвалидности». Документ поясняет вопросы охраны прав инвалидов в контексте реализации МПЭКСП, несмотря на отсутствие в пакте положений, связанных с инвалидностью [4]. По мнению Комитета, право на физическое и психическое здоровье (ст. 12) подразумевает право доступа к тем медицинским и социальным услугам, включая ортопедические протезы, которые позволяют лицам с какой-либо формой инвалидности стать самостоятельными, предотвратить дальнейшее обострение болезни и поддержать их социальную интеграцию, равно как и право пользоваться такими услугами.

В декабре 2006 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята Конвенция о защите прав инвалидов, а также Факультативный протокол к ней, ставшие первыми международно-правовыми документами по защите прав инвалидов. Отдельные положения Конвенции (ст. 25) устанавливают право инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности, а также закрепляют ответственность государств по доступу инвалидов к услугам в сфере здравоохранения. Следует отметить, что Конвенция о правах ребенка также закрепляет необходимость обеспечения доступа «неполноценных в умственном или физическом отношении детей» к услугам в области медицинского обслуживания и восстановления здоровья.

Вопросы охраны прав инвалидов актуализированы и на региональном уровне. В 2010 г. Европейским союзом была утверждена «Стратегия по поддержке инвалидов до 2020 г.». Документ определил восемь областей сотрудничества и развития Европейских государств для реализации положений Конвенций по защите прав инвалидов, среди которых отдельно выделен доступ к учреждениям и услугам здравоохранения.

Обеспечение доступа к необходимым ЛС является одним из важных компонентов восстановления утраченных функций, а также повышения качества жизни лиц с инвалидностью. ООН охарактеризовал доступ к ЛС как их постоянное наличие

и ценовая доступность в частных и государственных учреждениях здравоохранения, находящихся в пределах часовой доступности от населенных пунктов. Доступ к ЛС предполагает обеспечение государством наличия на рынке страны необходимых объемов качественных и эффективных лекарств по приемлемой цене для лечения всех заболеваний, распространенных на территории страны, у всех категорий населения [21]. Однако следует отметить, что до настоящего времени право инвалидов на доступ к необходимым безопасным, качественным и эффективным ЛС напрямую не конкретизировано ни в одном международном документе, посвященном защите прав инвалидов. На национальном уровне гарантии прав инвалидов на доступ к ЛС также носят фрагментарный характер.

#### **Обеспечение лекарственными средствами инвалидов в США**

Система здравоохранения США финансируется за счет государственных и частных источников. Государственное финансирование осуществляется на трех уровнях — государственном, штата и административных единиц штатов (округ, город). Государственные затраты составляют 45 % от общих затрат в здравоохранении и реализуются через программы страхования Medicare, Medicaid, программы страхования Управления ветеранов и Департамента обороны США, а также через отдельные программы на уровне штатов [17].

Программа Medicaid направлена на обеспечение медицинской помощи малоимущим гражданам. Инвалиды составляют около 30 % от общего числа участников программы. Около 20 млрд долларов США из бюджета программы ежегодно расходуются на лекарственное обеспечение. Его объем в рамках программы Medicaid отличается в зависимости от штата. Каждый штат утверждает формуляр лекарственного обеспечения, при этом устанавливая определенные ограничения на число ЛС, выписываемых за 1 мес.

Программа Medicare была создана для обеспечения оказания медицинской помощи гражданам пенсионного возраста. Финансовое обеспечение программы осуществляется за счет налоговых выплат в систему медицинского страхования, которые варьируют от 15 до 35 % в зависимости от объема прибыли компании. Каждый шестой доллар в рамках программы Medicare тратится на лекарственное обеспечение. Важно отметить, что программа Medicare также распространяется на лиц млад-

ше 65 лет, получающих материальную поддержку в рамках программы социального страхования по инвалидности (SSDI). Программа Medicare покрывает более 9 млн человек младше 65 лет с инвалидностью [18]. При этом определены жесткие критерии включения в программу. Так, для получения медицинской помощи в рамках программы Medicare необходимо являться участником SSDI на протяжении 24 мес, при этом срок рассмотрения заявки для включения в программу составляет 5 мес. Таким образом, срок с момента включения гражданина в программу социальной помощи до момента получения дополнительных гарантий в рамках программы Medicare составляет 29 мес [19]. Основные причины включения в программу — психические нарушения (34%), заболевания мышечно-скелетной и соединительной ткани (28%), травмы (4%), онкологические заболевания (3%) и др. (30%).

