

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра фармации с курсом ПО

Реферат на тему
Принципы государственной политики в сфере лекарственного обеспечения

Выполнил:
ординатор кафедры фармации
специальности 33.08.02 Управление
и экономика фармации
Ф.И.О. Бобрикова Алла Семеновна

Красноярск 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. СУЩНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.....	5
2. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В СФЕРЕ ПОЛУЧЕНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ.....	9
2.1. Правовая база осуществления лекарственной помощи населению	9
2.2. Проблемы совершенствования лекарственного обеспечения в нашей стране. Зарубежный опыт лекарственного обеспечения населения	16
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	24
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	26

ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с Конституцией Российской Федерации человек, его права и свободы являются высшей ценностью государства (ст. 2). Основная политика РФ как социального государства направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и гарантирующих социальную поддержку своим гражданам в случае болезни, инвалидности и старости (ст. 7 и 39). Каждый гражданин России имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения должна оказываться бесплатно (ст. 41) [7].

В соответствии с действующим российским законодательством около 90 млн человек имеют право на получение социальных гарантий, льгот и выплат. Из них 45 млн граждан (ветераны и инвалиды ВОВ, инвалиды, больные определенными заболеваниями и т. п.) имеют право при амбулаторном лечении получать лекарственные средства (ЛС) бесплатно или с 50% скидкой.

Однако из-за дефицита финансовых средств степень удовлетворения объемов потребности в данной лекарственной помощи в разных субъектах РФ (в силу существенного различия их социально-экономических условий развития) составляет от 30 до 100%. При этом жители сельских местностей, имеющие права на приобретение ЛС на льготных условиях, обеспечиваются в 2 раза хуже, чем жители городов.

Жителям отдельных населенных пунктов лекарственная помощь на льготных условиях в силу разных обстоятельств была вообще недоступна, несмотря на то, что в России провозглашен страховой принцип, основанный на системе ОМС, при которой здоровый платит за больного и которая успешно практикуется в большинстве цивилизованных стран.

В связи с данными проблемами современного лекарственного обеспечения актуальность темы работы не вызывает сомнения.

Целью работы является изучение особенностей организации лекарственного обеспечения населения в РФ.

Задачами работы является:

- выявление сущности лекарственной помощи;
- изучение правового регулирования осуществления государственного лекарственного обеспечения в РФ;
- рассмотрение категорий граждан, имеющих право на льготное социальное обеспечение;

- выявление особенностей программы ОНЛС и путей ее совершенствовании на основе зарубежного опыта.

1. СУЩНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Лекарственная помощь в сфере действия норм права социального обеспечения оказывается всем гражданам бесплатно в части, касающейся назначения лекарств и осуществления контроля над результатом их применения. На этапе оказания лекарственной помощи, который связан с предоставлением или приобретением лекарственных препаратов, происходит дифференциация правового регулирования. Нормы права социального обеспечения регулируют отношения по лекарственному обеспечению - предоставлению лекарств бесплатно или с частичной оплатой. Право на лекарственное обеспечение имеют субъекты-получатели, которые выделяются по социальному, профессиональному или медицинскому критериям.

Лекарственная помощь как услуга и лекарственные препараты являются натуральными видами социального обеспечения. первоочередных задач совершенствование системы лекарственного обеспечения. Лекарственная помощь, по оценке специалистов, составляет от 70% до 95% всех врачебных назначений, поэтому она является важнейшей составляющей лечебного процесса.

Стратегия лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 года, утвержденная Приказом Минздрава России от 13.02.2013 № 66, определяет приоритетные социально-экономические задачи в сфере лекарственного обеспечения населения РФ на долгосрочную перспективу, решение которых должно осуществляться поэтапно. Разработка Стратегии обусловлена целым рядом проблем, среди которых отмечаются следующие: отсутствие единого федерального регистра лиц, имеющих право на лекарственное обеспечение бесплатно или со скидкой при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях; неравномерность уровня лекарственного обеспечения в субъектах РФ; низкая доступность лекарственного обеспечения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях гражданам, не имеющим право на лекарственное обеспечение бесплатно или со скидкой. И.А. Колоцей отмечает, что разными формами возмещения стоимости лекарственных средств в РФ охвачено примерно 15% населения. Поэтому основной проблемой реализации права на лекарственное обеспечение является доступность лекарственных средств для остальных граждан [6].

В 2016 году завершён второй этап предусмотренных Стратегией мероприятий. В рамках данного этапа должна быть осуществлена реализация пилотного проекта по модернизации системы лекарственного обеспечения (бесплатно или со скидкой)

отдельных категорий граждан за счет средств федерального и региональных бюджетов. Реализация Стратегии на третьем этапе (2017-2025 годы) предусматривает внедрение на территории Российской Федерации оптимальной модели системы лекарственного обеспечения (бесплатно или со скидкой) отдельных категорий граждан за счет средств указанных бюджетов.

Масштабные планы и концептуальные изменения установленного порядка должны осуществляться таким образом, чтобы это не привело к нарушению прав граждан в сфере лекарственной помощи и лекарственного обеспечения, поскольку лекарственные препараты (лекарства) являются «одним из факторов, влияющих на результат» оказания медицинской помощи [18]. Весьма значимую роль в регулировании отношений по предоставлению лекарственной помощи при бесплатном оказании гражданам медицинской помощи играют нормы права социального обеспечения.

Комплексный анализ проблем, возникающих в сфере правового регулирования лекарственной помощи, проведен М.В. Подвязниковой, которая рассматривает понятие «лекарственная помощь» в соотношении с понятием «медицинская помощь». По мнению автора, лекарственная помощь является не видом, а элементом медицинской помощи, степень обязательности которого зависит от характера предоставляемой медицинской услуги; лекарственное обеспечение является одним из этапов лекарственной помощи, в рамках которого пациент обеспечивается необходимыми ему медикаментами; осуществление лекарственной помощи происходит в несколько этапов: назначение лекарственных препаратов; их предоставление или приобретение; прием и применение лекарственных препаратов; контроль достигнутого результата от их приема [19].

