
МОДЕЛИРОВАНИЕ СТОИМОСТИ ПРОГРАММЫ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СТРАХОВАНИЯ

Л.В. Мошкова, Ю.В. Пермяков,
Э.А. Коржавых

Кафедра управления и экономики фармации
Факультет повышения квалификации медицинских работников
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 10, Москва, Россия, 117198

Проблема повышения ценовой доступности лекарственных препаратов для населения сохраняет актуальность и в настоящее время. В статье обсуждены варианты региональной программы лекарственного страхования для амбулаторных пациентов. На примере Красноярского края рассмотрена модель краткосрочного лекарственного страхования, в том числе алгоритм необходимых расчетов, математический аппарат, требуемые исходные данные.

Ключевые слова: лекарственное страхование, краткосрочное страхование, моделирование, амбулаторные пациенты, Красноярский край.

В настоящее время сохраняется актуальность проблемы обеспечения населения качественной, эффективной и своевременной лекарственной и медицинской помощью. Как отметил Баркаев Г.С. [1], дефицит средств бюджетов всех уровней и обязательного медицинского страхования (ОМС) не позволяет в достаточной мере гарантировать выполнение федеральных законов, устанавливающих право отдельных категорий граждан на получение препаратов на льготных условиях при амбулаторном и стационарном лечении. Кроме того, расширение лекарственного ассортимента на фармацевтическом рынке за счет появления новых препаратов, постоянный рост цен и некоторые другие факторы способствуют увеличению затрат на лекарственное обеспечение и стоимости всей программы ОМС.

Специалисты изучают возможности развития в России добровольного медицинского страхования, которое, по зарубежному опыту, позволяет снизить финансовую нагрузку на общественное здравоохранение, повысить доступность лекарственной и медицинской помощи для потребителя [3]. В 2008 г. Фондом ОМС был подготовлен проект концепции лекарственного страхования, основанной на таких принципах, как всеобщность и обязательность, целевая ориентация на сохранение здоровья населения, инкорпорирование лекарственного страхования в ОМС, *паритетное участие личных средств граждан*, организационная простота [2].

Солидарное участие граждан и государства обозначено и в качестве одного из приоритетов государственной политики Российской Федерации в области лекарственного обеспечения, о чем сказано в «Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации до 2025 года». Согласно этому документу, реализация моделей возмещения стоимости лекарственных средств при амбулаторном лечении в нескольких пилотных субъектах РФ предусмотрена на II этапе — с 2014 по 2015 гг.

Исходя из контекста охарактеризованных здесь публикаций, можно заключить, что в настоящее время под термином «лекарственное страхование» обычно понимается возмещение страховой организацией полной или частичной стоимости лекарственного средства, приобретенного пациентом.

С учетом вышеизложенного цель настоящей работы состояла в моделировании программы лекарственного страхования для амбулаторных больных (амбулаторное лекарственное страхование; АЛС) на примере Красноярского края.

Модель АЛС была построена на основе уже имеющегося опыта медицинского страхования. При этом мы рассматривали два вида медицинского страхования — краткосрочное и долгосрочное. Главное различие между ними состоит в том, что в долгосрочном страховании применяется создание и накопление резервов, в краткосрочном такие резервы отсутствуют.

При расчете АЛС исходили из того, что на первом этапе внедрения программы не могут быть поставлены вопросы формирования резервов страховых платежей. Это связано как с отсутствием временного периода между стартом реализации программы и началом страховых выплат, так и с недостатком статистической информации для расчета величины необходимого резерва. Поэтому на первом этапе модель АЛС целесообразно разрабатывать с использованием алгоритма краткосрочного медицинского страхования, когда покрытие текущих расходов на оплату лекарственных средств производится из текущих поступлений.

Модель АЛС по аналогии с медицинским страхованием может быть построена на трех основных принципах:

— принцип эквивалентности, когда стоимость страховых выплат равна стоимости страхования;

— принцип солидарности; в этом случае за счет участников с минимальной оплатой лекарственных средств производится финансирование выплат участникам, для которых размер оплаты высок;

— принцип полной или частичной оплаты застрахованным лекарственных средств, необходимых для амбулаторного лечения.