В 2003 г. в результате принятия Закона о модернизации страховой программы Medicare была создана подпрограмма Medicare Part D, покрывающая расходы на лекарственное обеспечение. Ежегодные темпы увеличения затрат достигают 16,3%. Затраты на лекарственное обеспечение в рамках программы Medicare Part D возросли с 61,9 млрд долларов США в 2007 г. до 121 млрд долларов США в 2014 г. Страховая программа покрывает 75% затрат на ЛС, до достижения порогового значения в 3 310 долларов США. Затраты пациента в диапазоне 3 310–4 850 долларов США государством не возмещались. В зарубежной литературе данный диапазон получил название «donut hole». Затраты, превышающие 4 850 долларов США, определяются как «катастрофические» и на 95% возмещаются государством, при этом пациент должен выплатить 5% стоимости ЛС или определенной фиксированной суммы.

Попыткой устранить представленные ограничения в доступности медицинской помощи социально уязвимым слоям населения стало принятие в 2010 г. закона о защите пациентов и доступности медицинской помощи (Patient Protection and Affordable Care Act). В частности, вводилась возможность обеспечения инвалидов, участников программы социальной поддержки (SSDI) необходимой медицинской помощью до момента их включения в программу Medicare. Принятие нового закона позволило добиться снижения общих затрат граждан старше 65 лет и инвалидов на ЛС в рамках Medicare Part D более чем на 2 млрд долларов США ежегодно. При достижении

«donut hole» и необходимости оплаты лекарств за счет личных средств пациент получал 50% скидку на оригинальные (референтные) ЛС и 14% — на генерические (воспроизведенные). Согласно требованиям принятого закона, объем скидки увеличивался ежегодно.

Важно отметить, что в США отсутствуют государственные механизмы контроля цен на ЛС, однако в рамках договоров, заключенных на поставку ЛС по страховым программам производителем, как правило, предоставляются значительные скидки.

В последние годы система здравоохранения США обосновано подвергается критике за высокий уровень затрат и низкую эффективность оказания медицинской помощи. При этом среди основных достижений системы медицинского страхования США последних лет следует отметить создание отдельной программы лекарственного страхования, направленной в первую очередь на снижение затрат населения, увеличение приверженности терапии и, как следствие, на снижение затрат на госпитальное лечение и инвалидизацию населения. Следует отметить, что идея внедрения программы лекарственного страхования неоднократно обсуждалась Минздравом России в рамках системы ОМС. Однако до настоящего времени ни одна из обсуждаемых концепций не нашла практической реализации.

#### Организация лекарственного обеспечения инвалидов в РФ

По данным Росстата, численность пожилого населения РФ в 2006–2015 гг. неуклонно повышалась, опережая увеличение всего населения страны: доля пожилого населения за данный период увеличилась на 20%. По данным Комплексного наблюдения условий жизни населения, проводимого Росстатом, каждый второй респондент старше трудоспособного возраста указал на наличие хронического заболевания, что во многом определяет высокие показатели инвалидизации у данной возрастной группы [9]. Анализ общей инвалидности граждан пожилого возраста в РФ за 12 лет (2005–2016 гг.) свидетельствует о ежегодном выходе на инвалидность более 1 млн человек [14, 15].

Анализ доли инвалидов пожилого возраста вследствие основных неинфекционных заболеваний продемонстрировал, что удельный вес данной категории граждан вследствие болезней системы кровообращения составляет в среднем 52,4%, по-

вторная инвалидность вследствие злокачественных новообразований в среднем подтверждена у 42,9%, у 22% пожилых пациентов с болезнью эндокринной системы устанавливается повторная инвалидность [16].

