

© 2009 г

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ УЧАСТНИКОВ ГОСПРОГРАММЫ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

К. Е. НОВИЦКАЯ

*НОВИЦКАЯ Ксения Евгеньевна - аспирант Государственного университета - Высшей школы экономики (E-mail: ksenjcen@mail.ru).*

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования эффективности государственной программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). Основной проблемой отказа от программы является столкновение с организационными трудностями или несоответствие потребностей людей предоставляемым в рамках ДЛО возможностям. При сопоставимом состоянии здоровья материальное благосостояние не оказывает значимого влияния на принятие решения о выходе из программы, но в комбинации с другими факторами все же сказывается на итоговом решении льготника.

**Ключевые слова:** здоровье - программа ДЛО - лекарственное обеспечение - принцип неблагоприятного отбора - индивидуальные стратегии

Создание нового формата государственного обеспечения лекарствами происходило в рамках трансформации более широкого институционального поля. Логика пересмотра государственных гарантий нашла свое отражение в детальной конкретизации состава участников федеральной программы, а также в предоставлении льготникам возможности, начиная с 2006 г. производить замену права на бесплатные препараты денежной компенсацией. В результате дальнейшая работа программы, бюджет которой продолжал формироваться, исходя из суммарного числа "активных" участников, серьезно осложнилась. Уже в 2006 г. вслед за выходом из программы порядка 46% граждан льготной категории, ее государственное финансирование сократилось едва ли ни вдвое. Какое-то время подобное поведение льготников объяснялось организационными проблемами, возникшими на первом году реализации программы. Позднее стала прослеживаться закономерность - отказ от участия в программе характерен прежде всего для тех ее участников, чьи потребности в лекарствах достаточно скромны. Напротив, оставшиеся в программе пациенты действительно нуждаются в дорогостоящих препаратах. Отток менее нуждающихся вызвал рост средней стоимости выписываемых рецептов с 293 руб. в 2005 г. до 540 руб. в 2006 г., но не сказался на нормативах расчета затрат на одного человека. Подушевые расходы на лекарства оставшихся в программе льготников по-прежнему приравнивались к компенсациям "отказников". В итоге, неблагоприятный отбор участников спровоцировал кризис структур ДЛО, модель финансирования которой была спроектирована не с учетом специфики различных заболеваний, а с ориентацией на усредненные потребности.

Нарушение солидаристского принципа привело к тому, что в 2006 г. выделенных средств в размере 34,1 млрд. рублей не хватило на нужды льготников. На практике из-за отсутствия встроенных механизмов сдерживания выписки лекарств был преодолен результат предшествующего года. Стоимость фактически отпущенных лекарств

составила 74,9 млрд. рублей против 46 млрд. рублей в 2005 г. Общий дефицит программы составил более 40 млрд. рублей [1, с. 4].

Столь существенные проблемы не могли не спровоцировать новый виток реформирования программы. Но изменения, проводимые в ней на протяжении последующих двух лет, не решили проблему уменьшения числа граждан, сохраняющих за собой право на получение государственной помощи в виде набора социальных услуг (НСУ). По данным государственных служб [2, с. 9], доля льготников, сохраняющих право на натуральную льготу, последовательно сокращается (54% в 2006 г., 45% в 2007 г., 33% в 2008 г.)

Постоянное увеличение доли льготников, предпочитающих покинуть программу и получить денежную компенсацию, не только провоцирует финансовую неустойчивость ДЛО, но и снижает его эффективность в решении важных социальных задач. Обычно сложившаяся ситуация оценивается с точки зрения размеров дефицита бюджета, тогда как социальным практикам его индивидуальных участников должное внимание не уделяется. Между тем, для оценки перспектив программы и возможных направлений ее реформирования важно оценить роль различных факторов в сокращении числа ее участников.

Опираясь на деятельностно-структурную парадигму [3], определим характер влияния на ход практической реализации государственной программы ДЛО индивидуальных социальных практик разных типов ее участников, а на основе выявления факторов, влияющих на выбор той или иной стратегии поведения, возможности и направления ее совершенствования средствами социально-экономической политики.

### **Выход льготников из программы ДЛО: в поисках объяснения**

При анализе параметров и условий участия населения в страховой программе возникают аналогии с принципом неопределенности качества, сформулированным Дж. Акерлофом [4] не только для рынка подержанных автомобилей, но и медицинского страхования. Вероятно, что большую заинтересованность в присоединении к программе льготного лекарственного обеспечения должны проявлять люди, нуждающиеся в препаратах по медицинским показаниям. По данной логике, выход из программы льготников, менее других заинтересованных в лекарствах, очевиден. Но насколько бесспорна эта "банальная" гипотеза?