По аналогии с медицинским страхованием в АЛС теоретическая стоимость страхования зависит от вероятности возникновения заболевания и размера оплаты, необходимых для лечения лекарственных средств.

Общая стоимость страхования по программе АЛС складывается из трех компонентов:

— покрытие страховых обязательств (оплата лекарственных средств амбулаторным больным);

— плата за риск;

— нагрузка, представляющая собой сумму расходов страховой компании, необходимую для администрирования программы страхования, и ее потенциальную прибыль.

Покрытие страховых расходов в экономике называется нетто-премией, а общая стоимость страхования — брутто-премией [4].

Годовая брутто-премия рассчитывается по формуле 1:

$$B = P + P_r + H, \quad (1)$$

где P — нетто-премия; P_r — рисковая составляющая премии; H — нагрузка [4].

Теоретически размер нетто-премии можно найти по следующей формуле (2):

$$P = \sum_{i=1}^n N \times V_i \times C_i, \quad (2)$$

где N — среднее количество застрахованных; V_i — вероятность возникновения заболевания i ; C_i — стоимость лекарственных средств для лечения заболевания i .

Вероятность возникновения заболевания можно рассчитать путем нахождения отношения числа зарегистрированных заболеваний к среднему количеству застрахованных.

Стоимость лекарственных средств рассчитывается с использованием информации из стандартов специализированной медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации. Для этого может использоваться следующая формула (3):

$$C = \sum_{i=1}^n \text{УПЧП}_i \times \text{СКД}_i \times \text{СЕЙСКД}_i, \quad (3)$$

где УПЧП_i — усредненный показатель частоты представления лекарственного средства i ; СКД_i — средняя курсовая доза лекарственного средства i ; СЕЙСКД_i — стоимость единицы измерения средней курсовой дозы лекарственного средства i .

Для расчета стоимости единицы средней курсовой дозы стоимость стандартной упаковки лекарственного средства делится на суммарную дозировку этой упаковки. При расчете стоимости стандартной упаковки рассчитывается ее средневзвешенная стоимость, как на межрегиональном, так и на внутрирегиональном уровне. Расчет производится по формуле (4):

$$\text{ССУ}_{\text{св}} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{ССУ}_i \times \text{КПУ}_i}{\sum_{i=1}^n \text{КПУ}_i}, \quad (4)$$

где ССУ_i — стоимость стандартной упаковки лекарственного средства в регионе i ; КПУ_i — количество проданных стандартных упаковок в регионе i .

Основная сложность расчета нетто-премии по приведенному выше алгоритму связана с отсутствием утвержденных государственных стандартов амбулаторного лечения по всем видам заболеваний.

Для экспресс-расчета суммы покрытия страховых расходов можно использовать статистические данные по розничным продажам лекарственных средств.

Так, согласно данным Госстата по Красноярскому краю за 2012 год, розничные продажи лекарственных средств составили 10,76 млрд рублей, из этой суммы было необходимо исключить сумму финансирования федеральных и региональных льготников, которая составила 2,7 млрд рублей.

Специалисты Министерства здравоохранения Красноярского края прогнозируют увеличение роста цен на лекарственные средства в 2013 году в пределах 5,5%. Путем умножения суммы розничных продаж (без учета имеющегося льготного отпуска) на индекс увеличения цен получаем потенциальный размер регионального розничного рынка лекарственных средств на 2013 г. в ценах конечного потребления. Делая предположение, что полученная величина в 9,24 млрд рублей и есть реальная потребность населения Красноярского края в лекарствах для амбулаторного лечения, приравниваем ее к величине нетто-премии.

После проведения расчета страховой нетто-премии переходим к определению рискованной составляющей. Расчеты этой составляющей основаны на статистическом анализе отклонений страховых выплат от их среднего значения. В отсутствии такой информации за прошлые периоды расчет рискованной составляющей не представляется возможным.

Потенциальная страховая нагрузка при осуществлении АЛС в Красноярском крае складывается из следующих составляющих:

- услуги аптек;
- услуги аптечных складов;
- административные расходы и прибыль страховой компании.

