

Рекомендована д.ф.н., професором Д.І.Дмитрієвським

УДК 615.2:338.51.516:338.025.24

## НАУКОВЕ УЗАГАЛЬНЕННЯ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ РЕІМБУРСАЦІЇ ВАРТОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

А.А.Котвіцька

Національний фармацевтичний університет

**На сьогоднішній день в Україні практично відсутній досвід розробки та застосування ефективних механізмів компенсації вартості лікарських засобів, що не дозволяє аптечним закладам повною мірою виконати свою соціальну функцію, а держава, у свою чергу, не може виступати гарантом якісної, ефективної, доступної фармацевтичної допомоги для своїх громадян. У результаті вивчення складових, процесів, напрямків та обсягів компенсаційних виплат на лікарські засоби виділені соціально-економічні стратегії функціонування системи реімбурсації у світі, зокрема державна система медичної та фармацевтичної допомоги, що має виключно соціальний характер, та недержавна система, при якій переважає приватний характер фармацевтичної допомоги. Проведено аналіз механізмів компенсації вартості лікарських засобів різних країн, вивчені та узагальнені схеми оплати вартості лікарських засобів пацієнтами у деяких європейських країнах.**

Ефективність діяльності системи охорони здоров'я та фармації є одним з визначальних чинників соціально-економічного розвитку будь-якої держави. До того ж не можна не враховувати, що здоров'я населення країни — найважливіший елемент національної безпеки держави знаходитьться у прямій залежності від діяльності, яку здійснюють органи державної влади щодо реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну та фармацевтичну допомогу.

Вітчизняна охорона здоров'я опинилася в серйозній кризі і не може забезпечити доступною медичною та фармацевтичною допомогою всі верстви населення, що є однією з найважливіших причин погіршення якості здоров'я нації. Ситуація, що склалась, становить реальну загрозу для національної безпеки України і вимагає внесення цих проблем до пріоритетів державної політики [2, 3].

На сьогодні в Україні необхідні дієві механізми використання бюджетних коштів, регулювання безоплатного та пільгового забезпечення населення лікарськими препаратами.

Національна політика лікарського забезпечення більшою мірою повинна бути спрямована на забезпечення доступності фармацевтичної допомоги і базуватися на досвіді інших країн, який існує на цей час, наукових розробках, даних систематичного моніторингу стану лікарського забезпечення.

Механізми і методи ціноутворення та відшкодування (компенсації) витрат на лікарське забезпечення, яке оплачується за пацієнта, і суміжні питання активно обговорюються у всіх країнах, в тому числі і в Україні, але однозначних відповідей на ці питання поки що не знайдено.

Державними соціальними стандартами в системі охорони здоров'я та лікарського забезпечення населення є визначені органами влади нормативи та норми, які є обов'язковими при формуванні і виконанні бюджетів всіх рівнів, і встановлюють необхідний рівень задоволення потреб громадян у фармацевтичній допомозі, яка надається згідно з переліком груп населення і категорій захворювань, при амбулаторному лікуванні яких лікарські засоби та вироби медичного призначення відпускаються за рецептами лікарів на пільгових умовах або безоплатно. Проте часто через обмеженість бюджетних асигнувань ці гарантії не виконуються. На наш погляд, це викликане тим, що ряд нормативно-правових документів приймаються на загальнодержавному рівні, а тягар витрат щодо їх виконання покладається на місцеві бюджети. Як наслідок, в одній державі, але в різних областях населення одержує інколи різний обсяг лікарської допомоги.

На сьогоднішній день в Україні практично відсутній досвід розробки та застосування ефективних механізмів компенсації витрат на лікарські засоби, що не дозволяє аптечним закладам повною мірою виконувати свою соціальну функцію, а держава, у свою чергу, не може виступати гарантом якісної, ефективної, доступної лікарської і фармацевтичної допомоги для своїх громадян. У зв'язку з цим наукове узагальнення світового до-

Таблиця 1  
Аналіз механізмів компенсації та регулювання обігу лікарських засобів у системі реімбурсації в європейських країнах