Анализируя различные аспекты правового регулирования лекарственной помощи, М.В. Подвязникова утверждает, что лекарственная помощь как элемент медицинской помощи носит «производный» характер, в связи с чем может устанавливаться «аналогичный механизм» ее оказания и правовое регулирование возникающих при этом отношений [19]. Данное утверждение справедливо только отчасти. Не всегда лекарственная помощь может предоставляться в рамках «тех же правовых режимов». Необходимо учитывать, что на определенном этапе, который автор называет «предоставление или приобретение» лекарственных препаратов, после бесплатного оказания медицинской помощи в виде консультации врача и его рекомендации по поводу применения лекарственных препаратов гражданин (пациент) самостоятельно приобретает необходимые лекарства (если он не относится к категории лиц, имеющих право на их получение бесплатно или с частичной оплатой). Следовательно, в данном случае имеют

место особенности правового регулирования, поскольку отношения по лекарственной помощи регулируются нормами права социального обеспечения лишь частично.

Для большинства населения страны гарантированность бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в государственной и муниципальной системах здравоохранения сопряжено с необходимостью приобретения лекарственных препаратов за счет собственных средств граждан. Задачей государства является обеспечение наличия жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и их доступности (прежде всего по стоимости). Как отмечает В.В. Копилевич, несмотря на то, что в России «декларируется равный доступ к медицинской помощи, ее важный компонент остается за пределами государственных гарантий» [8]. Все это требует не только организационного и финансового решения проблемы, но и четкого правового регулирования.

Итак, лекарственная помощь является более объемным понятием и включает понятие «лекарственное обеспечение». Различие в их правовом регулировании проявляется следующим образом. При бесплатном оказании медицинской помощи лекарственная помощь для всех граждан в части, касающейся консультации (назначения, рекомендации) врача, также оказывается бесплатно. Эти отношения регулируются нормами права социального обеспечения. На этапе, который связан с предоставлением или приобретением лекарственных средств, происходит дифференциация правового регулирования. Лекарственное обеспечение (т.е. предоставление лекарств бесплатно или с частичной оплатой) предусмотрено для отдельных категорий граждан. Кроме того, бесплатное лекарственное обеспечение предусмотрено для всех категорий населения при оказании конкретных видов помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Приобретение лекарств за счет собственных средств граждан - сфера гражданско-правового регулирования.

В сфере действия норм права социального обеспечения лекарственная помощь имеет двойственную природу. С одной стороны, она является одним из сопутствующих элементов бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; а с другой, - представляет собой определенную последовательность обособленных действий, предусматривающих назначение, предоставление (бесплатно или с частичной оплатой) лекарственных препаратов и контроль за результатом их применения. Предоставление лекарственных препаратов бесплатно или с частичной оплатой составляет основное содержание понятия «лекарственное обеспечение». На этапе, который называется «применение лекарственных препаратов», правовое регулирование имеет место в том случае, если такое применение осуществляют медицинские работники. Что касается приема лекарств гражданином (по рекомендации врача), то здесь многое зависит от

ответственности самого человека за свое здоровье. Право социального обеспечения регулирует эти отношения опосредованно: возможно снижение размера пособия по временной нетрудоспособности, если застрахованное лицо нарушает режим лечения, предписанный лечащим врачом.

В юридической литературе понятие «лекарственное обеспечение» рассматривается в широком и узком смысле слова [6]. Такой же подход прослеживается в отдельных программных документах. Так, в Стратегии лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 года термин «лекарственное обеспечение» применяется и в широком смысле - как обеспечение доступности лекарств для всего населения, и в более узком значении - в смысле предоставления лекарств бесплатно или со скидкой отдельным категориям граждан. Сущность рассматриваемого понятия определяют и другие особенности. В.А. Внукова отмечает, что в силу своей значимости медицинские услуги и лекарственные средства обладают признаками как частных, так и общественных благ [1].

С учетом изложенного можно констатировать, что лекарственная помощь является социальным благом, имеет стоимостное выражение и может выступать в качестве:

- 1) нематериального объекта - услуги (назначение или рекомендация медицинского работника);
- 2) материального объекта - конкретные лекарственные препараты, предоставляемые гражданам бесплатно или с частичной оплатой в порядке лекарственного обеспечения.

И лекарственная помощь как услуга, и лекарственные препараты являются натуральными видами социального обеспечения. В этой связи вызывает возражение утверждение, что лекарственная помощь, выступающая элементом медицинской помощи, не является «самостоятельным видом социального обеспечения» [19].

2. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В СФЕРЕ ПОЛУЧЕНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ

2.1. Правовая база осуществления лекарственной помощи населению

Правовую базу, на основании которой осуществляется регулирование отношений по бесплатному оказанию лекарственной помощи и лекарственному обеспечению (бесплатно или со скидкой, т.е. с частичной оплатой), формирует ряд федеральных законов. Следует отметить, что в федеральных законах, закрепляющих право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, как правило, применяется термин «лекарственное обеспечение». Термин «лекарственная помощь» можно встретить лишь в отдельных законах, например, в ст. 4 Закона РФ № 4015-1.

ФЗ № 61 определяет важнейшее понятие - «лекарственные средства», к которым относятся фармацевтические субстанции и лекарственные препараты. Лекарственные препараты - это лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации. В соответствии с положениями ФЗ № 61 формируется Государственный реестр лекарственных средств [13].

В Российской Федерации осуществляется государственное регулирование цен на лекарственные препараты для медицинского применения в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29.10.2010 № 865 «О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов». Распоряжением Правительства РФ от 26.12.2015 № 2724-р утвержден перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов - это перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, обеспечивающих приоритетные потребности здравоохранения в целях профилактики и лечения заболеваний, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости в Российской Федерации.

