

И.А. Денисова
РЭШ, МГУ, Москва

М.А. Карцева
РАНХиГС, Москва

Предоплаченный доступ к лекарствам для амбулаторного лечения как метод снижения экономических барьеров в России¹

Аннотация. Современные медицинские технологии существенно расширили рамки амбулаторного лечения. В этих условиях отсутствие предоплаченного доступа к лекарствам при амбулаторном лечении для большинства граждан России способно снизить эффективность проводимой терапии. С использованием данных выборочных обследований в работе показано, что каждое пятое домохозяйство сталкивается с невозможностью приобрести необходимые лекарства из-за нехватки средств. Наибольшие риски экономической недоступности лекарств испытывают домохозяйства с относительно низкими доходами, а также домохозяйства, в состав которых входят люди с плохим здоровьем, хронические больные. Существующая система рациирования предоплаченного доступа (лекарственные льготы) не решает проблемы доступности лекарств даже для уязвимых групп населения. В частности, менее четверти пожилых людей имеют право на льготные лекарства. При этом более трети льготников монетизируют льготу, получая небольшое денежное возмещение. Отказ от использования льготы в натуральной форме часто обусловлен высокими издержками на получение льготных рецептов и самих лекарств. Это вызывает вопросы относительно целеполагания и адресности системы лекарственных льгот, которые мало результативны с точки зрения снижения экономических барьеров доступности медицинской помощи.

Ключевые слова: *предоплаченный доступ, доступность лекарств, лекарственные льготы, Россия.*

Классификация JEL: I18, I13, H20.

Для цитирования: Денисова И.А., Карцева М.А. (2025). Предоплаченный доступ к лекарствам для амбулаторного лечения как метод снижения экономических барьеров в России // *Журнал Новой экономической ассоциации*. № 4 (69). С. 294–303.

DOI: 10.31737/22212264_2025_4_294-303

EDN: RAPOTP

Предоплаченный доступ граждан к широкому кругу медицинских услуг отличает современные системы здравоохранения. В России такой доступ предоставляется через систему обязательного медицинского страхования (ОМС), и в некоторых, довольно редких, случаях дополняется возможностями полисов дополнительного медицинского страхования (ДМС). В то же время, есть большой класс медицинских услуг, к которому у большинства россиян нет предоплаченного доступа. Речь идет о лекарственных препаратах при амбулаторном лечении (при лечении в стационаре такой доступ входит в ОМС). Заметим, что современные технологии лечения все больше полагаются на амбулаторное, а не стационарное лечение, и доступность фармацевтических препаратов для амбулаторного лечения во многом определяет эффективность проводимой терапии.

Практика предоставления предоплаченного доступа к лекарствам (через обязательное

страхование или финансирование из бюджета) при амбулаторном лечении широко распространена в странах ОЭСР, хотя и в этой группе стран есть примеры ситуаций, когда расходы на лекарственные препараты составляют половину личных прямых платежей (out of pocket) домохозяйств, и само финансирование расходов из личных прямых платежей домохозяйств составляет значительную, иногда сопоставимую с солидарным финансированием, часть расходов на здравоохранение (WHO, 2023). Отсутствие предоплаченного доступа и оплата медицинских услуг пациентом в момент их получения может стать источником катастрофических расходов и значительным ограничением доступности медицинской помощи. Может возникнуть ситуация, когда человек вынужден будет отказаться от необходимого ему лечения из-за недостатка средств (Панова, 2019, Чубарова, 2016). Высокая доля личных платежей способствует снижению доступности медицинской помощи для наиболее

¹ Статья подготовлена в рамках выполнения научно-исследовательской работы государственного задания РАНХиГС.

уязвимых групп населения и формированию социального градиента в здоровье (Шишкин, Потапчик, Селезнева, 2014; Eurofound, 2014).

По данным Росстата, за 2021 г. расходы на здравоохранение в структуре расходов российских домохозяйств составляли 4,2% (2,6% медикаменты и медицинские товары, 1,6% медицинские услуги). Этот показатель в России в целом находится на уровне развитых стран. Однако по сравнению с развитыми странами в России отмечается существенно более высокая доля домохозяйств, где уровень расходов на здравоохранение является катастрофическим (> 40% общего дохода) (5,6% против менее 1% – в большинстве стран ЕС) (Xu et al., 2010).

