

Региональная Общественная организация "Профессиональная медицинская Ассоциация клинических фармакологов Санкт-Петербурга"
(РОО "Профессиональная медицинская Ассоциация клинических фармакологов Санкт-Петербурга")
ИНН 7839016950 КПП 781001001
юр. адрес: 196247, г.Санкт-Петербург, Ленинский пр., д.160, лит.А



**Резолюция научно-практической конференции «Модернизация системы здравоохранения в России и актуальные вопросы финансирования»
5 марта 2026 года**

1. Включение инновационных лекарственных препаратов в перечень ЖНВЛП является стратегически необходимым для стимулирования развития системы здравоохранения, обеспечения доступности инновационной высокоэффективной терапии. Включение в перечень ЖНВЛП является обоснованным не только с клинической и организационной точек зрения, но и экономической с учетом существующего механизма регистрации предельных отпускных цен.

Предлагаемые к включению препараты обладают инновационным механизмом действия, со значительным снижением предлагаемой к регистрации цене. Включение препарата в перечень ЖНВЛП создает условия для регистрации значительно сниженной предельной отпускной цены производителя, что позволяет снизить стоимость закупки препарата для государственных и муниципальных нужд. Включение препаратов в перечень ЖНВЛП со значительным ценовым снижением в размере 30–40% от текущей цены в перечень должно рассматриваться не только как инструмент снижения затрат на лекарственное обеспечение пациентов инновационной терапией, получения существенных преимуществ на пути достижения целевых индикаторов по борьбе с жизнеугрожающими заболеваниями, но и повышения предсказуемости бюджетного планирования и устойчивости системы лекарственного обеспечения.

2. С целью совершенствования системы лекарственного обеспечения, решения насущных проблем лекарственного обеспечения в современных условиях предлагается комплекс мер и инициатив:

2.1. рассматривать лекарственное обеспечение пациентов, особенно по тяжёлым и дорогостоящим нозологиям, как инвестицию в здоровье нации, а не как статью «оптимизации»; управлять системой через измеримые результаты и ключевые показатели эффективности.

2.2. переходить от логики «оплата за упаковку» к логике «оплата за результат»: запускать контракты «оплата за результат» для высокочрезвычайных препаратов (онкология, ревматология, орфанные заболевания) с заранее согласованными клиническими конечными точками.

2.3. создать нормативное окно для «сервисных» договоров и договоров управляемого доступа с компаниями с целью перехода на принцип оплаты по результату: разработать типовые правовые конструкции и формы соглашений, включая механизмы финансовой корректировки (возврат/скидка) по итогам верификации исходов.

2.4. снять «цифровой занавес» внутри системы: обеспечить контролируемый доступ к обезличенным и агрегированным данным ЕГИСЗ/федеральных регистров и МДЛП для научной обработки и получения данных реальной клинической практики, планирования потребности и мониторинга эффективности.

2.5. утвердить минимальный стандарт данных, необходимый для управления доступностью и предотвращения дефектуры: число пациентов по регионам и стадийности, маршрутизация и точки задержек, исходы реальной практики, фактическое потребление и остатки, данные фармаконадзора, агрегированные бюджетные контуры.

- 2.6. развивать связку «ЕГИСЗ + МДЛП + регистры» как единый контур управляемости: ЕГИСЗ фиксирует клиническую реальность, МДЛП — факт движения препарата; использовать федеральные регистры как базу для измерения исходов и обоснования управленческих решений.
- 2.7. противодействовать дефектуре не «вручную», а профилактически: внедрять предиктивную аналитику цепочки поставок и двусторонние сервисные договора (уровень сервиса, сроки реакции, ответственность), закрепить регламент превентивных закупок и страховых запасов по критическим позициям.
- 2.8. поддерживать модели устойчивого присутствия инноваций: технологический трансфер/лицензирование + локализация, но с обязательным компонентом клинического управления (обучение, фармаконадзор, пострегистрационные исследования, регистры безопасности и эффективности).
- 2.9. зафиксировать в процессах ключевую роль клинических фармакологов: они не «подписанты», а независимые арбитры — определяют корректные исходы терапии, верифицируют клинический ответ, участвуют в аудитах, оценивают риски замен и управляют риском «отсутствия препарата» как клиническим риском.
- 2.10. использовать опыт «Круга добра» как российский прецедент управляемого доступа: тиражировать лучшие практики регистровой логики, оценки эффективности в реальной практике и управленческих решений по дорогостоящим технологиям.

3. РСВ-инфекция несет высокую медико-социальную значимость бремени: рост заболеваемости внебольничными пневмониями у детей в 2,2 раза в 2024 г., РСВ - причина 45% тяжелых случаев ОРВИ, высокие риски инвалидизации и бронхиальной астмы. В целях реализации Указа о национальных целях развития РФ (снижение младенческой смертности до 3,9 к 2030 г.) рекомендуется:

3.1. руководителям органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья до 1 марта 2027 года утвердить региональный нормативный правовой акт, определяющий, категории детей, подлежащих иммунизации против РСВ-инфекции (в соответствии с клиническими рекомендациями); порядок маршрутизации с указанием медицинских организаций для каждого этапа введения препарата; ведение регионального учета детей с контролем получения полного курса (5 инъекций).

3.2. руководителям органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья совместно с ТФОМС: при формировании территориальных программ госгарантий на 2027–2028 годы предусмотреть объем финансирования, необходимый для достижения охвата иммунизацией детей из групп риска не менее 95%; обеспечить проведение целевых экспертиз качества медицинской помощи по случаям РСВ-иммунизации.

4. Исходя из принципов международного стандарта счетов здравоохранения SHA 2011 в целях изыскания внутренних резервов и улучшения контроля расходов на медицинские препараты, расходные материалы и другие товары медицинского назначения в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, считаем целесообразным рекомендовать региональным органам управления здравоохранением дополнить учет этих расходов по факту закупок (увеличения товарных запасов) в рамках статистического наблюдения «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» (Форма N 62 - годовая) с учетом фактического потребления этих ресурсов, используя возможности государственной информационной системы мониторинга за оборотом товаров, подлежащих обязательной маркировке средствами идентификации («Честный Знак»).

с уважением,



Председатель Правления
Хаджидис А.К.