В свете таких рассуждений интерес представляет печальный итог программы ДЛО: в 2008 г. ее покинуло около двух третей льготников. При этом доля инвалидов различных групп составляет 80% среди имеющих право на бесплатные лекарства. Закономерен вопрос, насколько конструктивным является объяснение выхода людей из программы по причинам незначительной заинтересованности в лекарствах? В любом случае, даже если наиболее очевидная гипотеза работает, исчерпывает ли она весь спектр возможных объяснений?

Существует и альтернативный взгляд на проблему оттока льготников из программы. Некоторые аналитики полагают, что в структуре ДЛО льготные категории определены по формальному принципу (включение *социально незащищенных* групп населения), между тем, как эта программа, реализуемая за счет налоговых средств, должна быть направлена не столько на решение проблемы социального обеспечения *бедных*, сколько на помощь *больным*. Между тем, включение в программу малообеспеченных участников, не испытывающих потребности в жизненно необходимых лекарствах, наряду с предоставлением им возможности выхода из программы неизбежно приведет к тому, что они отдадут предпочтение "живым" деньгам.

Не вдаваясь в подробный анализ правомочности выделения льготных категорий, скажем лишь, что данное объяснение имеет право на существование хотя бы потому, что по результатам 2005 г., когда компенсационная стоимость лекарственного обеспечения составляла 4200 руб., а фактическая стоимость отпущенных препаратов - лишь

2968 руб. на одного человека [5, с. 341], решение покинуть программу могло представляться вполне закономерным для значительной части льготников, особенно малообеспеченных и слабо заинтересованных в получении медикаментов. Но являются ли подобные соображения состоятельными при объяснении выхода из программы тех, кто в лекарствах заинтересован и чьи расходы на них превышают средний уровень? Ведь даже если согласиться с теорией, что программу покидают необоснованно включенные в нее малообеспеченные льготники, то можно ли всерьез предполагать, что руководствоваться соображениями экономии будет и действительно тяжелобольной человек, пусть и малообеспеченный. Казалось бы, напротив, оценивая свои финансовые возможности и потребности в лекарственных средствах, такой человек должен остаться в рамках программы, несмотря ни на какие организационные проблемы, поскольку это его единственный шанс получить лекарства (за исключением госпитализации). В случае тяжелобольных людей более логичными представляются трактовки перехода на денежную компенсацию в силу адекватной оценки своих временных и моральных затрат на получение бесплатных лекарств в ситуациях материальной доступности самостоятельного обеспечения медикаментами через розничную торговлю или подтвержденной на собственном опыте невозможности получения необходимого лечения в рамках программы. Другими словами, помимо "здоровых" льготников покинуть программу может либо обеспеченный человек, либо человек, полностью разочаровавшийся в программе.

Результат, предсказываемый любой из трех последних гипотез, с социальной точки зрения весьма сомнителен - льготники могут покинуть программу вопреки критическому состоянию здоровья, руководствуясь иными соображениями - экономией денег, времени, нервов или сил. О правомочности этих предположений частично свидетельствуют результаты исследований, проводимых компанией DSM Group по заказу Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ. По данным опросов, наиболее распространенными мотивами выхода из программы являются достаточно уклончивая и многозначная оценка денежной компенсации как более выгодной, по сравнению с участием в программе (32% опрошенных льготников) и отсутствие необходимого лекарства в перечне (30%) (то есть объективная несостоятельность программы). За ними следуют отсутствие лекарственного средства в аптеке (25%) и неудобства, испытываемые в ЛПУ при выписке рецепта (13%) [2, с. 7 - 8].

Обобщая, отметим, что выдвигаемые гипотезы оттока льготников можно условно разделить на четыре взаимообусловленные группы. Во-первых, утверждается, что из программы выходят, прежде всего те, кто незначительно заинтересован в лекарствах по медицинским показаниям. Поведение таких "отказников" сказывается, пусть и косвенно, на обеспечении лекарствами тех, для кого государственная программа была предназначена.

Во-вторых, сложности в организации работы структур ДЛО и скромные возможности предусмотренных стандартов лечения подталкивают льготников к переходу на денежную компенсацию, о дальнейшем использовании которой можно только догадываться. В таком случае, несостоятельность программы для решения поставленных перед ней социальных задач снижает ценность отпущенных на нее финансовых средств, расплывая их и лишая целевой направленности.

В-третьих, определенную объяснительную силу имеет и фактор материальной обеспеченности, поскольку можно предположить, что, столкнувшись с затрудненностью полноценного амбулаторного лечения в рамках программы, ее покидают, прежде всего, наиболее обеспеченные участники, способные перейти на самостоятельную оплату требуемого лечения. С другой стороны, менее обеспеченные льготники могут чаще других покинуть программу, руководствуясь желанием трансформировать свое право на бесплатное получение лекарственных средств в дополнительный и столь необходимый источник денежных поступлений. Последний мотив поведения острее всех предыдущих может привести к социально неприемлемому результату, когда под ударом оказывается состояние здоровья целевых категорий граждан.