В докладе ВОЗ 2023 г. (WHO, 2023) выражается озабоченность вопросами экономической доступности медицинской помощи, и прежде всего рационализацией доступа² к предоплаченным лекарственным препаратам и медицинским изделиям в европейской группе стран ОЭСР. В России высокие платежи граждан в структуре расходов на здравоохранение во многом связаны с затратами на покупку лекарств. В структуре частных расходов на здравоохранение 49% занимают расходы на приобретение лекарств для амбулаторного лечения (Улумбекова и др., 2019).

В России предоплаченный доступ к лекарствам при амбулаторном лечении предоставлен только льготным группам, тогда как подавляющее большинство амбулаторных больных должны покупать выписанные им лекарства самостоятельно, за свой счет и по полной стоимости (Попович, 2019). Льготные группы пациентов определяются на федеральном уровне; есть и некоторые региональные льготы.

На федеральном уровне бесплатные лекарства (только в рамках списка жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, ЖНВЛП), медицинские изделия и лечебное питание можно получить в рамках набора социальных услуг (НСУ). НСУ положен отдельным категориям граждан – инвалиды, дети-инвалиды, участники и инвалиды ВОВ, ветераны боевых действий, некоторые другие категории граждан. Эту льготу можно получать в натуральной форме, а можно в денежной. Сумма компенсации невелика: с 1 февраля 2025 г. денежный эквивалент бесплатного лекарственного обеспечения составляет 1331 руб. 30 коп.

Лекарственные льготы также устанавливаются Постановлением Правительства РФ от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности

и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», в котором определен список льготных категорий граждан. Среди крупных категорий – инвалиды, ветераны, дети до 3 лет, которые получают лекарства бесплатно или со скидкой 50%. Бесплатные лекарства (все или только для лечения данного заболевания) получают люди с социально-значимыми инфекционными заболеваниями (например, СПИД / ВИЧ, туберкулез, сифилис), а также люди с тяжелыми заболеваниями, которые требуют высоких затрат на лечение (например, диабет, онкологические заболевания, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, бронхиальная астма).

Определенные таким образом категории лиц, имеющих предоплаченный доступ к амбулаторному лекарственному обеспечению, составляют около одной пятой населения России: согласно данным Федерального регистра на конец марта 2024 г., в нем значатся 26,5 млн человек, которым положены лекарства и медицинские изделия за счет федерального и региональных бюджетов; из них около 10 млн человек предпочли получить возмещение вместо льготы (предоплаченного доступа)³. Так, 80% граждан России (или почти 90% с учетом отказавшихся от льготы) не имеют предоплаченного доступа к ключевой составляющей технологии амбулаторного лечения и профилактики и не застрахованы от риска непредвиденных расходов (в некоторых случаях очень высоких расходов). Кроме того, отсутствие лекарственного страхования грозит вылиться в недостаточное лечение или его полное отсутствие при возникшей необходимости амбулаторного лечения: риск того, что лекарства будут экономически недоступны, возрастает. И по крайней мере 80% населения России не застрахованы от такого риска.

Отсутствие предоплаченного доступа не позволяет застраховаться от рисков. Но, возможно, что другие институты, например системы социальной поддержки и страхования, позволяют снизить экономические барьеры доступа к амбулаторным лекарствам. Насколько велики фактические экономические барьеры доступа к амбулаторным лекарствам? Способствует ли система льготного доступа снижению экономических барьеров для пожилых и имеющих хронические заболевания? На часть этих вопросов позволяют ответить данные выборочных обследований населения, в частности данные «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения» (РМЭЗ НИУ ВШЭ) и данные выбороч-

² Рационализация доступа – административный процесс распределения льгот / выбора льготных категорий граждан в условиях ограниченности ресурсов.

³ <https://www.medrzn.ru/zdorovyu-obraz-zhizni/sobytiya/minzdrav-soobshil-kolichestvo-ligotnikov-dlya/>

ного наблюдения качества и доступности услуг (КДУ) в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания Росстата.

Данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (РМЭЗ НИУ ВШЭ) позволяют оценить степень серьезности экономических барьеров доступа к лекарственным препаратам. В семейной анкете есть вопрос: «В течение последних 12 месяцев случалось ли так, что кто-то из членов Вашей семьи Вы не могли купить необходимые лекарства только из-за нехватки денег?». Около 5% домохозяйств заявляют о таких случаях. Эта доля выше для домохозяйств, в которых есть хронические больные, и в домохозяйствах в нижней части распределения доходов: в первом квинтиле таких домохозяйств 9%, тогда как их всего около 2% в пятом квинтиле. Экономические барьеры приводят к тому, что доля домохозяйств, приобретавших лекарства за последний год, значительно ниже в первом квинтиле, 75 по сравнению с 80% — в остальных квинтилях (расчеты авторов на основе РМЭЗ НИУ ВШЭ, 2021 г.). Доля расходов на лекарства в доходах домохозяйств (среди тех, кто приобретал лекарства) устойчиво держится на уровне 4% для домохозяйств верхнего квинтиля, и в два раза выше, на уровне 8%, — для нижнего квинтиля; причем в случае нижнего квинтиля это результат значительного снижения с 20 до 10 в 2000-е годы и до 8% — после 2020 г. (рис. 1).