Поскольку рассчитанный нами выше размер нетто-премии производился в розничных ценах, то стоимость услуг аптек и аптечных складов уже входит в сумму нетто-премии.

Оператором программы АЛС (страховой компанией) в Красноярском крае может выступить территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Оптимальность такого выбора в первую очередь связана с уже имеющимся значительным опытом фонда при администрировании действующих федеральных и региональных программ по льготному лекарственному обеспечению населения Красноярского края. Однако специалисты фонда затрудняются сделать прогноз роста административных расходов в случае участия ТФОМС в программе амбулаторного лекарственного страхования. По понятным причинам о прибыли фонда речь даже не идет.

Сумма в 9,24 млрд рублей — это минимальная годовая стоимость программы лекарственного страхования в Красноярском крае при условии 100% оплаты амбулаторных рецептов. Такая огромная сумма едва ли может быть выделена, поэтому для ее ограничения есть основания использовать следующие опции:

- финансирование оплаты лекарственных средств только из списка жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- финансирование оплаты лекарств только по определенным видам заболеваний;
- частичное финансирование оплаты лекарственных средств.

Таким образом, в результате исследования предложена региональная модель лекарственного страхования амбулаторных больных в краткосрочном варианте, разработаны алгоритм и формулы для ее расчета.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Баркаев Г.С.* Анализ лекарственного обеспечения населения республики Дагестан в условиях обязательного медицинского страхования / Г.С. Баркаев, С.А. Парфейников, Т.М. Бондарева // Пути и формы совершенствования фарм. образования. Создание новых физиологически активных веществ: Мат-лы 5-й междунар. науч.-метод. конф. «Фармобразование-2013». — Воронеж: ИПЦ ВГУ, 2013. — С.175—177.
- [2] Лекарственное страхование: возможности и проблемы [Электронный ресурс] / Независимый центр стратегических исследований рынка страхования FinAssist. — М., 2009. — 13 с. — URL: http://finassist.ru/files/lekarstvennoe_strahovanie.pdf.
- [3] *Овод А.И.* Методические рекомендации по расчету стоимости полиса добровольного медицинского страхования / А.И. Овод, М.Д. Муковнина. — Курск: КГМУ, 2010. — 40 с.
- [4] *Четыркин Е.М.* Актуарные расчеты в негосударственном пенсионном и медицинском страховании / Е.М. Четыркин. — М.: Дело, 2009. — 256 с.

REFERENCES

- [1] *Barkaev G.S.* Analysis of the drug provision of the population of Dagestan under compulsory health insurance / G.S. Barkaev, S.A. Parfeynikov, T.M. Bondareva // Ways and forms improving farm. образования. education. Create new physiologically active substances: Materials of the 5th Intern. scientific-method. conf. «Farmobrazovanie 2013». —Voronezh: VSU CPI, 2013. — S. 175—177.
- [2] Patient Insurance: Opportunities and Challenges [electronic resource] / Independent Center for Strategic Studies of the insurance market FinAssist. — M., 2009. — 13 p. — Mode of access: http://finassist.ru/files/lekarstvennoe_strahovanie.pdf.
- [3] Ovod A.I. Guidelines on the calculation of the cost of medical insurance policy / A.I. Ovod, M.D. Mukovkina. — Kursk: KSMU, 2010. — 40 p.
- [4] *Chetyrkin E.M.* Actuarial calculations in state pension and health insurance. — Moscow: De-lo, 2009. — 256 p.

MODEL BUILDING OF COST FOR AMBULATORY DRUG INSURANCE PROGRAM

**L.V. Moshkova, Yu.V. Permyakov,
E.A. Korzhavykh**

Department of Pharmaceutical Management & Economics
Medical post-graduated faculty
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 10/2, Moscow, Russia, 117198

The problem of drug price availability increase for population is still significant at the present time. The variants of regional program for ambulatory drug insurance were discussed in the article. The model of short-term drug insurance was considered using Krasnoyarsk region as example, algorithm of necessary calculations, mathematical apparatus, required preliminary data as well.

Key words: drug insurance, short-term insurance, model building, ambulatory patients, Krasnoyarsk region.