Открытым остается вопрос, имеют ли место вышеперечисленные тенденции и каков вклад каждого из факторов - материальной обеспеченности или необеспеченности, незначительной или значительной заинтересованности в лекарствах по медицинским показаниям, организационных и системных проблем - в принятии решения об отказе от льготы в пользу денежной компенсации.

**Определение характера программы дополнительного льготного обеспечения лекарственными средствами**<sup>1</sup> Одно из обвинений, выдвинутых против системы ДЛО, заключалось в типичной для российских социальных программ проблеме формального определения круга бенефициариев. Доступ к участию в программе предоставлялся не только и не столько по медицинским показаниям, сколько по характерному для структурного пересмотра государственных гарантий принципу материальной уязвимости отдельных групп граждан. Поэтому для оценки вклада лекарственного обеспечения в решение предоставления больным острыми и хроническими заболеваниями качественного амбулаторного лечения нужно, прежде всего, определить характер программы ДЛО. Для этого необходимо ответить на вопрос, является ли право на бесплатные лекарства своеобразным конвертируемым пособием или же с его помощью у больных открывается доступ к жизненно необходимым и ранее недостижимым препаратам.

Для начала проверим, наблюдаются ли медицинские основания для предоставления льготным категориям граждан бесплатного лекарственного обеспечения. В самом деле, состояние здоровья респондентов, имеющих право на получение бесплатных препаратов, в целом значительно хуже, чем у тех, кто таким правом не обладает. Для льготных категорий граждан средние значения индексов "проблемы со здоровьем" и "количество заболеваний"<sup>2</sup> более чем в два раза превышают средние значения для тех, кто не имеет права на получение бесплатных лекарств по федеральной льготе - 3,7 против 1,4 и 2,3 против 0,8. Показательны и различия в самооценке здоровья у представителей двух групп - среди льготников более половины опрошенных (53%) оценивают свое состояние как "плохое" или "совсем плохое", тогда как для основной массы респондентов такие оценки менее характерны (9%).

Что касается материального положения льготников (оцениваемого в терминах среднедушевого дохода семьи), то в сравнении с положением основной массы россиян, не располагающих правом на получение бесплатных лекарств, оно менее дифференцировано и, в среднем, несколько хуже - среднедушевой доход семьи 3900 руб. против 4700 руб. По данным государственных служб [2, с. 9], доля льготников, сохраняющих право на натуральную льготу, последовательно сокращается (54% в 2006 г., 45% в 2007 г., 33% в 2008 г.).

Тем не менее, нет причин утверждать, что программой охвачены прежде всего представители *малообеспеченных* слоев. Напротив, льготополучателями чаще других становятся представители *среднеобеспеченных* групп. В целом ДЛО отчетливо несет в себе черты помощи *больным*, тогда как с адресной поддержкой наименее обеспечен-

<sup>1</sup> Статистической базой исследования послужили данные Российского мониторинга экономики и здоровья (RLMS) 2005 г., фиксирующие впечатления льготника от участия в программе ДЛО формата 2005 года и его решение о присоединении к программе в 2006 г. Для выявления основных принципов, которыми руководствовались представители льготных категорий граждан, оценивая целесообразность своего участия в программе, использованы блоки переменных, отражающие состояние здоровья, благосостояние, заинтересованность в получении лекарств, наличие успешного или неудачного опыта бесплатного приобретения прописанных лекарств и т.д.

<sup>2</sup> Характеристики, используемые для описания состояния здоровья (такие, как наличие болей, проблемы с передвижением и работоспособностью и т.п.), были объединены в индекс, рассматриваемый как интегральный показатель существования серьезных "проблем со здоровьем". Наличие заболеваний фиксировалось с помощью индекса "количество заболеваний", куда разнообразные хронические недуги входили с одинаковым весом. Индексы варьируются от 0 до 10, где наименьший балл соответствует максимально здоровому состоянию.

ных слоев у нее, на первый взгляд, общего немного. Каковы же в таком случае мотивы отказа от предоставленного права на получение бесплатных лекарств?

### ***Объяснительная сила фактора неблагоприятного отбора оставшихся участников***

Для разделения влияния двух ключевых факторов - состояния здоровья материальной обеспеченности - мы приняли попытку дробления всей совокупности на четыре кластера с помощью двух блоков переменных<sup>3</sup>. Применяя метод кластерного анализа, мы разделили всех респондентов, независимо от их включенности в программу ДЛО, на четыре группы - условно обозначенные как **"обеспеченные здоровые"** (61% совокупности), **"бедные здоровые"** (22%), **"обеспеченные больные"** (11%) и **"бедные больные"** (6%).