Рис. 1.

Доля расходов на лекарства в доходах домохозяйств (среди приобретавших), в зависимости от доходов домохозяйства, %, 2000–2021 гг. (график сглаживания)

Источник: расчеты авторов на данных обследования РМЭЗ.

Ситуация, связанная с экономической доступностью лекарственных препаратов для хронических больных, значительно улучшилась в 2000-е годы (рис. 2), но все же каждый 15-й в этой группе не может себе позволить необходимого лекарства.

Результаты регрессионного анализа детерминант неудовлетворенного спроса на лекарства (зависимая переменная — индикатор неудовлетворенного спроса на лекарства, который принимает значение 1, если домохозяйство пожилых не смогло приобрести необходимых лекарств, и 0 — в противном случае) представлены на рис. 3. Результаты свидетельствуют о высоком риске экономической недоступности лекарств среди домохозяйств, в которых есть хронические больные с тремя и более заболеваниями; у одиноко проживающих пожилых, удомохозяйств из 1-го и 2-го доходных квинтилей (с невысокими доходами). Кроме того, повышенный риск экономической недоступности лекарств отмечается у домохозяйств, имеющих в составе семьи людей с плохим здоровьем. Неожиданно, но сельские домохозяйства имеют более низкие риски экономической недоступности лекарств в сравнении с городскими домохозяйствами. Отчасти это может быть связано с относительно низкой доступностью медицинской помощи в сельской местности (например, (Кочкина, Красильникова, Шишкин, 2015; Козырева, Смирнов, 2018)), результатом которой является недодиагно-

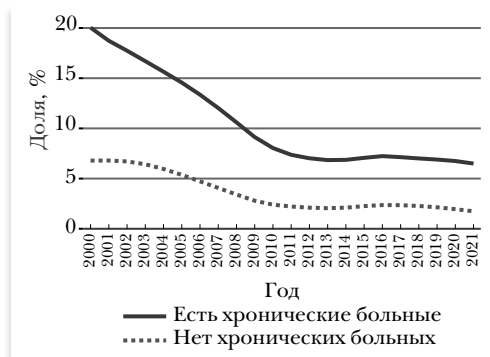


Рис. 2.

Доля домохозяйств, в которых хотя бы один из членов домохозяйства не смог купить лекарства из-за нехватки денег, в зависимости от наличия хронических больных, %, 2000–2021 гг. (график сглаживания)

Источник: расчеты авторов на данных обследования РМЭЗ.