Статистические данные демонстрируют высокие показатели инвалидизации у пожилого населения, что свидетельствует о повышении их социальной уязвимости и определяет необходимость совершенствования подходов к организации лекарственного обеспечения.

Согласно преамбуле Федерального закона о социальной защите инвалидов в РФ, основной целью государственной политики является реализация гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами.

Снижение инвалидности, а также обеспечение доступности высокоэффективных ЛС определены в качестве приоритетных направлений государственной политики, реализуемой в рамках утвержденной указом президента РФ от 31.12.2015 № 683 «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации».

В Конституции, как основополагающем законе РФ, закреплено право каждого на охрану здоровья, медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. При этом важно отметить, что право на лекарственное обеспечение не закреплено в положениях Конституции РФ, в особенности не конкретизирован данный аспект в контексте защиты прав отдельных категорий граждан. Аналогичная ситуация наблюдается в Конституциях, принимаемых субъектами РФ, где при наличии положений о праве каждого на охрану здоровья, право на лекарственное обеспечение не закреплено отдельно ни в одном из рассмотренных документов.

Анализ законодательства, регламентирующего вопросы реабилитации инвалидов, продемонстрировал отсутствие последовательного подхода к вопросу организации лекарственного обеспечения данной категории населения. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает, что лекарственная терапия является одним из компонентов медицинской реабилитации, что в дальнейшем также подтверждается приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабили-

тации». При этом представленными нормативно-правовыми актами не закрепляется обязательство оказания лекарственной терапии при проведении реабилитационных мероприятий с учетом существующих программ льготного лекарственного обеспечения. Следует констатировать отсутствие взаимосвязи при организации реабилитационных мероприятий и обеспечении инвалидов необходимыми ЛС в рамках существующих государственных программ [7].

Право граждан на бесплатную медицинскую помощь, в том числе лекарственное обеспечение, закрепляется в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно утверждаемой правительством РФ. Согласно этой Программе, лекарственное обеспечение инвалидов в РФ осуществляется в рамках нескольких государственных программ из средств федерального и региональных бюджетов.

Объем финансирования федеральных программ лекарственного обеспечения в 2017–2018 гг. остается на прежнем уровне, что при существующем увеличении заболеваемости, изменении курса валют и увеличении потребности в услугах здравоохранения является негативным трендом.

### **Федеральные программы лекарственного обеспечения**

Единственной на сегодняшний день государственной программой, реализующей бесплатное лекарственное обеспечение строго в соответствии с критерием наличия инвалидности, является программа ОНЛС (обеспечение необходимыми ЛС для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов), финансируемая за счет средств федерального бюджета.

Данная гарантия закреплена в ст. 6 п. 1 ФЗ № 178 «О государственной социальной помощи» (ФЗ № 178). Лекарственное обеспечение граждан по программе ОНЛС осуществляется в соответствии со специальным ограничительным «Перечнем лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций» (перечень ОНЛС).

При анализе порядка формирования перечня ОНЛС следует констатировать отсутствие критериев, позволяющих оценить преимущества применения ЛС у лиц с инвалидностью, что свидетельствует о том, что данный перечень в полной мере не отвечает потребностям системы здравоохранения при обеспечении данной категории пациентов [10]. Не учитываются нозологические формы, превалирующие в структуре инвалидизации населения, реабилитационный потенциал применения ЛС, а также изменение качества жизни пациента, что позволило бы включать наиболее востребованные системой здравоохранения лекарства. Последние годы ведется активная работа над пересмотром порядка формирования основных ограничительных перечней лекарственного обеспечения (ЖНВЛП, ОНЛС, 7Н), однако рассматриваемые проекты по-прежнему не вводят специальных критериев для формирования перечня ОНЛС.

Кроме того, принимая во внимание стремительное развитие научно-исследовательского потенциала и регулярное появление новых инновационных подходов к лечению, частота пересмотра перечня (не менее одного раза в 3 года) не соответствует потребностям системы оказания медицинской помощи. В 2017 г. перечень ОНЛС не обновлялся, при этом в 2018 г. перечень был дополнен 25 ЛС.