Правовое регулирование отношений, связанных с бесплатным лекарственным обеспечением граждан, осуществляется в соответствии с ФЗ № 323 и ФЗ № 326.

Обеспечение граждан лекарственными препаратами, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, осуществляется в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при оказании следующих ее видов:

- 1) первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме;
- 2) специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной;
- 3) скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной;
- 4) паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год утверждена Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382.

Следовательно, всем лицам, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, одновременно гарантируется и бесплатное лекарственное обеспечение. Объем его зависит от видов, форм и условий оказания медицинской помощи. Круг лиц, имеющих право на лекарственное обеспечение в указанных случаях, охватывает практически все население страны. Поэтому для отграничения этого круга лиц от различных категорий граждан, имеющих право на лекарственное обеспечение по иным основаниям, можно использовать термин «общий медицинский критерий». На основе данного критерия формируется весьма широкий круг субъектов-получателей лекарственных препаратов.

При оказании медицинской помощи в рамках федеральной программы государственных гарантий и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

- 1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи. Стандарт медицинской помощи включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата;
- 2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям.

В рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов РФ устанавливают перечень лекарственных препаратов, которые отпускаются населению:

1) бесплатно в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно;

2) с 50%-ной скидкой в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50%-ной скидкой. Указанные Перечни утверждены Постановлением Правительства РФ от 30.07.1994 № 890.

Первый из указанных перечней объединяет две группы граждан, которым при амбулаторном лечении лекарства отпускаются по рецепту врача бесплатно: а) одна группа формируется по категориальному принципу (т.е. по отдельным социальным категориям), и в этом случае лекарства предоставляются бесплатно, если граждане относятся к одной из указанных в перечне социальных категорий; б) в основе формирования другой группы лежит специфика и характер заболеваний, для лечения которых лекарства по рецепту врача предоставляются бесплатно (независимо от принадлежности гражданина к какой-либо социальной категории).

В указанный Перечень групп населения и категорий заболеваний включены лекарства для оказания медицинской помощи лицам, которые: а) страдают социально значимыми заболеваниями; б) страдают заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Особый порядок лекарственного обеспечения предусмотрен для лечения заболеваний, включенных в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности. В целях обеспечения лекарственными препаратами граждан, страдающих указанными заболеваниями, осуществляется ведение Федерального регистра лиц, страдающих такими заболеваниями (т.е. общий федеральный список этих лиц). Для этой категории лиц предусмотрены специальные «орфанные лекарственные препараты» - лекарственные препараты, предназначенные исключительно для диагностики или патогенетического лечения (лечения, направленного на механизм развития заболевания) редких (орфан-ных) заболеваний.

В соответствии с ФЗ № 323 уполномоченный федеральный орган исполнительной власти утверждает порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, формы

рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядок оформления этих бланков, их учета и хранения.

ФЗ № 326 предусматривает, что в структуре страхового тарифа на оплату медицинской помощи наряду с прочими расходами включаются расходы на приобретение лекарственных средств. При ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляются сбор, обработка, передача и хранение сведений о медицинских услугах, оказанных застрахованному лицу, и о примененных лекарственных препаратах.

В различных законах закреплены права отдельных категорий граждан или лиц, страдающих определенными заболеваниями, на бесплатное лекарственное обеспечение.

Право отдельных категорий граждан на лекарственное обеспечение

Правовое регулирование оказания лекарственной помощи в форме лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан осуществляется не на основе единого законодательного акта, а включает целый ряд законов, содержащих соответствующие правовые нормы.

Разрозненность правовых норм, множественность нормативных правовых актов, разные уровни правового регулирования не позволяют сформировать единую, упорядоченную, взаимосвязанную систему норм о лекарственном обеспечении. В этом многообразии можно выделить отдельные группы субъектов-получателей лекарств:

- 1) социальную;
- 2) профессиональную;
- 3) специальную медицинскую.

Каждой группе соответствует свой перечень законов и подзаконных актов. Четкой границы между этими группами нет. Субъекты-получатели могут переходить из одной группы в другую или принадлежать одновременно к разным группам.

По условиям предоставления лекарств можно выделить две группы субъектов-получателей лекарственных препаратов: а) лица, лекарства которым предоставляются бесплатно; б) лица, лекарства которым предоставляются с частичной оплатой (со скидкой).

Право социального обеспечения в части правового регулирования лекарственного обеспечения ориентировано, прежде всего, на отдельные социальные категории граждан. Кратко обозначим некоторые из них.

К основным социальным категориям граждан, имеющим право на бесплатное лекарственное обеспечение, отнесены: Герои Советского Союза, Герои России, участники Великой Отечественной войны; родители и жены погибших военнослужащих; лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»; бывшие несовершеннолетние

узники концлагерей; дети первых трех лет жизни, а также дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет; инвалиды I группы, неработающие инвалиды II группы, дети-инвалиды в возрасте до 18 лет; граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы и некоторые другие лица.

В соответствии с ФЗ № 178 ряд категорий граждан имеют право на получение набора социальных услуг: ветераны Великой Отечественной войны и ветераны боевых действий; члены семей погибших (умерших) военнослужащих; инвалиды 1, 2 или 3 группы и дети-инвалиды; лица, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, и некоторые другие категории граждан. Указанным лицам в состав предоставляемого им набора социальных услуг включается услуга по обеспечению их необходимыми лекарственными препаратами, которые выдаются по рецептам. В этом случае из общей суммы ежемесячной денежной выплаты, которая предоставляется взамен натуральных льгот, вычитается стоимость лекарственных препаратов по установленным нормативам.