В наиболее многочисленную группу вошли люди со средним доходом на одного члена семьи около 6000 рублей, с высокими значениями индекса "оценка материального положения" (в среднем 4,5 балла) и низкими значениями индексов "проблемы со здоровьем" и "количество заболеваний" (менее 1 балла каждый). Во втором кластере значения индексов, оценивающих состояние здоровья также невысоки (в среднем менее 1 балла каждый), но материальное положение членов группы значительно хуже - среднедушевой доход семьи составляет около 1900 рублей, а значение индекса "оценка материального положения" достигает лишь 2 баллов.

Однако особый интерес для нас представляют менее многочисленные группы. В кластер **"обеспеченные больные"** вошли респонденты, у которых среднедушевой доход семьи составляет 5200 рублей, а среднее значение индекса "оценка материального положения" сравнительно высоко (4,2 балла). В то же время индикаторы, оценивающие состояние здоровья, достигают тревожных отметок 4,3 для индекса "проблемы со здоровьем" и 2,7 для показателя "количество заболеваний". Практически аналогичных величин (4,5 и 2,6 балла) достигают индикаторы состояния здоровья у представителей группы **"бедные больные"**, чье материальное положение существенно хуже - среднедушевой доход семьи колеблется в районе 2300 рублей, а индекс "оценка материального положения" составляет в среднем лишь 1,7 балла.

Существенные различия в состоянии здоровья представителей двух типов кластеров - "здоровых" и "больных" - подтверждаются и при сравнении самостоятельных оценок здоровья вошедших в них индивидов (рис. 1). Показательны и различия в самооценке здоровья у представителей двух групп - среди льготников более половины опрошенных (53%) оценивают свое состояние как "плохое" или "совсем плохое", тогда как для основной массы респондентов такие оценки менее характерны (9%).

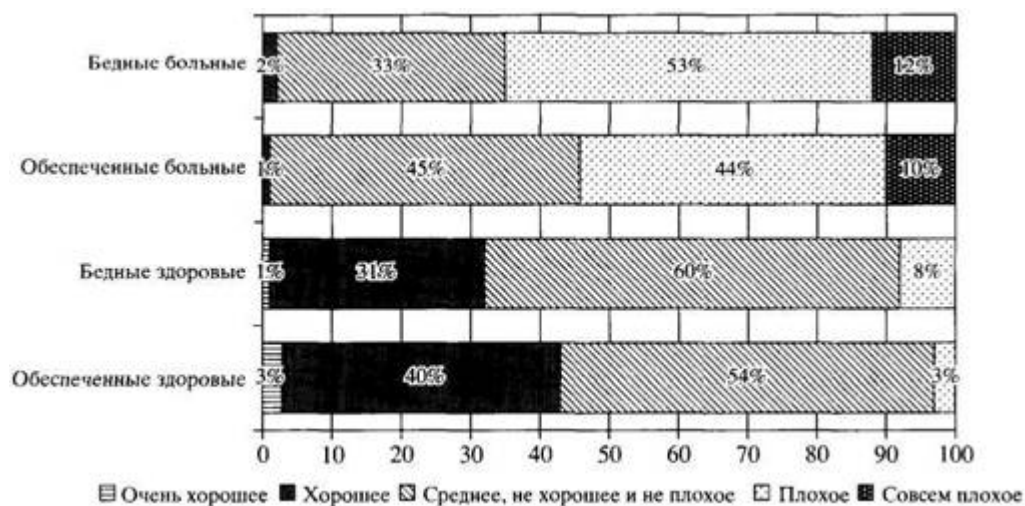
Как и следовало ожидать, доля имеющих право на получение бесплатных лекарств в первом и втором кластерах невелика - и в том, и в другом случае она составляет не более 5% (табл. 1). С другой стороны, в третьей и четвертой группах, объединивших людей, имеющих проблемы со здоровьем, обладателей права на льготные препараты значительно больше - 43% и 36% соответственно.

Программа ДЛО, несмотря на статистический характер определения льготных категорий, ориентирована не столько на социально незащищенные и малообеспеченные слои общества, сколько на людей, страдающих от хронических недугов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья. Представители кластеров "бедные больные" и "обеспеченные больные" составляют 20% и 41% льготников соответственно. С другой стороны, 39% льготников относятся к группам с относительно благополучным

стр. 63

---

<sup>3</sup> Для оценки состояния здоровья использовались индексы "проблемы со здоровьем" и "количество заболеваний". Материальное положение фиксировалось посредством отнесения респондента к дециль-группе показателя среднедушевого дохода семьи и индекса "оценка материального положения", воспринимаемого как дополнительный показатель и сформированного на базе переменных, оценивающих удовлетворенность респондента собственным материальным положением. Индекс варьировался от 0 до 10, где наивысший балл соответствовал наибольшей удовлетворенности.