Стратегія	Австрія	Бельгія	Данія	Франція	Німеччина	Фінляндія	Греція	Ірландія	Іспанія	Люксембург	Нідерланди	Португалія	Швеція	Великобританія
Позитивний список	*	*	*	*		*	*		*		*	*	*	
Негативний список					*			*	*	*				*
Контроль промоцій				*										*
Встановлення бюджету лікарів					*				*					*
Аналіз терапевтичної ефективності				*										
Фармаекономічна оцінка		*	*	*										
Обмеження фармацевтичних витрат									*					
Розвиток ринку генеріків			*	*	*			*			*			*
Контроль прибутку														*
Контроль цін	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Встановлення середньої ціни											*			
Моніторинг внутрішніх цін		*					*	*	*	*	*	*		
Референтні ціни			*		*				*		*			*
Заморожування цін		*						*	*		*			
Зменшення цін		*			*						*			*

свіду організації систем механізмів відшкодування (компенсації) витрат на лікарські засоби і вибір найбільш оптимальної, адаптованої моделі для України — першочергове завдання сьогодення.

Визначення складових, процесів, напрямків та обсягів компенсаційних виплат за ліки, з нашої точки зору, доцільно розглядати як соціально-економічну систему, метою якої є забезпечення доступності лікарських засобів та фармацевтичної допомоги в цілому.

У системі реімбурсації (загальноприйнята назва в міжнародній практиці охорони здоров'я) необхідно виділити суб'єкт — уповноважені органи, що здійснюють компенсаційні виплати з певних джерел фінансування, об'єкт — визначені категорії захворювань та хворих, а також механізм відшкодування вартості лікарських засобів та фармацевтичної допомоги.

Проведений нами аналіз процесів та механізмів компенсації вартості ліків для пацієнтів в різних країнах показав, що соціально-економічні стратегії функціонування системи реімбурсації умовно можна поділити на дві системи:

- державна система медичної та фармацевтичної допомоги (має суттєвий соціальний характер);
- недержавна система (превалює приватний характер фармацевтичної допомоги).

За умов функціонування державної системи реімбурсації лікарські засоби відпускаються загалом як частка надання первинної медичної допомоги, стаціонарного лікування і фінансуються з

джерел державного бюджету, фондів соціального страхування та обов'язкового медичного страхування [12, 14].

Основною метою в цій системі реімбурсації є досягнення стабільних джерел фінансування і зменшення витрат на лікарські засоби. Досягнення мети здійснюється за рахунок відбору фармаекономічно ефективних лікарських засобів, що підлягають реімбурсації, іх раціонального використання, встановлення обсягів бюджетних асигнувань та соціально обґрунтованої участі пацієнтів в оплаті вартості ліків.

Функціонування недержавної (приватної) системи реімбурсації і забезпечення доступності для населення лікарських засобів, як правило, здійснюється в умовах зростання цінової конкуренції, включаючи заміну лікарських засобів аналогічними, контролю оптових і роздрібних цін і припускає використання як джерел фінансування і компенсації вартості ЛЗ як за рахунок суспільних внесків, так і внесків добродійних фондів і т.п.

Аналіз механізмів компенсації та регулювання обігу лікарських засобів в системі реімбурсації в країнах-членах ЄС наведений в табл. 1.

З 1 січня 1993 р. у рамках ЄС заявлений єдиний внутрішній ринок: єдиний економічний простір без внутрішніх кордонів, в якому гарантовано вільний рух товару і капіталу. Незважаючи на такий прогрес, виробники ліків і на сьогодні не можуть розраховувати на спільній внутрішній ринок. Це пов'язане із принциповими відмінностями

ми у національних системах охорони здоров'я, розвитком ринку лікарських засобів і, перш за все, відмінностями в ринкових відносинах європейського економічного простору.

У зв'язку з цим доцільно провести аналіз та узагальнення механізмів реімбурсації в різних країнах Європи.

У країнах ЄС, як правило, діє принцип солідарності: здорові сплачують основну частку витрат за ліки для хворих. При цьому у більшості країн хворі спочатку купують потрібні їм ліки за готівку і лише потім їх витрати відшкодовуються [8, 18].

Найгостріші суперечки ведуться не стільки відносно конкретних цін, скільки того, яку частку витрат на ліки повинен нести сам пацієнт та пов'язані з цим питання (наприклад, чи повинен пацієнт сам оплачувати вартість безрецептурних препаратів, що не відносяться до переліку основних лікарських засобів та ін.).