Финансовое обеспечение программы ОНЛС осуществляется за счет субвенций, ежегодно утверждаемых постановлением правительства РФ, и межбюджетных трансфертов, утверждаемых в рамках Федерального закона о бюджете. Объем финансирования программы за последние годы превысил 50 млрд руб. [13]. При этом стоит отметить, что объем финансирования субъектов рассчитывается исходя из числа инвалидов по данным Пенсионного фонда субъекта и утвержденного ежемесячного норматива финансовых затрат на человека, составляющего 823,4 руб., что во многом ограничивает возможность применения ряда инновационных ЛС, месячный курс которых значительно превышает данный норматив [6].

Порядок обеспечения граждан ЛС в рамках программы ОНЛС утверждается локальными нормативно-правовыми актами субъекта РФ. Так, например, Министерство здравоохранения Московской обл. приняло распоряжение от 7 июня 2017 г. № 96-Р «О Порядке формирования заявки на поставку для обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи,

лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов».

Недостаточный объем финансирования и отсутствие единых подходов к вопросу организации лекарственного обеспечения пациентов в рамках программы ОНЛС приводят к ограничению доступа к необходимым ЛС. Так, в Ставрополе прокуратура выявила необоснованный отказ в обеспечении инвалидов II группы необходимыми ЛС. В этой связи прокуратура внесла главному врачу диспансера представление [3].

Важно отметить, что граждане в соответствии со статьей 6.3 ФЗ № 178 имеют возможность отказаться от положенных ЛС, предоставляемых в рамках программы ОНЛС, в пользу получения денежной компенсации. Данная категория граждан имеет возможность получить необходимые ЛС за счет регионального бюджета. В Республике Дагестан 92,1% граждан отказались от получения государственной социальной помощи в пользу ежемесячной денежной выплаты, что существенно увеличило нагрузку на бюджет. На исполнение полномочий по бесплатному лекарственному обеспечению в республиканском бюджете Республики Дагестан на 2017 г. были предусмотрены средства в объеме 167,9 млн руб. (11,7% от потребности), что не позволило в полной мере обеспечить ЛС льготные категории граждан согласно действующему законодательству [11].

#### **Региональные программы лекарственного обеспечения инвалидов**

Лекарственное обеспечение инвалидов в рамках регионального бюджета осуществляется в соответствии с постановлением правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения». Возможность получения бесплатного ЛС в рамках двух государственных программ приводит к учащению случаев отказа в пользу монетизации в рамках программы ОНЛС. По данным, представленным Счетной палатой, в 2014 г. от получения ЛС по программе ОНЛС в пользу денежной компенсации отказались более 76% граждан. При этом доля данной категории населения значительно различается в субъектах РФ: например, в Чукотском АО она составила 19%, а в Тульской обл. — бо-

лее 95 %. Подобные тенденции свидетельствуют о низкой эффективности реализации программы ОНЛС и формировании дополнительной нагрузки на региональный бюджет.

Обеспечение пациентов осуществляется на основании отдельного ограничительного перечня, утверждаемого каждым субъектом РФ [далее — перечень Регионального лекарственного обеспечения (РЛО)]. Порядок формирования перечня РЛО имеет существенные несоответствия, влияющие на эффективность регулирования обеспечения ЛС в субъектах РФ в части оптимизации бюджетных затрат и качества оказания медицинской помощи. Так, порядок формирования перечня РЛО самостоятельно определяется локальным нормативно-правовым актом субъекта РФ [5]. Отсутствие единых подходов к формированию перечней РЛО, закреплённых федеральными нормативно-правовыми актами, существенно увеличивает финансовые затраты субъектов РФ на лекарственное обеспечение, а также качество и сроки оказания медицинской помощи. Так, правительством Республики Башкортостан было принято постановление от 28 мая 2013 г. № 218 «О предоставлении мер социальной поддержки отдельным группам населения в обеспечении лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения при оказании амбулаторно-поликлинической помощи», ограничивающее перечень отдельных категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение в соответствии с постановлением правительства № 890. В соответствии с решением Верховного суда Республики Башкортостан от 02.06.2016, а также Апелляционным определением Верховного Суда РФ от 19.10.2016 № 49-АПГ16-37, обеспечение ЛС в соответствии с постановлением правительства № 890 является государственной гарантией, установленной федеральным законодателем, ограничение которой субъектом РФ не предусмотрено, а может быть только расширено решением субъекта РФ.