Законом РФ № 4301-1 и ФЗ № 5 право на первоочередное обеспечение лекарствами, приобретаемыми по рецептам врача, предоставлено Героям Советского Союза, Героям Российской Федерации, полным кавалерам ордена Славы, Героям Социалистического Труда, Героям Труда России и полным кавалерам ордена Трудовой Славы.

Для застрахованных лиц, пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, ФЗ № 125 предусмотрен такой вид обеспечения по страхованию, как оплата дополнительных расходов, связанных с медицинской реабилитацией застрахованного (за счет средств страховых взносов), включая приобретение лекарственных препаратов.

К особой категории относятся граждане, получившие профессиональные заболевания в результате воздействия токсичных химикатов, относящихся к химическому оружию, независимо от времени проведения работ с химическим оружием. В соответствии с ФЗ № 136 им предоставляются социальные гарантии, включая обеспечение лекарственными препаратами по рецептам при лечении основного заболевания в амбулаторных условиях.

Лицо, получившее на основании Закона РФ № 4530-1 свидетельство о регистрации ходатайства о признании его вынужденным переселенцем, и прибывшие с ним члены семьи, не достигшие возраста восемнадцати лет, имеют право на медицинскую помощь и обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения в медицинских организациях в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья.

Следующая группа субъектов-получателей лекарственных препаратов, которым лекарства предоставляются бесплатно, - это граждане, больные определенными заболеваниями.

В зависимости от характера заболевания и состояния больного в одних случаях бесплатно предоставляются все лекарственные препараты (например, диабет, онкологические заболевания, лепра, СПИД, психические заболевания), в других - только те лекарства, которые необходимы для лечения какого-то конкретного заболевания (например, лучевая болезнь, туберкулез, бронхиальная астма, инфаркт миокарда).

Правовое регулирование бесплатного лекарственного обеспечения при отдельных видах заболеваний может включать нормы специальных законов, если заболевания, которыми страдают граждане, представляет опасность для окружающих, либо требует особого внимания государства. Среди субъектов-получателей лекарств в таких случаях следует указать лиц, больных туберкулезом; лиц, которые являются ВИЧ-инфицированными; а также лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями.

Лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом на основании ФЗ № 77 бесплатно обеспечиваются лекарственными препаратами для медицинского применения для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях.

В целях предупреждения распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), государством гарантируются бесплатное обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в соответствии с ФЗ № 38.

Государство обеспечивает лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями соответствующими лекарственными препаратами. Ввиду высокой стоимости орфанных лекарственных препаратов организация их закупки осуществляется на основе Постановления Правительства РФ от 26.12.2011 № 1155.

Несмотря на закрепление в Конституции РФ права на охрану здоровья и медицинскую помощь, ученые и эксперты отмечают, что «объем его реализации у пациентов, страдающих орфанными заболеваниями, во многом определяется возможностью своевременного обеспечения пациента лекарственными средствами». Если процедура производства и предоставления указанным пациентам жизненно необходимых лекарств затягивается, «ставится под сомнение реализация ими права на охрану здоровья и медицинскую помощь» [18].

По мнению М.В. Подвязниковой, граждане, страдающие редкими (орфанными) заболеваниями, не могут реализовать свое право на лекарственное обеспечение в тех случаях, когда лекарственное средство для лечения заболевания еще не разработано [19]. С таким утверждением трудно согласиться. По-видимому, все-таки лечение этих граждан проводится на основе существующих лекарств, и граждане в этом случае реализуют свое право на лекарственное обеспечение. Но проблема лекарственного обеспечения лиц, страдающих орфанными заболеваниями, безусловно, существует [9,10].

В течение последнего десятилетия ученые и специалисты постоянно обращают внимание на различные проблемы в сфере лекарственного обеспечения [2,5,11,17]. И.А. Джупарова, С.Г. Сбоева указывают на нарастание негативных тенденций, в том числе несвоевременное и некачественное оказание данного вида помощи [3]. А.А. Мохов считает, что гарантированное лекарственное обеспечение в рамках оказания медицинской помощи населению осуществляется государством в довольно жестких границах финансирования [12].

Целый ряд законов регулирует отношения по лекарственному обеспечению лиц, относящихся к отдельным профессиональным категориям. В основном это государственные служащие, проходящие военную и иную приравненную к ней службу (военнослужащие, сотрудники Следственного комитета, сотрудники органов внутренних дел, сотрудники полиции, прокурорские работники и др.), а также судьи. Предоставление права на бесплатное лекарственное обеспечение указанным лицам особенно важно в случаях, когда сотрудник утрачивает здоровье и становится инвалидом в связи со своей профессиональной деятельностью.

В соответствии с установленным порядком за гражданином Российской Федерации, уволенным со службы в соответствующих учреждениях (органах) и ставшим инвалидом вследствие увечья или иного повреждения здоровья, полученных в связи с выполнением служебных обязанностей, либо вследствие заболевания, полученного в период прохождения службы в этих учреждениях и органах, сохраняется право на бесплатное обеспечение лекарственными препаратами по рецептам в медицинских организациях уполномоченного федерального органа.

Таким образом, можно констатировать, что в российском законодательстве право отдельных категорий граждан на бесплатное лекарственное обеспечение связано с тремя критериями, определяющими субъекта-получателя лекарственных препаратов: социальный (отдельные социальные категории граждан); профессиональный (отдельные профессиональные категории граждан); специальный медицинский (граждане, страдающие отдельными категориями заболеваний).

В целом установленный механизм лекарственного обеспечения (бесплатно или с частичной оплатой) предоставляет указанным гражданам возможность в наибольшей степени реализовать свое конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь независимо от материального положения, так как исключает или уменьшает расходы на приобретение лекарственных препаратов для лечения всех заболеваний либо отдельных из них (социально значимых или представляющих опасность для окружающих).