Компенсація коштів за амбулаторне лікування може ґрунтуватися на двох механізмах:

- механізм реімбурсації для застрахованих осіб — застрахований пацієнт оплачує надані медичні послуги або лікарські засоби, при цьому одержує рахунок на витрачену суму, який подає страховій компанії. У цьому випадку немає безпосереднього зв'язку між страховим фондом та медичними й аптечними закладами;
- механізм реімбурсації для аптек та медичних закладів — компенсаційні кошти надходять безпосередньо від страхової компанії на підставі домовленості між страховим фондом, медичним та аптечним закладом.

Використання того або іншого механізму реімбурсації залежить від особливостей системи охорони здоров'я кожної країни. У Франції введений перший механізм реімбурсації. У Німеччині існує практика компенсації вартості лікарських засобів для аптек на підставі договору, тобто використовується інший механізм. Досвід різних країн свідчить, що у більшості випадків основні витрати на лікарські засоби підлягають компенсації [17, 20].

Починаючи з середини 90-х рр. всі західно-європейські країни намагаються зменшити витрати на ліки і для цього використовуються різні механізми.

Характерною особливістю систем компенсації вартості лікарських засобів в багатьох країнах, за винятком Великобританії, Німеччини, Ірландії, Люксембургу, є так звані “позитивні переліки”, тобто списки тих лікарських засобів, які можуть бути вписані і сплачені за рахунок фонду медичного страхування. У багатьох країнах крім “позитивних” існують і “негативні переліки”, які включають лікарські засоби, що не підлягають реімбурсації.

Як правило, практично у всіх країнах ЄС передбачається участь пацієнта в оплаті необхідних йому лікарських засобів у формі “мінімальної

такси” або у формі доплати відсотка від вартості рецепту. Часто розмір відсотка доплати пов'язаний з характером захворювання. Необхідно відзначити, що рівень витрат пацієнтів на лікарські засоби відрізняється в різних країнах [15, 19].

Специфічні відмінності існують у країнах відносно податку на додану вартість (ПДВ) на лікарські засоби в різних країнах. Наприклад, певні групи лікарських засобів у Великобританії звільнені від ПДВ, в Данії всі лікарські засоби оподатковуються, відсоткова ставка складає 25%. Це призводить до великої різниці в цінах на ліки у Західній Європі [7, 20].

З метою ефективного використання ресурсів фондів медичного страхування в країнах-членах ЄС Європейська комісія розробила і затвердила Концепцію, єдину для національних систем охорони здоров'я. Відповідно до запропонованої Концепції, Європейська комісія наполягає на визначені єдиного переліку лікарських засобів, які підлягають обов'язковому рецептурному відпуску і, таким чином, чітко визначають безрецептурні лікарські засоби, на які розповсюджується вільне ціноутворення.

Встановлення цін та обсягу компенсації передбачає наступні складові: отримання дозволу на торгівлю препаратом, відповідність критеріям ефективності, безпеки і якості, переговори із закладами, що здійснюють виплату компенсацій та ін. [9, 14].

Таким чином, рішення про ціни і обсяги компенсаційних виплат впливають на доступність як лікарських засобів, так і на доступність фармацевтичної допомоги для пацієнтів в цілому.

У Німеччині, яка є найбільшим фармацевтичним ринком Європи, один з найвищих показників витрат на охорону здоров'я у світі. У системі охорони здоров'я країни з 1983 р. діє модель соціального медичного страхування. Основна її структура з часом не змінилася і полягає у наступному: законодавчо закріплена медичне страхування, фінансування якого залежить головним чином від внесків, які вносяться в рівних частинах працівниками і роботодавцями. По суті ця система охоплює близько 90% населення, інша решта громадян (10%), доходи яких перевищують певний рівень, користується добровільним (приватним) страхуванням [1, 6, 20].

Фармацевтичні компанії користуються значною свободою при встановленні цін на ЛЗ, які є найвищими в Європі. Вирішення питань з фінансуванням у цій країні ухвалюються децентралізовано. Виплата компенсацій медичним та аптечним закладам здійснюється системою охорони здоров'я та приватними страховими компаніями. Інноваційні препарати підлягають повній компенсації після отримання дозволу на продаж. У повному об'ємі компенсиюються і патентовані лікарські засоби, що мають істотні терапевтичні

переваги, і використання яких віправдане з фармаекономічної точки зору.

Не підлягають компенсації безрецептурні лікарські засоби, а також засоби для лікування легких нездужань.