**Рис. 1.** Оценка состояния здоровья у представителей различных кластеров

состоянием здоровья, причем почти у 80% из них материальное положение нельзя назвать бедственным.

Как следствие, не все имеющие право на получение бесплатных лекарств готовы воспользоваться предоставленной возможностью. Больше половины (54%) льготников делают выбор в пользу денежной компенсации, причем имеющие проблемы со здоровьем решаются на подобный шаг реже, чем те, чье здоровье вызывает меньше нареканий. В кластерах "обеспеченные здоровые" и "бедные здоровые" доля отказников составляет 63% и 62% соответственно, тогда как "обеспеченные больные" и "бедные больные" льготники покидают программу лишь в 50% и 48% случаев. О выходе более здоровых участников свидетельствуют и значимые (хотя и невысокие) коэффициенты корреляции у переменной "решение о выходе из программы" и индексов "проблемы со здоровьем" (0,126) и "количество заболеваний" (0,143).

Интересно, что при сравнении льготников, имеющих схожее состояние здоровья, но различное материальное положение, выявить значимые различия не удастся - доли вышедших из программы практически соизмеримы.

Таким образом, поведение представителей различных групп свидетельствует в пользу предположения о весьма спорном отборе участников. Удовлетворительное состояние здоровья с большей вероятностью приводит к решению о выходе из программы и получению стандартной денежной компенсации. Наблюдающиеся предпосылки к неблагоприятному отбору участников сказываются на соотношении "здоровых" и "больных" групп, которое для тех, кто сохранил за собой право на получение бесплат-

Таблица 1

**Возможность получения льготы представителями различных кластеров (в % от числа опрошенных)**

Категория	"Здоровые"		"Больные"		Всего N = 9533
	"Обеспеченные" " N = 5867	"Бедные" " N = 2074	"Обеспеченные" " N = 998	"Бедные" " N = 594	
Не имеющие права на получение бесплатных лекарств	95	96	57	64	89
Льготники	5	4	43	36	11

стр. 64

Таблица 2

**Частота принятия решения о выходе из программы в зависимости от предшествующего опыта бесплатного получения прописанных лекарств (в %)**

Обстоятельства бесплатного получения лекарств	Натуральная льгота (TV = 218)	Денежная компенсация (N = 161)
На выписанное лекарство скидка не была положена	33	67
Лекарства куплены, размер скидки неизвестен	33	67
На выписанное лекарство была положена скидка менее 100%	47	53

На выписанное лекарство была положена скидка 100%, но за него пришлось платить	54	46
На выписанное лекарство была положена скидка 100% и оно было получено бесплатно	67	33
Всего (N = 379)	58	42

ных лекарств, смещается в пользу людей с неудовлетворительным состоянием здоровья (73% против 61% среди отказников).

Между тем, предпринятый нами анализ не опровергает ни одну из двух гипотез о влиянии благосостояния льготника - ни о том, что менее обеспеченные участники чаще других покидают программу, предпочитая "живые" деньги, ни альтернативное суждение, что программу покидают наиболее обеспеченные участники, способные оплачивать свое лечение самостоятельно. Означает ли это, что материальная обеспеченность льготника не влияет на принятие им решения о выходе из программы?

Объективно, данные гипотезы не являются взаимоисключающими. Если отталкиваться от неоправданно высокой доли "отказников" как среди "обеспеченных больных" (50%), так и среди их более "бедных" собратьев (48%), то можно предположить, что помимо фактора незаинтересованности в получении лекарств (предположительно, нерелевантного в случае с серьезными больными), к выходу из программы представителей обоих кластеров подталкивают и другие факторы, среди которых могут фигурировать материальное положение, ограниченные возможности предлагаемого в рамках программы амбулаторного лечения и высокие издержки участия.