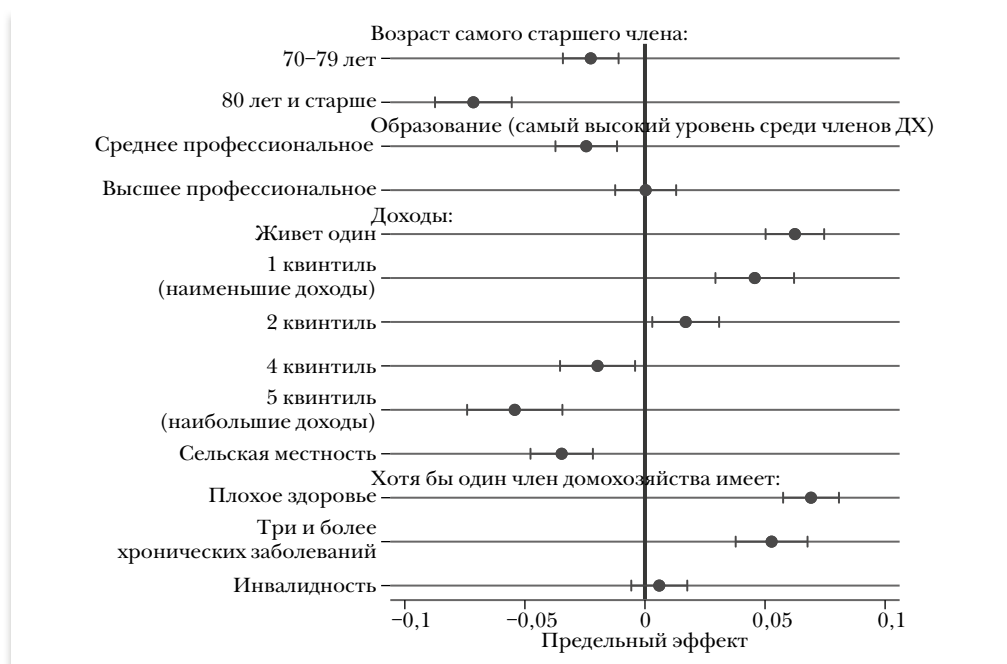


Рис. 3.

Средние предельные эффекты факторов на вероятность отказа от покупки лекарств из-за нехватки средств (домохозяйства пожилых), 90%-ный доверительный интервал

Источник: расчеты авторов на данных РМЭЗ НИУ ВШЭ 2017–2023 гг.

стика, а следовательно – и меньший объем назначений лекарств.

Данные выборочного наблюдения качества и доступности услуг (КДУ) в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания Росстата позволяют дополнить картину экономической доступности лекарственных препаратов при амбулаторном лечении. В частности, эти данные позволяют выделить получателей лекарственных льгот (среди пожилых людей) и проследить, воспользовались ли льготники своими правами. Ниже в работе мы рассматриваем группу людей в возрасте от 60 лет и старше.

В табл. 1 представлена социально-демографическая структура получателей льготы на лекарственное обеспечение (на основе данных КДУ за 2023 г). В целом менее четверти пожилых людей имеют право на лекарственную льготу по какому-либо основанию. Доля льготников возрастает до 42% в самой старшей возрастной группе (80+ лет). Городские жители чаще имеют лекарственную льготу, чем сельские – 24 против

20%. Интересно, что доля льготников не зависит от дохода домохозяйства и даже чуть выше в верхнем квинтиле⁴. Плохое здоровье и наличие хронических заболеваний увеличивает вероятность получения льготы. В то же время больше половины людей с тремя и более хроническими заболеваниями не имеют права на льготу и тем самым не имеют предоплаченного доступа к лекарственному обеспечению при амбулаторном лечении. Отсутствие явной привязки льготы к доходу (для поддержки низкодоходных групп) или к наличию хронических заболеваний (для предотвращения ухудшения состояния и возможных более высоких расходах на последующее лечение) вызывает вопросы относительно адресности и целеполагания этого инструмента рационализации предоплаченного доступа к лекарствам. Отсутствие универсального доступа или квазиуниверсального (например, начиная с определенного возраста, как в некоторых странах) доступа к амбулаторному лекарственному обеспечению вызвано стремлением экономить расходы. Но выбранные целевые группы и варианты

⁴ Частично это наблюдение объясняется правилами предоставления лекарственных льгот. Например, в старшей возрастной группе (80+ лет) отмечается самый высокий охват лекарственными льготами. Это не удивительно – с одной стороны, с возрастом растет вероятность наличия инвалидности, дающей право на льготы, с другой стороны, после 80 лет пенсионеры получают повышенную на 100% фиксированную выплату к страховой пенсии по старости, то есть пенсионный доход людей этой группы выше, чем у других возрастных групп пожилых людей.

Таблица 1.

Право на бесплатное (льготное) лекарственное обеспечение, пожилое население (60+ лет), основные социально-демографические группы, 2023 г.

Социально-демографическая группа	Право на получение бесплатного (или льготного) лекарственного обеспечения, % группы	Основание права на бесплатное (льготное) лекарственное обеспечение		
		Получает набор социальных услуг, %	Имеет право в связи с хроническим заболеванием, %	Другое основание, %
Все пожилые	22,6	49,1	42,6	8,2
Пол				
Мужчины	26,3	59,5	33,5	7,0
Женщины	20,9	43,4	47,7	8,9
Возраст				
60–69 лет	17,8	50,7	41,3	8,0
70–79 лет	26,0	47,3	42,4	10,3
80 лет и старше	42,1	48,1	46,4	5,6
Место проживания				
Город	23,5	49,0	43,7	7,3
Село	19,8	49,5	39,1	11,4
Доходы (квintили)				
1 (низкие)	23,2	36,1	56,3	7,5
2	21,3	46,8	47,3	6,0
3	22,9	48,3	41,5	10,2
4	21,6	56,1	35,4	8,5
5 (высокие)	24,7	60,5	30,5	9,0
Состояние здоровья				
Хорошее здоровье	7,7	33,4	40,2	26,4
Плохое здоровье	52,9	57,9	37,1	5,0
Наличие хронических заболеваний				
Нет хронических заболеваний	4,0	63,0	0,0	37,0
Одно хроническое заболевание	23,4	42,4	48,6	8,9
Два хронических заболевания	34,5	46,8	49,9	3,3
Три и более хронических заболеваний	47,0	60,6	33,0	6,4
Наличие функциональных ограничений*				
Наличие хотя бы одного существенного ограничения	68,0	74,3	21,9	3,8