Фармацевтичний ринок Великобританії один з найконсервативніших в Європі. У Великобританії існує Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ), яка як державний інститут фінансується виключно за рахунок суспільних внесків. Ця служба охоплює все населення та підпорядковується Міністерству охорони здоров'я, тобто медичне страхування і медичне обслуговування здійснюються за участю НСОЗ. Ціни на лікарські засоби вищі, ніж у більшості європейських країн. НСОЗ забезпечує загальний доступ до послуг у галузі охорони здоров'я у залежності від потреб пацієнтів. На відміну від більшості країн ЄС, де про рівень цін і обсяг компенсаційних виплат домовляються окремо, у Великобританії компенсація автоматично розповсюджується на значну частку ЛЗ. Винятком є ті препарати, які потрапили до “негативного списку”. На доступність лікарських засобів у Великобританії, на відміну від Німеччини, значно впливають фармаекономічні оцінки Національного інституту здоров'я і якості медичної допомоги [11, 12].

У Франції рівень споживання ліків один з найвищих у світі, при цьому ціни на ліки одні з найнижчих в Європі. Принципи соціальної доступності характерні для всієї системи охорони здоров'я Франції. Уряд здійснює жорсткий контроль цін на лікарські засоби, що підлягають компенсації, тому механізм встановлення цін і визначення переліку лікарських засобів, які підлягають компенсації, достатньо складна. Після отримання дозволу на продаж особливості “виходу” на ринок визначаються спеціальним комітетом, який після розгляду всеобщого досьє на препарат визначає рівень компенсації на основі фармаекономічних показників ефективності в залежності від тяжкості захворювання [5, 6].

Рівень цін і обсяг компенсації в Італії визначаються як на державному, так і на регіональному рівнях. Уряд здійснює жорсткий контроль цін на лікарські засоби, застосовуючи широкий спектр заходів щодо зменшення витрат, ґрунтуючись при цьому на фармаекономічних оцінках. Особливості “виходу” на ринок, рівень цін і компенсаційних виплат визначаються Італійським агентством з лікарських засобів. Для цього до агентства необхідно подати інформацію про лікарський препарат, дані клінічних і фармаекономічних досліджень. Надання препарату статусу, що підтвержує компенсацію, залежить від його терапевтичної дії та ефективності.

В Італії існує два класи компенсації: клас А — компенсація 100%, яка включає препарати для лікування важких хронічних захворювань, що по-

винні покращувати якість життя, підвищувати середню тривалість життя і збільшувати частку сприятливих результатів лікування; клас Н — що є підкласом класу А, припускає також компенсацію 100% і включає препарати для застосування в умовах стаціонару; клас С — компенсація 0% — включає всі інші ЛЗ та безрецептурні препарати [15, 16].

Національна система охорони здоров'я Іспанії охоплює практично все населення і заснована на принципах соціальної доступності медичних та фармацевтичних послуг. Фінансується вона за рахунок збору податків і платежів, проте для країни характерні регіональні відмінності у політиці “виходу” на ринок та обмеження витрат через автономність регіонів.

Для отримання лікарським препаратом статусу, що він підлягає реімбурсації в медичній практиці, подається заява до уповноваженого Директорату з лікарського забезпечення населення. Якщо препарат не одержав статус реімбурсованого, ціноутворення вільне. Існує чотири рівні компенсацій: 100% — тільки для лікарських препаратів, що використовуються в стаціонарі, 70% — для деяких хронічних захворювань, 60% — для більшості лікарських препаратів, 0% — для безрецептурних лікарських препаратів, що входять в “негативний список” [5, 6].

Ціни на лікарські засоби в Бельгії наближені до середньоєвропейських цін. В 2001 р. Міністерство економіки розробило систему граничних цін на всі зареєстровані ліки.

Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту (МОЗ) оцінює терапевтичну та економічну цінність лікарських засобів, порівнюючи їх з аналогами. В узгодженні ціни беруть участь представники страхових компаній, виробників, оптових фірм, аптек та пацієнти. В комісію з реімбурсації входять представники страхових компаній, медичних і фармацевтичних асоціацій, а також незалежні фахівці. Остаточне рішення про реімбурсацію ухвалюється МОЗ: якщо протягом 180 днів рішення не ухвалюється, приймається ціна, запропонована виробником. Ціни на всі ЛЗ, які реімбурсуються, переглядаються через 1,5-3 роки. При визначенні ціни використовують такі показники: витрати на розвиток і наукові розробки, ціна лікарського засобу в країні-виробнику та в інших європейських країнах, ціни на аналогічні препарати на ринку. МОЗ відповідальні за ухвалення рішення про реімбурсацію препарату. Це можливо, коли ціна на лікарські засоби не перевищує таку на генеричну альтернативу або терапевтично еквівалентний препарат на ринку. Тому рівень цін на лікарські засоби, які з'явилися на ринку раніше, розглядають як референтні ціни на нові препарати. Можливе встановлення вищих цін на найбільш ефективні препарати, але встановлене обмеження зростання цін на них [4, 5, 6].

Таблиця 2

## Схеми оплати ліків пацієнтами в деяких європейських країнах

Країна	Схема оплати
Німеччина	Пацієнт оплачує будь-які ліки за єдиною ціною залежно від розміру упаковки, близько 4-9 євро.
Франція	Пацієнт оплачує граничний відсоток вартості ліків залежно від захворювання: 0%, 35%, 65%.
Фінляндія	Єдина ціна на будь-які ліки за рецептром. Компенсація надається у розмірі 50% ціни, що перевищує 3 євро, у разі тривалого лікування або хронічного захворювання компенсація складає 75% або 100% до ціни, яка не перевищує 6 євро.
Італія	Перша упаковка коштує 1,5 євро, далі незалежно від кількості упаковок, загальна сума не перевищує 3 євро. Компенсація визначається залежно від захворювання в розмірі 0%, 50% і 100% вартості.
Швеція	Диференційована ставка компенсації із встановленою межею — максимальна сума, яку пацієнт заплатить за ліки, не перевищує 2 євро.
Великобританія	Єдина ціна за будь-яку упаковку ліків встановлена у розмірі 14 євро.

У Данії існує вільне ціноутворення, але асоціація виробників лікарських засобів гарантує, що ціни не перевищать середньоєвропейські. Ціни на лікарські засоби, що підлягають реімбурсації формуються на базі внутрішніх цін або середньоєвропейських, якщо вони нижчі. Заяви про реімбурсацію спрямовують до Датського агентства з ліків, де вони оцінюються Комісією з реімбурсації. Рівень реімбурсації оцінюється за індивідуальною потребою з використанням оцінок річного споживання лікарських засобів, які компенсиуються конкретному пацієнту. Рішення про реімбурсацію ґрунтуються на терапевтичній ефективності лікарського засобу з урахуванням фінансових характеристик та підкріплюється фармакоекономічною оцінкою.

У країні передбачена процедура визначення компенсаційної знижки для пацієнта, який не користується послугами обов'язкового медичного страхування. Взагалі в Данії існує три категорії реімбурсації: 100% — в цю категорію включений тільки інсулін; 74,7% — лікарські засоби для лікування серйозних захворювань; 49,8% — лікарські засоби для лікування менш тяжких захворювань [5, 6, 8].

У Фінляндії ціноутворення на лікарські засоби, що не підлягають реімбурсації, вільне, а на інші встановлюється прийнятна оптова ціна, після чого їх вартість реімбурується згідно з його категорією 50%, 75% або 100%.

Категорія визначається уповноваженою Радою (Council State). Ліки для тяжких хронічних захворювань підлягають реімбурсації як спеціальна реімбурсаційна категорія. Рада ухвалює рішення як про захворювання, що відносяться до цієї категорії, так і про реімбурсацію ліків. Беруться до уваги вид захворювання, необхідність і витрати на лікарську терапію, терапевтична ефективність лікарських засобів згідно з дослідженнями в клінічній практиці.

Рівень цін на лікарські засоби у Греції найнижчий в Європі, тоді як рівень споживання — досить високий. Контроль цін здійснюється у відношенні як рецептурних, так і ОТС-препаратів.