### **Неудачный опыт участия как фактор выхода из программы ДЛО**

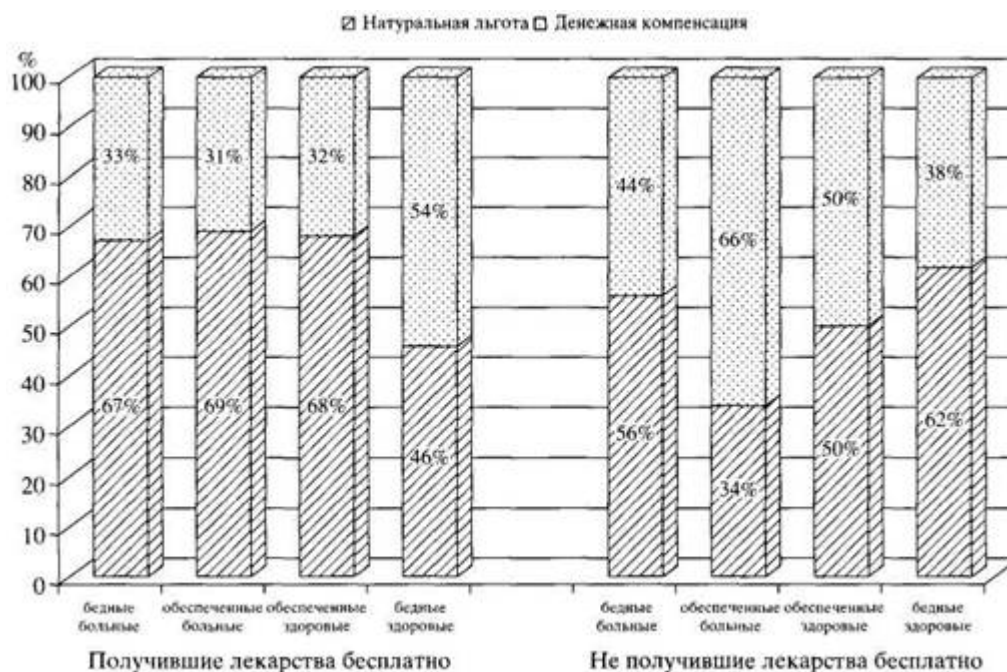
Спектр проблем, с которыми может столкнуться льготник, начиная от отсутствия требуемого лекарства и его аналогов в перечне предоставляемых бесплатно и заканчивая невозможностью в сжатые сроки и без усилий получить выписанный медикамент в аптеке, приводит к тому, что необходимое лекарство приобретается на собственные средства или не приобретается вовсе. Разумно предположить, что льготник "голосует ногами" и выбирает денежную компенсацию, которая хотя бы частично покрывает его расходы.

Льготников<sup>4</sup>, успешно получивших прописанное лекарство бесплатно, реже других посещает идея покинуть программу. Напротив, в тех случаях, когда прописанное лекарство было невозможно или затруднительно получить бесплатно, участники программы значительно чаще выбирают деньги (табл. 2).

Интересно, что неудачный опыт наиболее явно воздействует на решение льготников из группы "обеспеченных больных" (рис. 2). В тех (66%) случаях, когда им по тем или иным причинам не удастся получить лекарство бесплатно, они решают покинуть программу, тогда как при успешном получении лекарства так поступают лишь 31% представителей группы. Чувствительность к проблемам у "бедных больных" ниже - при невозможности получить лекарство 44% решаются покинуть программу, при отсутствии проблем - 33%.

<sup>4</sup> Рассматриваем только тех, кому прописывались лекарства.





**Рис. 2.** Частота принятия решения о выходе из программы в зависимости от предшествующего опыта бесплатного получения прописанных лекарств

Таким образом, неудачный опыт бесплатного получения лекарств придает дополнительный импульс к выходу из программы, причем данный мотив можно признать более существенным для "обеспеченных больных" льготников.

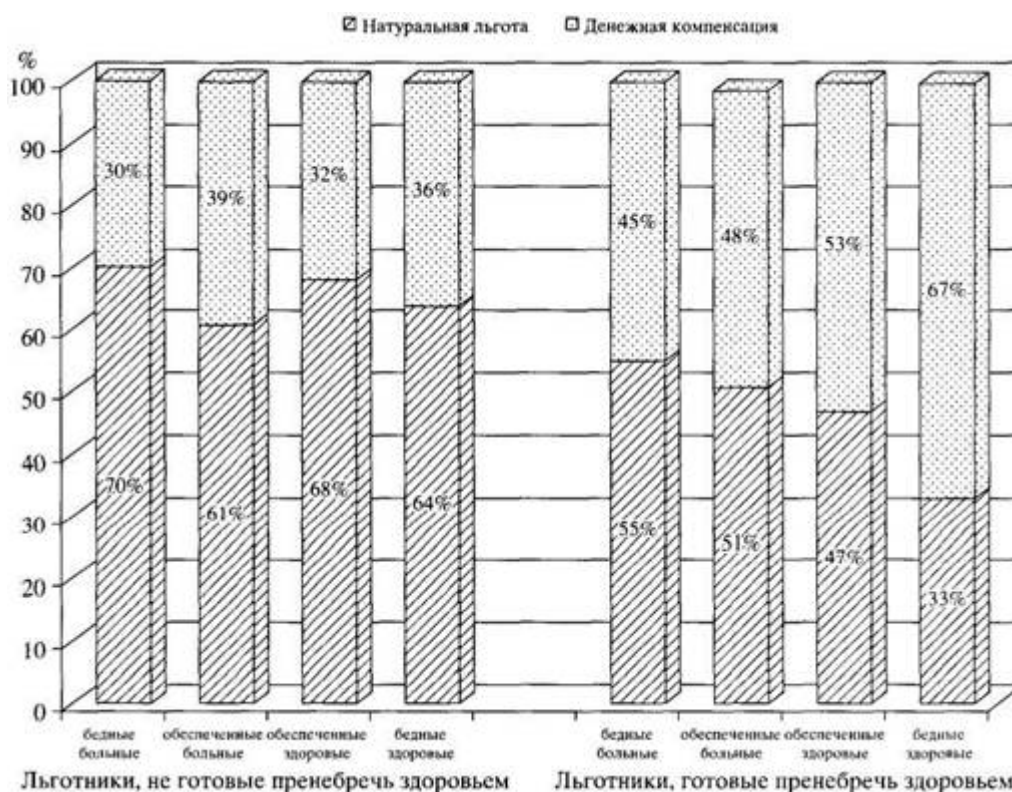
### Соображения экономии и выход из программы ДЛО