*Данные о функциональных ограничениях доступны, начиная с 2019 г.

Источник: расчеты авторов на данных обследования КДУ.

Таблица 2.

Получение бесплатного лекарственного обеспечения за последние 12 месяцев, пожилое население (60+ лет), основные социально-демографические группы, %, 2023 г.

Социально-демографическая группа	Получали бесплатное лекарственное обеспечение, %	Получали лекарственное обеспечение по льготным ценам, %	Получали денежное возмещение, %	Ничего не получали, %
Все пожилые	43,1	13,0	36,9	7,5
Пол				
Мужчины	38,9	18,0	37,0	6,5
Женщины	45,4	10,2	36,8	8,0
Возраст				
6069 лет	42,3	17,3	33,2	7,6
7079 лет	42,4	9,8	39,0	8,9
80 лет и старше	46,0	7,3	42,7	4,9
Место проживания				
Город	44,8	14,9	33,1	7,5
Село	37,3	6,4	49,5	7,3
Доходы (квинтили)				
1 (низкие)	59,3	9,0	25,5	6,4
2	45,5	8,8	38,8	7,0
3	40,1	11,4	39,8	9,2
4	40,1	6,1	46,6	7,5
5 (высокие)	28,2	36,4	29,7	6,7
Наличие хронических заболеваний				
Нет хронических заболеваний	10,3	8,2	72,0	9,5
Одно хроническое заболевание	47,2	10,8	33,1	8,9
Два хронических заболевания	47,3	8,3	37,6	7,7
Три и более хронических заболеваний	38,0	22,8	35,5	4,3

Источник: расчеты авторов на данных обследования КДУ.

администрирования вызывают вопросы с точки зрения снижения экономических барьеров доступности медицинской помощи.

Среди пожилых людей, имеющих право на лекарственную льготу, 56% использовали ее для получения бесплатных лекарств или лекарств по льготным ценам за последний год (табл. 2). Большая группа льготников монетизирует льготу, получая денежное возмещение, и около 8% не получили ни лекарств, ни возмещения. Такое распределение между четырьмя вариантами реализации лекарственной льготы устойчиво по разным социально-демографическим подгруппам. При этом

сельские жители чаще выбирают монетизацию льготы, что скорее всего свидетельствует о сложностях в реализации льготы в натуральном выражении (авторизованные аптеки не находятся в шаговой доступности, и получение рецепта, возможно, требует больших затрат времени). Высокая доля монетизации льготы теми, у кого нет хронических заболеваний, понятна. Вызывает вопросы само наличие лекарственной льготы у этой категории.

На рис. 4 представлено распределение ответов на вопрос о причине отказа от льготы и получения возмещения. Основные причины — ограничения выдачи или отсутствие необходимых

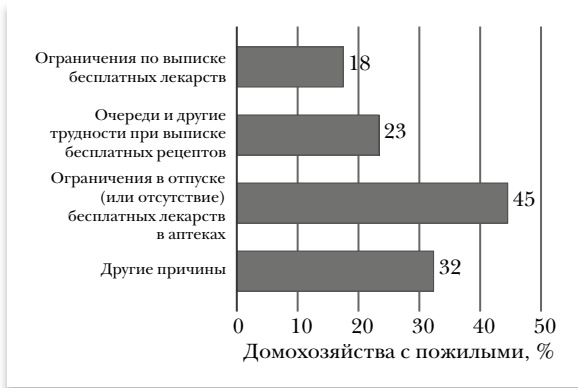


Рис. 4.

Причины отказа от получения бесплатных лекарств, 2023 г.

Источник: расчеты авторов на данных обследования КДУ.