Прокуратура Ивановской обл. установила, что региональный закон «Об отдельных вопросах организации охраны здоровья граждан в Ивановской области» и постановление правительства области «Об утверждении Порядка обеспечения бесплатными лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения отдельных групп населения» не в полной мере соответствуют постановлению правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке разви-

тия медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», поскольку ограничивают перечень групп населения, которые должны обеспечиваться бесплатными лекарствами и медицинскими изделиями.

В отдельных субъектах для оптимизации организации лекарственного обеспечения в рамках программ, финансируемых за счет средств федерального и регионального бюджета, создаются постоянно действующие совещательные органы. Так, например, в Волгоградской обл. создан экспертный совет, деятельность которого направлена на совершенствование порядка обеспечения пациентов, анализ их жалоб, оптимизацию схем и методов фармакотерапии. При этом важно отметить, что решения, принимаемые экспертным советом, носят для Комитета здравоохранения рекомендательный характер при размещении государственных заказов.

Таким образом, проведенный анализ продемонстрировал необходимость формирования системного подхода к совершенствованию организации лекарственного обеспечения инвалидов, основанного на интеграции существующих программ бесплатного лекарственного обеспечения в систему медико-социальной реабилитации.

В первую очередь необходимо утвердить нормативно-правовым актом федерального уровня порядок формирования ограничительных перечней лекарственного обеспечения за счет средств бюджета субъекта РФ, что позволит обеспечить транспарентность данного процесса, а также определить четкие критерии, предъявляемые к ЛС при формировании перечней в рамках постановления правительства № 890.

Учитывая высокую частоту отказа в пользу денежной компенсации в рамках программы ОНЛС при сохранении возможности лекарственного обеспечения на региональном уровне, необходимо разработать порядок ведения единого регистра граждан, получающих лекарственное обеспечение в рамках программ ОНЛС и за счет регионального бюджета. Регистр позволит вести учет соответствующих категорий граждан и ограничит их участие только в одной из существующих программ льготного лекарственного обеспечения.

Принимая во внимание низкий уровень ежемессячного финансирования, выделяемого для одного пациента в рамках программы ОНЛС (811 руб. в мес), необходимо обеспечить пересмотр дей-

ствующего перечня ОНЛС и сократить число дорогостоящих препаратов (таргетной онкологической терапии) для обеспечения максимально эффективного лекарственного обеспечения пациентов других групп неинфекционных заболеваний.