Состояние правового регулирования российской системы лекарственного обеспечения показывает, что нормативный правовой материал в данной сфере характеризуется объемностью, бессистемностью, разрозненностью, превалированием количества специальных норм над общими. В результате система льготного лекарственного обеспечения граждан не всегда способствует беспрепятственной реализации прав наиболее уязвимых социальных групп населения на получение необходимых лекарственных препаратов.

2.2. Проблемы совершенствования лекарственного обеспечения в нашей стране.

Зарубежный опыт лекарственного обеспечения населения

На сегодняшний день в России сложилась сложная демографическая ситуация, обусловленная старением и высоким уровнем смертности населения, ростом распространенности хронических заболеваний, сохранением социально-экономического неравенства в доступе к услугам здравоохранения [20,21,22].

Адекватное лекарственное обеспечение критически важно для достижения необходимых целей системы здравоохранения – сохранение и укрепление здоровья населения как главной социально-экономической ценности государства [13].

В свою очередь, здоровые люди, состояние которых сохраняется за счет доступной, эффективной и безопасной системы здравоохранения и рациональной системы лекарственного обеспечения, имеют решающее значение для будущего успеха страны в достижении долгосрочной стратегической цели - выходу на уровень экономического и социального развития, соответствующий статусу России как ведущей мировой державы XXI века.

Установлено, что система управления лекарственным обеспечением зависит от принятой в стране системы здравоохранения. В отличие от России, при наличии государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения в развитых

странах (США, Германия, Франция и др.) принята система здравоохранения, в основу которой положено частное или государственное медицинское страхование. В России все финансовые вопросы медицинского страхования решаются страховщиками и ЛПУ без участия застрахованного, и оно не предусматривает оплаты им части страхового тарифа. В развитых европейских странах существует сооплата, когда застрахованный оплачивает разницу в цене между желаемым ЛС и тем, которое прописано в договоре. Этот механизм обеспечения ЛС очень эффективен, но в России он не работает из-за особенностей законодательной базы. Следует отметить, что за рубежом основным принципом оптимизации управления качеством лекарственного обеспечения является создание эффективного механизма сдерживания расходов на ЛС при сохранении их доступности для населения. К основным механизмам решения этих проблем относятся непосредственный контроль за ценами, применение генерических препаратов и др. [16].

Особенность предстоящего периода развития системы лекарственного обеспечения в России - появление новых внешних и внутренних вызовов, с которыми предстоит столкнуться системе здравоохранения.

Первый вызов – рост продолжительности жизни населения приводит, как следствие, к старению популяции. Это меняет требования к организации системы здравоохранения и лекарственного обеспечения, выдвигают новые повышенные запросы к ресурсному обеспечению систем социального страхования и социальной помощи.

Второй вызов - нестабильность мировой экономики, колебания мировых финансовых рынков и цен на энергоносители. В этой связи очень остро встает вопрос рациональности использования имеющихся ограниченных общественных ресурсов.

Третий вызов - значительное усиление роли человеческого фактора во всех областях развития экономики и общества. Отсюда возрастает роль социальных программ, обеспечивающих сохранение высокого качества человеческого потенциала, в первую очередь – эффективного лекарственного обеспечения работоспособного населения страны.

Четвертый вызов - ускорение технологических изменений, происходящих в мире. Россия должна быть в авангарде этих изменений и активно развивать ключевые технологические направления, определяющие облик здравоохранения будущего.

Пятый вызов - усиление глобальной конкурентной борьбы за привлечение стратегических инвестиций в систему здравоохранения. Россия должна создать условия, в которых развитие здравоохранения будет привлекательно как для отечественных, так и для зарубежных инвесторов.

Шестой вызов - снижение предложения трудовых ресурсов и дефицит квалифицированной рабочей силы в системе здравоохранения. В условиях растущей мировой конкуренции за пациента это обстоятельство диктует необходимость создания эффективной системы медицинского и фармацевтического образования, обеспечения мотивации персонала к постоянному повышению квалификации и повышению качества медицинской помощи.

Эти вызовы создают предпосылки для совершенствования государственной политики в области здравоохранения и в первую очередь, системы лекарственного обеспечения, которое является неотъемлемой частью процесса лечения [15].

Программа ОНЛС обеспечила доступность дорогих жизненно важных препаратов, позволила улучшить качество жизни, оказала положительное влияние на темпы роста фармрынка и его ассортимент, однако вреди факторов, обуславливающих недостаточную удовлетворенность граждан лекарственным обеспечением в настоящее время, следует отметить [4]:

- недостаточное развитие российской фармацевтической промышленности, как источника доступных лекарственных препаратов;
- рост стоимости медикаментозной составляющей лечения, связанной с появлением дорогостоящих инновационных препаратов для диагностики, лечения и профилактики широко распространённых заболеваний,
- отсутствие механизмов стимулирования использования не менее эффективных, но более дешевых воспроизведённых лекарственных средств (дженериков), а также агрессивную маркетинговую политику производителей лекарственных средств.
- случаи нерациональных и неэффективных лекарственных назначений, не соответствующих общепринятым мировым стандартам диагностики и лечения (зачастую – в силу отсутствия адаптации в Российской Федерации таких стандартов), безответственное применение лекарственных препаратов без медицинских показаний.
- слабую систему профилактики (управления рисками) и ранней диагностики заболеваний, достаточной для предотвращения развития тяжелых осложнений или лечения заболеваний на ранней стадии, что ведет к постоянному удорожанию стоимости лечения;
- отсутствие системы прогнозирования развития заболеваний и их осложнений;

- неравномерность лекарственного обеспечения на федеральном и региональном уровнях различных категорий граждан, включая льготные, необходимыми для их лечения [17].

Повышение доступности лекарственных средств для населения возможно за счет расширения объемов государственных гарантий и внедрения солидарных страховых механизмов лекарственного обеспечения. Однако данное требование должно быть сбалансировано с реальными возможностями бюджета страны и учитывать риски, связанные с нестабильностью бюджетных доходов.