лекарств в аптеках (45% тех, кто монетизировал льготу). Очереди и иные трудности при выписке бесплатных рецептов назвали 23% тех, кто выбрал компенсацию. Трудности при выписке рецепта и сложности получения необходимых лекарств

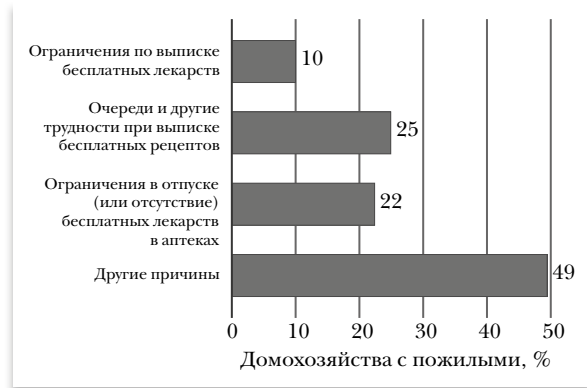


Рис. 5.

Причины невыполнения бесплатных лекарств, 2023 г.

Источник: расчеты авторов на данных обследования КДУ.

в аптеках называют 25 и 22% тех, кто, имея льготу, ее не реализовал и лекарства не получал (рис. 5).

Результаты эконометрического анализа отказа от получения льготных лекарств и выбора монетизации льготы представлены на рис. 6. При прочих равных старшим пожилым труднее справ-

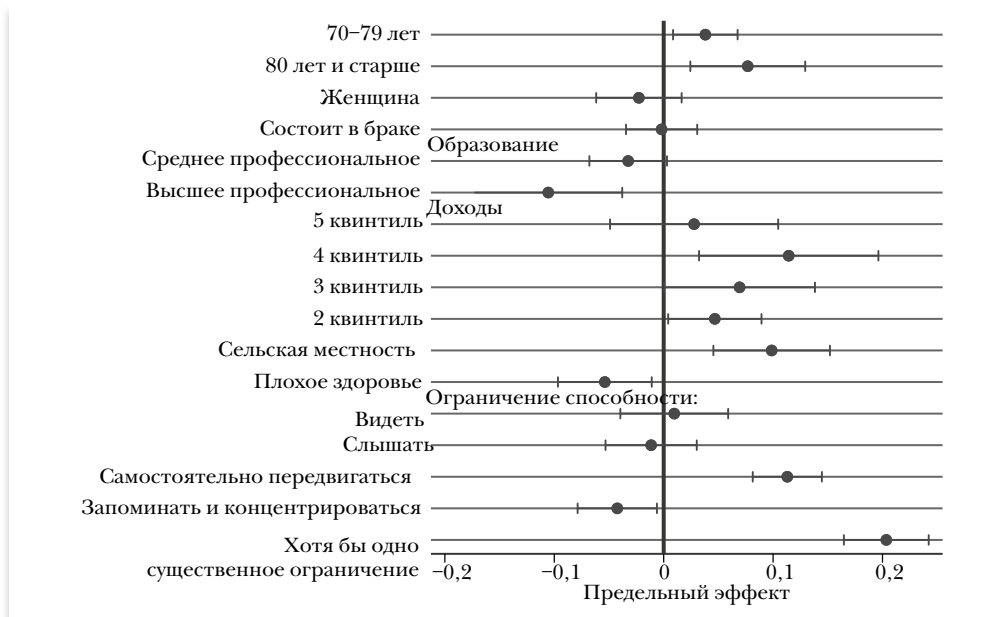


Рис. 6.

Средние предельные эффекты факторов на вероятность отказа от получения бесплатных лекарств, 90%-ный доверительный интервал

Источник: расчеты авторов на данных КДУ 2019–2023 гг.

латься с формальностями, необходимыми для получения бесплатных рецептов, бесплатных лекарств, и они чаще выбирают монетизацию. Пожилые, окончившие только школу, имеют меньший доход и пытаются его увеличить за счет монетизации льгот. Кроме того, люди с относительно низким образованием в меньшей степени склонны заботиться о своем здоровье и обращаться к врачу, они реже соблюдают схемы прописанной терапии, реже понимают связь лечения и ожидаемых результатов, поэтому и денежная компенсация для них может быть предпочтительнее. Более обеспеченные пожилые могут в большей степени позволить себе покупать лекарства, поэтому избегают хлопот, затрат сил и времени, связанных с получением бесплатных препаратов. Пожилые люди, проживающие в сельской местности, значимо чаще отказываются от получения лекарств или не получают лекарств, чем пожилые горожане. Отчасти это может быть связано с относительно низкой доступностью медицинской помощи в сельской местности. Люди с плохим здоровьем могут предъявлять высокий спрос на лекарства, поэтому в условиях ограниченного бюджета получение для них бесплатных лекарств становится естественным выбором — на все необходимые лекарства может просто не хватить денег. Ограничение способности самостоятельно передвигаться статистически значимо увеличивает риски отказа от получения бесплатных лекарств. Это во многом может быть объяснено барьерами физической доступности медицинской помощи.