### Литература

1. Абашидзе А. Х., Маличенко В.С. Международные и национальные правовые средства обеспечения социальной справедливости в отношении лиц пожилого возраста // Успехи геронтол. 2014. Т. 27. № 2. С. 291–296.
2. Абашидзе А. Х., Маличенко В. С. Международно-правовые основы защиты прав инвалидов // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. 2014. № 1. С. 32–36.
3. Генеральная прокуратура Российской Федерации проверила исполнение законодательства в сфере обязательного медицинского страхования и лекарственного обеспечения граждан. Генеральная прокуратура Российской Федерации. 19 сентября 2016 г., 15:31 // <https://genproc.gov.ru/smi/news/genproc/news-1121113/>.
4. Инвалидность и здоровье. Информационный бюл. ВОЗ. Ноябрь, 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/ru/>.
5. Маличенко В. С., Маличенко С. Б., Явися А. М. Особенности организации амбулаторного лекарственного обеспечения отдельных групп населения в Российской Федерации // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. 2016. Т. 19. № 2. С. 103–108.
6. Постановление Правительства РФ от 25.12.2017 № 1628 «Об установлении норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь».
7. Пузин С. Н., Гречко А. В., Пряников И. В., Маличенко В. С. Организационно-правовые особенности лекарственного обеспечения инвалидов в РФ // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. 2018. № 21 (в печати).
8. Пузин С. Н., Шургая М. А., Чандирли С. А., Богова О. Т. Медико-социальные аспекты профилактики инвалидности и повышения качества жизни в пожилом возрасте // Вестн. Всерос. общ-ва специалистов по мед.-соц. экспертизе, реабилитации и реабилитац. индустрии. 2015. № 2. С. 4–9.
9. Пожилое население России: проблемы и перспективы // Социальный бюл. Аналитический центр при Правительстве РФ. Март, 2016.
10. Постановление Правительства РФ от 08.08.2014 № 871 «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».
11. Постановление Правительства РФ от 02.02.2018 № 12 «О лекарственном обеспечении граждан и медицинских организаций, комплектовании современным технологическим оборудованием медицинских учреждений республики Дагестан».
12. Старение в XXI веке: триумф и вызов. Лондон: ЮНФПА, 2012.
13. Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» от 05.12.2017 № 362-ФЗ.
14. Федеральная служба государственной статистики. [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#)
15. Шургая М. А. Динамика общей инвалидности граждан пожилого возраста в Российской Федерации // Вестн. Всерос. общ-ва специалистов по мед.-соц. экспертизе, реабилитации и реабилитац. индустрии. 2017. № 3. С. 21–25.
16. Шевченко С. Б., Пузин С. Н., Шургая М. А., Осадчук М. А. Социально значимые заболевания в нозологической структуре инвалидности граждан пожилого возраста в Российской Федерации // Сеченовский вестн. 2016. № 3. С. 4–11.
17. CMS. What's an ACO? Centers for Medicare and Medicaid Services. 2012. (<https://www.cms.gov/ACO/>, accessed 19 April 2013).
18. CMS, 2013. Medicare & Medicaid Statistical Supplement, Table 2.1 Medicare Enrollment: Hospital Insurance and/or Supplementary Medical Insurance Programs for Total, Fee-for-Service and Managed Care Enrollees as of July 1, 2012: Selected Calendar Years 1966–2012.
19. Cubanski J., Neuman T. Medicare Doesn't Work As Well for Younger, Disabled Beneficiaries As It Does for Older Enrollees // Hlth Affairs. 2010. Vol. 29. № 9. № 1725–1733.
20. US Foreign Policy and Disability: Progress and Promise, 2017.
21. United Nations Development Group, Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals. United Nations. New York, 2003 [электронный ресурс]. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookEnglish.pdf>
22. WHO. «Noncommunicable diseases» fact sheet, June 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

Adv. geront. 2018. Vol. 31. № 4. P. 581–587

S. N. Puzin<sup>1</sup>, A. V. Grechko<sup>2</sup>, I. V. Prianikov<sup>2</sup>, V. S. Malichenko<sup>2</sup>, S. S. Puzin<sup>3</sup>

#### PROTECTION OF THE ACCESS TO MEDICINES RIGHT AMONG DISABLED PEOPLE

<sup>1</sup> Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, 2/1 Barrikadnaya str, Moscow 125993;

<sup>2</sup> Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology, 25 Petrovka str., Moscow 107031, e-mail: vlad.malichenko@gmail.com; <sup>3</sup> I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, 8 Trubetskaya, str., Moscow 119991

Disabled people remain one of the most vulnerable categories of population. Access to safe, quality and effective medicines as a key element of social well-being among people with disabilities remains of the priorities at the international agenda and national policy. The right of access to medicines among disabled people is not directly specified in any international document on the protection of the rights of persons with disabilities, which certainly affects the availability of medicines for this population in various regions of the world. The article examines the main international legal documents in the field of protecting the rights of people with disabilities for access to health care services, analyzes the practice of implementing programs for drug provision for people with disabilities in the US and Russia, and outlines the main directions for improving public policy in this area.

**Key words:** disability, medicines, right to health, elderly people, state guarantees program