Лекарственное обеспечение является одной из важнейших социальных гарантий, предоставляемых населению в различных странах, и большинство развитых стран мира гарантирует обеспечение населения лекарственными средствами на безвозмездной или частично возмещаемой основе. Большинство стран ЕС на амбулаторном этапе медицинской помощи покрывают расходы на лекарственные средства всему населению согласно рецептам, выписанным врачами. В развивающихся странах расходы на лекарственные средства на амбулаторном этапе покрываются только ограниченному кругу населения — наиболее социально незащищенным слоям населения [15].

Существуют страны с развитой системой обязательного медицинского страхования (Германия, Австрия, Франция, Швейцария, Канада и др.), страны с системой организации здравоохранения на принципах бюджетного финансирования (Великобритания, Швеция, Испания, Австралия и др.), особая система организации здравоохранения, основанная на развитом частном медицинском страховании, функционирует в США.

Средние подушевые расходы на лекарственные средства в странах ЕС составляют 400\$ (в ценах производителей). В Российской Федерации эти расходы составляют (по экспертным оценкам) в розничных ценах потребителей в среднем 70 долл. США, а в ценах производителей около 40 долл. США, или в среднем в 10 раз меньше, чем в странах ЕС. В доле валового внутреннего продукта (ВВП) расходы на лекарственные средства в странах ЕС в среднем составляют 1,5% в ценах производителей, в Российской Федерации — 0,75% в розничных ценах, или 0,43% в ценах производителей. В странах ЕС расходы на лекарственные средства из государственных и общественных источников в среднем составляют 70% от общих расходов на лекарственные средства, в России по экспертным оценкам — не более 45%. В 2006 году потребление медикаментов на душу населения в Российской Федерации составило 75 долл. США, для сравнения аналогичный показатель для США и Японии приближается к 600 долл. США, Германии 363 долл. США, Франции 410 долл. США, Чехии 128 долл. США.

Проблема доступности лекарств в странах с развитой экономикой, прежде всего, связана с растущими расходами на их приобретение. Прогрессирующий рост стоимости здравоохранения – общемировая тенденция, которая в последнее время приобрела роль одного из ведущих факторов торможения экономического роста и развития кризисных явлений. Темпы роста расходов государств на здравоохранение зачастую превышают темпы роста ВВП и индекса цен потребительских товаров. Сегодняшние трудности экономических развитых стран в данной сфере связаны с широким охватом («льготы для всех») и высоким уровнем (порядка 80%) государственного субсидирования расходов на лекарства. В России, по различным оценкам, порядка 70% стоимости лекарств оплачивают сами пациенты.

Рост расходов по мере роста числа больных и появления новых методов лечения заболеваний и их стадий ощущается во всём мире, но прежде всего, в США, чей рынок оказывает наибольшее деформирующее воздействие на мировой рынок лекарств, медицинской техники и здравоохранения. В странах ЕС расходы на лекарственные средства ежегодно растут в среднем на 5% ввиду старения населения и роста доли хронических заболеваний, появление новых дорогостоящих лекарственных средств, давления фармпроизводителей, а также повышение информированности населения.

В связи с изложенным, государственная политика должна быть направлена на сдерживание расходов на лекарственные средства, покрываемых за счет государственных и общественных источников финансирования.

Рассмотрим механизмы сдерживания государственных расходов на лекарственные средства

1. Формирование ограничительных Перечней лекарственных средств.

Перечни лекарственных средств формируются на основании данных по: терапевтической эффективности и безопасности препарата, оценке сравнительной экономической эффективности по направленности данного препарата на решение наиболее важных и актуальных проблем, связанных со здоровьем населения. Существуют «позитивные» Перечни, то есть списки препаратов, которые будут оплачены из общественных фондов, и «отрицательные» Перечни - списки лекарственных средств, не подлежащие покрытию. В большинстве стран ЕС объем покрытия рецептурных лекарственных средств достаточно широк, например, в Великобритании покрываются расходы на 86% рецептурных препаратов, в Швеции — на 60%. В Германии существуют незначительные ограничения по покрытию расходов на лекарственные средства больничными кассами, например, исключены препараты для лечения «обычных» заболеваний (простуда, грибковые заболевания, слабительные препараты) и

малоэффективные препараты. Обычно фармпроизводитель подает заявку на включение в Перечень, которую затем рассматривает специальная Комиссия в соответствии с утвержденными жесткими требованиями [25].

2. Использование дополнительных источников финансирования — соплатежи населения.

Общей чертой систем организации лекарственного обеспечения в развитых зарубежных странах при амбулаторном лечении является частичное возмещенное предоставление пациенту назначенных и выписанных врачом лекарственных средств. Помимо схем сооплаты существуют схемы мотивации, как для пациента, так и для аптек. Во всех экономически развитых странах идет процесс переноса на больного части затрат на приобретение лекарственных средств, и, как правило, доля, оплачиваемая пациентом, меняется от типа медикамента: если лекарство предназначено для лечения хронических заболеваний или имеет жизненно важный терапевтический эффект, то доля соплатежа может быть незначительна. Не подлежат дотации и оплачиваются пациентами полностью препараты, потребление которых предписывается стилем жизни (курение, ожирение, эректильная дисфункция и т.д.).

Существуют разные варианты соплатежей: фиксированная доплата на лекарственные средства, рецепт или упаковку; доплата определенного процента от стоимости лекарственных средств. Этот процент варьируется в зависимости от группы населения, причем наиболее социально уязвимые категории населения освобождены от соплатежей. Во Франции различные группы населения в зависимости от заболевания доплачивают 0 %, 35 %, или 65 %. В Англии доплата фиксированная и составляет 6,1 фунтов (12,2 долл. США), при этом 80 % населения освобождено от доплаты. В Германии фиксированные соплатежи составляют от 2 до 10 евро. Введение доплат мотивирует пациентов к применению более дешевых препаратов, в том числе и воспроизведенных лекарственных средств (дженериков) [25].