В условиях, когда реализация лекарственной льготы затруднена, ее монетизация может рассматриваться как вклад в снижение экономических барьеров. Однако тот факт, что 40% льготников выбирают монетизацию, сигнализирует о проблемах в администрировании льготы, обеспечивающем предоплаченный доступ к лекарственному обеспечению при амбулаторном лечении. Это в дополнение к тому, что 80% пожилых людей (60 лет и старше) и половина пожилых с тремя и более хроническими заболеваниями не имеют никакого предоплаченного доступа к лекарствам при амбулаторном лечении. Затруднение в реализации лекарственной льготы увеличивает риски очень высоких (в некоторых ситуациях катастрофических) расходов. Те, кто в связи со сложностями реализации права на льготу, выбирает ее монетизировать, также попадают в уязвимое положение в случае заболевания — объем компенсации невелик и может оказаться недостаточным для приобретения лекарств.

Таким образом, выбранный вариант рационализации доступа к бесплатным лекарствам для

амбулаторного лечения оставляет экономические барьеры для большинства населения, а сложившаяся система администрирования лекарственных льгот зачастую связана с высокими издержками на получение рецептов и самих препаратов в авторизованных аптеках, создает проблемы доступа и для этих групп. Это обстоятельство ведет к недоиспользованию медицинской помощи, как теми, у кого предоплаченного доступа нет, так и теми, у кого предоплаченный доступ формально есть. И то, и другое ведет к потерям общественного благосостояния. Рационализация предоплаченного доступа к лекарствам при амбулаторном лечении повышает риски недолеченности, снижает эффективность лечения, способствует хронизации заболеваний и, в конечном итоге, негативно отражается на здоровье и качестве жизни пациентов.

Международный опыт расширения доступа к предоплаченным услугам больших групп населения свидетельствует в пользу такого расширения. Например, исследование влияния расширения доступа к предоплаченным медицинским услугам в США через распространение государственного страхования на большее число домохозяйств с низкими доходами и через более доступные частные страховые полисы в рамках реформирования системы здравоохранения показало, что получение предоплаченного доступа к фармацевтическим препаратам на треть увеличило обращения за амбулаторной помощью, и этот эффект особенно выражен у пациентов с хроническими заболеваниями (Mulcahy et al., 2016).

Взросшие в результате расширения доступа расходы на лекарственные препараты из средств солидарного финансирования позволили обеспечить обращение за помощью и лечение на ранней стадии заболеваний довольно молодых людей. Отсутствие такого доступа, напротив, увеличивает экономические барьеры и увеличивает риски перерастания начальных стадий в более серьезные заболевания, что уже в среднесрочной перспективе повышает нагрузку на систему здравоохранения. Наоборот, предоставление лекарственного страхования широким группам населения может стать ключевым фактором создания устойчивой системы здравоохранения, улучшения здоровья и увеличения продолжительности жизни населения.

Таким образом, расширение предоплаченного доступа к лекарственным средствам представляется важным направлением развития системы здравоохранения России. На данный момент наиболее перспективными могут стать квазиуниверсальные схемы предоплаченного доступа, охватывающие широкие группы населения и имеющие