Отказ от участия в программе для льготника, имеющего незначительные проблемы со здоровьем и незаинтересованного в получении лекарств по медицинским показаниям, можно объяснить простым здравым смыслом. Говорить о соображениях экономии можно тогда, когда от участия в программе отказывается человек, заинтересованный в получении лекарств. Поэтому готовность экономить на здоровье<sup>5</sup> мы оценивали лишь для льготников, заинтересованных в получении лекарств по медицинским показаниям.

Среди тех, кто готов таким образом пренебречь здоровьем, доля "отказников" выше - 49%, против 37% среди льготников, неготовых к экономии на здоровье.

Если рассматривать льготников в разбивке на кластеры, тенденция сохраняется, причем особенно явно она проявляется для здоровых групп (рис. 3). Следует отметить, что малообеспеченные льготники, имеющие проблемы со здоровьем, покидают программу реже других, скорее всего потому, что программа является для них единственным способом получения лекарственных средств. Между тем, малообеспеченные льготники с удовлетворительным состоянием здоровья руководствуются соображениями экономии, хотя и получают предписания от врача о приеме тех или иных лекарств.

<sup>5</sup> Согласие с утверждением "Приходится ли Вам экономить на здоровье, потому что есть другие, более срочные нужды?" и несогласие с суждением "Согласны ли Вы с тем, что экономить на здоровье нельзя ни при каких обстоятельствах?".



**Рис. 3.** Частота принятия решения о выходе из программы в зависимости от готовности экономить на здоровье

Таким образом, соображения экономии играют определенную роль при принятии льготником решения о выходе из программы, причем фактор можно признать более значимым для "здоровых" групп льготников. Есть ли дополнительные подтверждения тому, что выход из программы "здоровых" льготников, обусловлен в том числе и попыткой сэкономить.

Разобьем льготников, заинтересованных в лекарствах, по признаку их принадлежности к "здоровым" и "больным" кластерам. У представителей здоровых групп со скромными доходами решение покинуть программу возникает чаще, чем у тех, чье материальное благополучие превышает средний уровень. Среди льготников, имеющих больше проблем со здоровьем, доля отказников практически не зависит от уровня материального благополучия, и возрастает лишь для тех, чей среднедушевой доход действительно позволяет обратиться к платным способам лекарственного обеспечения (рис. 4).

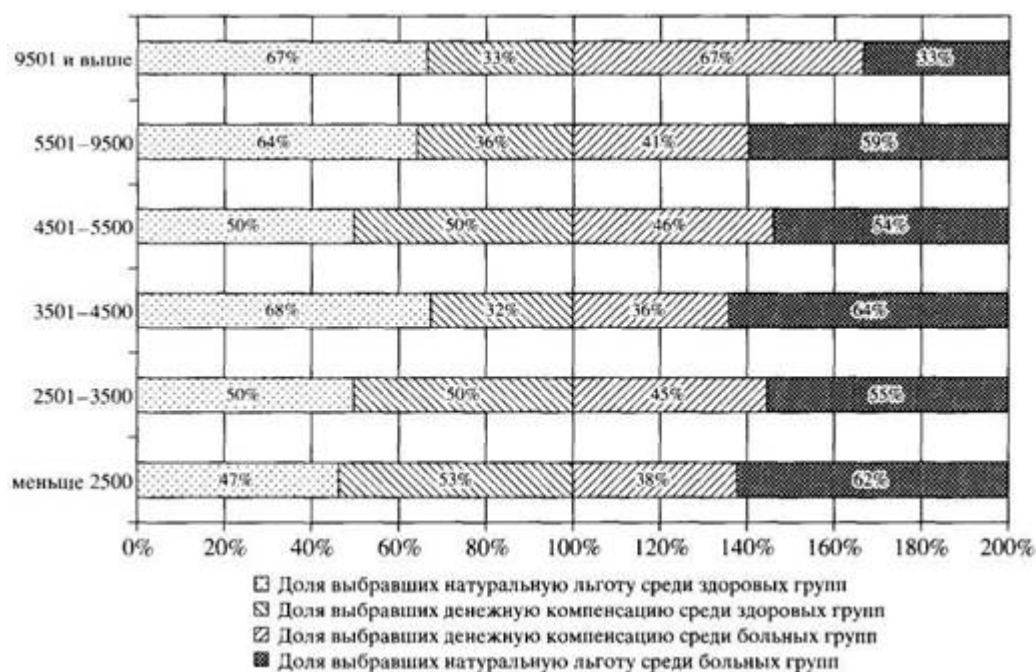
Суммируя полученные результаты, выделим наиболее значимые факторы, определяющие принятие льготником решения о выходе из программы:

удовлетворительное состояние здоровья льготника и недостаточная заинтересованность в получении лекарственных средств по медицинским показаниям;

наличие неудачного опыта бесплатного получения прописанных лекарств;

соображения экономии, актуальные преимущественно для малообеспеченных льготников с удовлетворительным состоянием здоровья;

возможность перейти на самообеспечение с частичным возмещением своих затрат с помощью денежной компенсации, характерная для "больных" льготников с высокими среднедушевыми доходами.



**Рис. 4.** Выход из программы льготников, заинтересованных в получении лекарств по медицинским показаниям, в зависимости от материального положения и состояния здоровья

#### Некоторые заключительные соображения

Программа ДЛЮ, аналогично другим страховым программам, подчиняется действию принципа неблагоприятного отбора участников, в соответствии с которым более здоровые льготники претендуют на получение денежной компенсации, сокращая тем самым общий страховой пул и сужая возможности "больных" участников. Другим немаловажным следствием "свободного" выхода из программы является снижение ее профилактического эффекта, поскольку (как показал наш анализ) малообеспеченные льготники с относительно благополучным состоянием здоровья в попытке сэкономить могут покинуть программу даже при наличии предписаний о приеме лекарств от лечащего врача.

Однако проблемы, с которыми сталкивается программа, обусловлены не только сбоями с определением состава участников и их правом "монетизировать" полученную льготу. Скромные ее возможности и трудности, возникающие при бесплатном получении прописанных лекарств, также подталкивают льготников к получению денежной компенсации. Проблемы такого рода можно считать вторым по значимости фактором, поскольку в условиях общей неэффективности государственного канала лекарственного обеспечения представителям льготных групп не остается ничего другого, как перейти на получение денежной компенсации, хотя бы частично возмещающей стоимость препаратов. В силу высоких затрат, стратегия перехода на самообеспечение более характерна для "обеспеченных больных", чем для "бедных больных" льготников. Примечательно, что последние менее чувствительны к соображениям экономии, которыми руководствуются их "здоровые" собратья. Можно сделать вывод, что оставшиеся в программе льготники с низким уровнем материальной обеспеченности и неудовлетворительным состоянием здоровья рассматривают государственную программу лекарственного обеспечения как единственный способ получения требуемых лекарств.

После 2006 г., когда часть льготников впервые реализовала свое право на получение денежной компенсации, программа ДЛО пошла по пути актуализации проблемы финансовой обеспеченности. Выбранная для ее решения политика сдерживания расходов отрицательно сказалась как на предоставляемых возможностях, так и на общей эффективности, что вызвало новую волну "отказов". Все попытки сдержать этот спиралеобразный "исход" льготников доказали свою низкую результативность. Между тем, для успешной реализации государственной программы необходимо не только решить традиционную для страховых систем проблему опорного отбора участников, но и расширить диапазон возможностей, предоставляемых в рамках государственного лекарственного обеспечения. Приемлемое решение заключается в дифференциации вкладов различных участников в зависимости от их реальных потребностей и взаимообусловленности вклада и доступных форм участия. Предпринятое в 2007 - 2008 годах выделение специфических лекарственных групп в индивидуальные статьи финансирования представляет собой первый этап перехода от расчета среднестатистических нормативов к целевым дотациям. Помимо этого, важно предусмотреть возможность добровольного расширения параметров участия в программе и оценить целесообразность введения соплатежей и распространения программы на большее число участников в целях увеличения размеров страхового пула.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Рейхард Д. В.* Финансовое обеспечение системы ДЛО. Доклад от 30.10.2007. ФФОМС.
2. *Тельнова Е. А.* Перспективы реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан (состояние и перспективы). Доклад от 04.12.2007. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.
3. *Заславская Т. Н.* Современное российское общество: Социальный механизм трансформации. Учеб. пособие. М.: Дело, 2004; *Заславская Т. И., Шабанова М. А.* К проблеме институционализации неправовых социальных практик в России: сфера труда // Мир России. 2002. N 2.
4. *Акерлоф Дж.* Рынок "лимонов": неопределенность качества и рыночный механизм // THESIS. 1994. Вып. 5.
5. Российская экономика в 2005 году. Тенденции и перспективы / Институт экономики переходного периода. Вып. 27. М.: ИЭПП, 2006.