3. Регулирование ценообразования и формирование референтной цены для возмещения расходов на лекарственные средства из общественных источников.

По видам цено регулирования все страны могут быть разделены на 3 основные группы: жесткое регулирование цен на рецептурные лекарственные препараты (Бельгия и Испания); регулирование прибыли фармпроизводителей (Великобритания); установление максимальной розничной цены на лекарственные средства на основании специальной формулы, как в Греции, Нидерландах, Португалии, Италии.

Чаще всего для лекарственных средств, расходы на которые покрываются из государственных и общественных источников, устанавливаются фиксированные

(референтные) цены, исходя из средней цены препаратов одного ряда или самой дешевой цены на рынке, в том числе соседних стран. Механизм установления референтной цены может быть различным, например, в Греции наиболее низкие цены на препараты, зарегистрированные на рынке. В Германии существуют референтные цены по базовым препаратам, также жестко регулируется торговая надбавка. Дополнительно во многих странах государство снижает ставку налога на добавленную стоимость (НДС) до 8-10% на фармацевтические товары.

4. Ограничение выписки лекарственных средств.

Для ограничения выписки лекарственных средств врачами составляются протоколы лечения и клинические рекомендации, в которые включаются только препараты, имеющие доказанную терапевтическую и экономическую эффективность. Данные рекомендации и протоколы составляются и широко обсуждаются с участием профессиональных врачебных сообществ. Использование клинических рекомендаций контролируется различными надзорными органами и аккредитационными учреждениями. В ряде стран (Германия, Франция, Англия) существуют лимиты бюджета для врачей общей практики и врачей-специалистов, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях, при превышении которых они подвергаются штрафным санкциям. В ряде стран (Германия, Великобритания) ограничения по выписке лекарственных средств предусмотрены в контрактах с врачами.

5. Увеличение доли воспроизведенных лекарственных средств (дженериков) в структуре расходов на лекарственные средства.

Данная мера реализуется как на уровне формирования Перечня, так и самими врачами при выписке рецепта. В Великобритании, например, в контракте с врачом установлено, что из положенного бюджета на лекарственные средства он обязан потратить не менее 15% на самые дешевые препараты, в том числе не менее 5% на воспроизведенные лекарственные средства (дженерики). Дженерики в разных странах составляют различную долю в общих расходах на лекарственные средства — от 5% в Австрии (это связано с невысокими ценами на оригинальные лекарственные средства), до 22% в Англии и до 40% в Германии и Швеции [26].

6. Эффективная и контролируемая организация поставки лекарственных средств конечному потребителю.

Лекарства отпускаются только аптеками, имеющими специальные лицензии. В ряде стран устанавливается отдельно максимальная оптовая и максимальная розничная наценка, иногда — общая торговая наценка, которая составляет от 8% (Швейцария) до 20% (Германия). В ряде стран установлена регрессивная шкала наценок в зависимости от

стоимости лекарственных средств у производителя. В большинстве случаев производитель может давать скидки оптовикам и аптекам. Оптовики во всех странах не оказывают никакого влияния ни на цену, ни на объем закупок лекарственных средств, а их маржа жестко регулируется. Аптеки получают доходы от маржи, скидки от оптовиков и/или фиксированную ставку на каждое проданное лекарственное средство. Основная масса доходов аптек складывается из поступлений от общественных источников. Число организаций (оптовики и аптеки) и форма их собственности могут быть различными. В Швеции, например, существуют два крупных оптовика и единственная государственная сеть аптек для общественных нужд. Пациент получает лекарственное средство в аптеке, заплатив собственные средства (затем эти средства компенсируются ему из общественных фондов полностью или частично), или получает лекарственное средство бесплатно по специальному рецепту, а далее эти расходы компенсируются аптекам из страховых фондов. Во Франции страховые компании стали выкупать лекарственные препараты у аптек и самостоятельно распространять среди пациентов. Для сдерживания расходов на уровне производителей, дистрибьюторов и аптек часть их прибыли может возвращаться больничным кассам, как это принято в Германии.

В целом, анализ международного опыта свидетельствует о многообразии моделей лекарственного обеспечения, адаптированных к сложившейся системе здравоохранения и фармацевтической отрасли, которые необходимо учитывать в качестве источников рыночных деформаций, прежде всего в части цен на лекарственные средства [4].

Использование системы ОМС, как основы для формирования системы лекарственного возмещения, является более целесообразным как с точки зрения организационно-правовой, так и экономической, так как нормативно-правовое регулирование возможности привлечения в систему ОМС источников софинансирования за счет средств граждан (соплатежи), а также добровольного страхования, позволит аккумулировать ресурсы, уменьшить фрагментарность системы и обеспечить системный подход к лекарственному обеспечению граждан [18].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Существующая в Российской Федерации государственная система лекарственного обеспечения населения призвана выполнять важные социальные функции. Предоставляя гражданам бесплатно или с частичной оплатой (со скидкой) необходимые лекарственные препараты, государство поддерживает их здоровье, способствует увеличению продолжительности жизни, препятствует снижению уровня их материальной обеспеченности.

По своей сущности «лекарственная помощь» и «лекарственное обеспечение» тесно связаны с ключевым понятием «медицинская помощь». Лекарственная помощь в сфере действия норм права социального обеспечения является одним из сопутствующих элементов бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При бесплатном оказании медицинской помощи лекарственная помощь всем гражданам оказывается бесплатно в части, касающейся консультации (назначения, рекомендации) врача и осуществления им контроля над результатом применения лекарств. На этапе оказания лекарственной помощи, который связан с предоставлением или приобретением лекарственных средств, происходит дифференциация правового регулирования. Нормами права социального обеспечения регулируются отношения по лекарственному обеспечению граждан (т.е. по предоставлению им лекарств бесплатно или с частичной оплатой).