прозрачные критерии отнесения (например, предоставление предпочтительного доступа людям старше определенного возраста). Необходимо отметить, что универсальные и квазиуниверсальные схемы, как правило, характеризуются относительно низкими издержками администрирования.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Козырева П.М., Смирнов А.И.** (2018). Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности // *Гуманитарий Юга России*. Т. 7. № 4. С. 33–49. DOI: 10.23683/2227-8656.2018.4.3 [**Kozyreva P.M., Smirnov A.I.** (2018). Problems Inherent to healthcare in rural areas. *Humanities of the South of Russia*, 7(4), 33–49. DOI: 10.23683/2227-8656.2018.4.3 (in Russian).]
- Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В.** (2015). Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. *Препринт WP8/2015/03. Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»*. НИУ «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики. 56 с. [**Kochkina N.N., Krasilnikova M.D., Shishkin S.V.** (2015). Availability and quality of medical care in population estimates. *Working paper WP8/2015/03 (WP8 series «State and Municipal Management»)*. Moscow: HSE University. 56 p. (in Russian).]
- Панова Л.В.** (2019). Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте // *Журнал исследований социальной политики*. Т. 17. № 2. С. 177–190. DOI: 10.17323/727-0634-2019-17-2-177-190 [**Panova L.V.** (2019). Access to healthcare: Russia in the European context. *The Journal of Social Policy Studies*, 17 (2), 177–190. DOI: 10.17323/727-0634-2019-17-2-177-190 (in Russian).]
- Попович Л.Д.** (2019). Лекарственное страхование – выбор пути // *Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике*. № 4. С. 6–16. [**Popovich L.D.** (2019). Prescription drug insurance: choosing a path. *Remedium*, 4, 6–16 (in Russian).]
- Улумбекова Г.Э., Гиноян А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В.** (2019). Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения // *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ*. № 4 (18). С. 4–19. DOI: 10.24411/2411-8621-2019-14001 [**Ulubekova G.E., Ginoyan A.B., Kalashnikova A.V., Alvianskaya N.V.** (2019). Healthcare financing in Russia (2021–2024). Facts and suggestions. *Vestnik VSHOUZ: Healthcare Management: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ*, 4 (18), 4–19. DOI: 10.24411/2411-8621-2019-14001 (in Russian).]
- Чубарова Т.В.** (2016). Финансово-экономические аспекты доступности медицинских услуг в России // *Acta Biomedica Scientifica*. Т. 1. № 5 (111). С. 84–89. DOI: 10.12737/23397 [**Chubarova T.V.** (2016). Financial and economic aspects of access to health care in Russia. *Acta Biomedica Scientifica*, 1, 5 (111), 84–89. DOI: 10.12737/23397 (in Russian).]
- Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В.** (2014). Оплата пациентами медицинской помощи в российской системе здравоохранения. *Препринт WP8/2014/03*. М.: Изд. дом Высшей школы экономики. 48 с. [**Shishkin S.V., Potapchik E.G., Selezneva E.V.** (2014). Out-of-pocket payments in the Russian health care system. *Working paper WP8/2014/03*. Moscow: HSE University. 48 p. (in Russian).]
- Eurofound (2014). *Access to healthcare in times of crisis*. Luxembourg: Office of the European Union.
- Mulcahy A.W., Eibner C., Finegold K.** (2016). *Gaining coverage through medicaid or private insurance increased prescription use and lowered out-of-pocket spending health affairs*. Available at: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2016/08/16/hlthaff.2016.0091>
- WHO (2023). Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. *World Health Organization. Regional Office for Europe*. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/374504>
- Xu K., Saksena P., Jowett M., Indikadahena C., Kutzin J., Evans D.** (2010). Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. *World Health Report*, 3, 328–333.

Поступила в редакцию 24.11.2025

Received 24.11.2025

I.A. Denisova

New Economic School (NES); Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

M.A. Kartseva

Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA), Moscow, Russia

Pre-paid access to out-patient medications as a method of reducing economic barriers in Russia⁵

Abstract. Modern medical technologies have significantly expanded the scope of outpatient treatment. Given that, the lack of prepaid access to outpatient medications for the majority of Russian citizens can reduce the effectiveness of treatment. Using household survey data, this study shows that one in five households faces inability to purchase necessary medications due to the lack of funds. Households with relatively low incomes, as well as households with members in poor health and chronically ill individuals, are most at risk of unaffordable medications. The existing system of rationing of the prepaid access (the remedies benefits system) fails to address the issue of medication access, even for vulnerable groups. In particular, less than a quarter of elderly people are eligible for subsidized medications. Moreover, more than a third of those receiving benefits monetize the benefit, receiving a small monetary reimbursement. Refusal to use benefits in kind is often due to the high costs of obtaining and dispensing subsidized prescriptions. This raises questions about the goal-setting and targeting of the drug benefits system, which is mostly ineffective in reducing economic barriers to accessing healthcare.

Keywords: *prepaid access, medications affordability, remedies benefits, Russia.*

JEL Classification: I18, I13, H20.

For reference: **Denisova I.A., Kartseva M.A.** (2025). Pre-paid access to out-patient medications as a method of reducing economic barriers in Russia. *Journal of the New Economic Association*, 4 (69), 294–303 (in Russian).

DOI: 10.31737/22212264_2025_4_294-303

EDN: RAPOTP

⁵ The article was written on the basis of the RANEPA state assignment research program.