В российском законодательстве право на бесплатное лекарственное обеспечение связано с тремя критериями, определяющими субъекта-получателя лекарственных препаратов: социальный (отдельные социальные категории граждан); профессиональный (отдельные профессиональные категории граждан); а также медицинский (общий и специальный). «Общий» медицинский критерий определяет субъектов, лекарственное обеспечение которых осуществляется в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а его объем зависит от видов, условий и форм медицинской помощи. «Специальный» медицинский критерий определяет субъектов, лекарственное обеспечение которых осуществляется в связи с отдельными категориями заболеваний и их характером.

Лекарственная помощь является социальным благом, имеет стоимостное выражение и может выступать в качестве:

1) нематериального объекта - услуги (назначение или рекомендация медицинского работника);

2) материального объекта - конкретных лекарственных препаратов, предоставляемых гражданам бесплатно или с частичной оплатой в порядке лекарственного обеспечения. И лекарственная помощь как услуга, и лекарственные препараты являются натуральными видами социального обеспечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция Российской Федерации. – Ростов-н/Д: Издательский дом «Владис», 2004. – 48с.
2. Об обращении лекарственных средств: ФЗ РФ от 12.04.2010 № 61: принят Государственной Думой 24 марта 2010 года: одобрен Советом Федерации 31 марта 2010 года (ред. от 29.12.2015). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/
3. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: ФЗ РФ от 29.11.2010 № 326: принят Государственной Думой 19 ноября 2010 года: одобрен Советом Федерации 24 ноября 2010 года (ред. от 30.12.2015; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/
4. Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: ФЗ РФ от 24.07.1998 № 125: принят Государственной Думой 2 июля 1998 года: одобрен Советом Федерации 9 июля 1998 года (ред. от 29.12.2015). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19559/
5. Об организации страхового дела в Российской Федерации: Закон РФ от 27.11.1992 № 4015-1 (ред. от 28.11.2015, с изм. от 30.12.2015; с изм. и доп., вступ. в силу с 09.02.2016). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_1307/
6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: ФЗ РФ от 21.11.2011 № 323: принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года: одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года (ред. от 29.12.2015; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
7. Постановление Правительства РФ № 1155 (ред. от 04.09.2012) «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей».
8. Постановление Правительства РФ от 28.12.2012 № 1472 «О внесении изменений в федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2012 годы)». М., 2012.
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 сентября 2006 г. № 665 «Об утверждении перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи».

10. Внукова В.А. Лекарственное обеспечение льготных категорий граждан. Правовой анализ / В.А. Внукова // Вестник Белгородского университета кооперации, экономики и права. - 2016. - № 3. - С. 304-308.
11. Воронцова Н.А. Проблемы лекарственного обеспечения населения на региональном уровне (на примере Иркутской области)/ Н.А.Воронцова // Известия Иркутской государственной экономической академии. - 2013. - № 1. - С. 56-59.
12. Джупарова И.А. Методика оптимизации фармацевтической помощи отдельным категориям граждан / И.А.Джупарова, С.Г.Сбоева // Фармация. - 2011. - № 1. - С. 18-21.
13. Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. - М., 2015. – 174 с.
14. Зернова Т.В. Экономико-правовые проблемы льготного обеспечения лекарствами в российском здравоохранении / Т.В. Зернова // Журнал правовых и экономических исследований. - 2008. - № 1. - С. 75-80.
15. Колоцей И.А. Конституционные основы правового регулирования лекарственного обеспечения /И.А.Колоцей // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. - 2009. - № 2. - С. 71-74.
16. Копилевич В.В. Проект социально ориентированной бюджетно-страховой модели финансирования лекарственного обеспечения в России / В.В. Копилевич // Проблемы управления в социальных системах. - 2012. - Т. 4, № 7.- С. 88-98.
17. Кузнецов С.И. Основные аспекты проблемы редких заболеваний в России и в мире / С.И. Кузнецов, М.С.Буклешева, С.Г. Кашаева // Управление качеством медицинской помощи. - 2012. - № 1. - С. 5-13.
18. Кузнецова А.М. Лекарственное обеспечение населения Республики Татарстан: в зеркале мнений врачей / А.М.Кузнецова, З.М. Галеева // Вестник экономики, права и социологии. - 2011. - № 2. - С. 218-222.
19. Мешков Н.А. О состоянии здоровья, медицинского и лекарственного обеспечения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции / Н.А. Мешков, В.В.Гришин // Инвалиды и общество. - 2015. - № 4(18). - С. 3-8.
20. Мохов А.А. Основы медицинского права РФ (Правовые основы медицинской и фармацевтической деятельности в РФ)/ А.А.Мохов. - М.: Проспект, 2015. - 376 с.
21. Панфилова В.И. Реализация конституционного права на охрану здоровья при обеспечении редкими лекарственными средствами / В.И.Панфилова, И.П. Безотецкая

// Научно-техническое и экономическое сотрудничество стран АТР в XXI веке. - 2014. - Т. 2. С. 156-158.

22. Подвязникова М.В. Правовое регулирование лекарственной помощи в системе социального обеспечения. Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. / М.В.Подвязника. - Екатеринбург, 2015. - 26 с.

23. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2015: Стат.сб./Росстат. - М., 2015. – 1266 с.

24. Соколова Н.А. Льготное лекарственное обеспечение граждан// Справочник фельдшера и акушерки. - 2012. - №8. - С. 32-36.

25. Социально значимые заболевания населения России в 2015 году. (Статистические материалы). Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент анализа, прогноза, развития здравоохранения и медицинской науки, ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава. М.; 2016. – 71с.

26. Хабриев Р.У. Современные проблемы защиты интересов социально уязвимых граждан при оказании лекарственной помощи / Р.У. Хабриев, Е.А.Тельнова, Д.В.Пархоменко // Фармация. - 2015. - № 4. - С. 5-8.