Контроль за цінами на лікарські засоби здійснює Дирекція з контролю за цінами на лікарські засоби шляхом визначення максимальної роздрібної ціни на всі лікарські засоби з урахуванням оптової ціни. Максимальна роздрібна ціна залежить більшою мірою від того, де вироблено даний лікарський засіб — вітчизняним виробником або ввозиться з-за кордону. У разі імпорту лікарського засобу порівняння з європейською ціною є важливим елементом визначення ціни. З 1998 р. уряд запровадив “позитивний перелік”, лікарські препарати якого підлягають реімбурсації страховим фондом і який переглядається кожні два роки. Лікарські препарати, що входять до цього переліку одержують одинаковий рівень реімбурсації у всіх страхових фондах. Страхові компанії покривають близько 75% витрат на лікарські засоби для пацієнтів, а з окремим визначенням — для пенсіонерів, дітей, хронічно хворих пацієнтів (діабет, онкологічні хворі) передбачена 100% компенсація. Інші хронічні хворі, такі як хворі на паркінсонізм, платять 10% від вартості прописаних лікарських засобів [12, 13].

Нами узагальнені схеми оплати ліків пацієнта-ми в деяких європейських країнах (табл. 2).

На відміну від Європи, де ціни на більшість лікарських засобів, що відпускаються за рецептром, контролюються за допомогою договору (домовленості, узгодженості) між платниками — страховими компаніями і виробником, у приватному секторі в США немає механізму прямого контролю рівня цін на лікарські засоби на федеральному рівні. У приватному секторі ціни узгоджуються між постачальником і дистрибутором на основі вільної ринкової конкуренції. Відсутність державного контролю цін у США дає можливість фармацевтичним компаніям встановлювати вищі ціни, ніж в інших країнах. Оптові фірми суттєво впливають на рівень цін, оскільки мають нагоду виключити із переліку ті лікарські засоби, які мають стабільно фіксовані ціни. Ці переліки є “позитивними переліками” лікарських засобів, що беруть участь у медичній страховій програмі. Рин-

кова конкуренція в США настільки розвинена, що більшість управлінських рішень про включення до переліків лікарських засобів приймається після обговорення з декількома конкурючими виробниками лікарських препаратів, тому вільна ринкова конкуренція, тиск на попит та комбінація цих факторів взагалі і регулюють ціни на ринку США.

В оплаті ліків, що призначаються для пацієнтів, беруть участь державні і приватні страхові компанії. Основу системи складають обов'язкові медичні страхові програми Medicare і Medicaid. Система реімбурсації ефективно розвивається: якщо на початку 90-х років минулого століття застраховані американські пацієнти за свій рахунок оплачували 60% вартості рецептурних ліків, то вже з 2001 р. ця величина скоротилася до 17% загальної вартості [5, 6, 8].

У східноєвропейських країнах система реімбурсації має узагальнений вигляд. У галузі охорони здоров'я переважає державна форма власності, тоді як у фармацевтичній більшість підприємств — приватні. У страховому законодавстві наголошується на домінуванні централізованого підходу і домінуванні права на реімбурсацію для пацієнтів певних соціальних груп.

До 90-х рр. у більшості східноєвропейських країн почалися економічні реформи та приватизація. У фармацевтичній галузі Чехії, Румунії, Польщі та інших східноєвропейських країнах реформи привели до збільшення кількості приватних виробників, оптових складів і аптек. Така структура фармацевтичної галузі є достатньо конкурентоспроможною і повинна збільшити виробництво лікарських засобів відповідно до зниження рівня цін на них і, як наслідок, до підвищення доступності лікарських засобів та якості фармацевтичних послуг у цілому.

В інших країнах ринкові реформи державного сектора у поєднанні з глибокою економічною кризою привели до обмеження фінансових ресурсів на соціальні заходи. Витрати на медичні послуги варіюють між 2% і 3% від ВВП країни (відповідно до рекомендацій ВООЗ державні витрати на охорону здоров'я повинні складати не

менше 5% від ВВП країни), що недостатньо в умовах переважно бюджетного фінансування охорони здоров'я [9, 11].

За сучасних умов законодавство про реімбурсацію ліків у східноєвропейських країнах має такі основні риси: державне регулювання цін на ліки (тільки в Македонії ціни на безрецептурні лікарські засоби не контролюються, а реімбурсація проводиться через страхові каси); розробка переліків основних лікарських засобів для реімбурсації — “позитивні переліки” (як правило, країни Східної Європи мають різні переліки за видами ліків або хвороб. В Албанії, Чехії, Хорватії і Македонії застраховані пацієнти всіх соціальних груп мають гарантії компенсації вартості лікарських засобів); розробка “негативних переліків”.

Існування “негативних переліків”, що включають різні торгові назви, з чіткими правилами компенсації характерне для Польщі і Словаччини. У цих країнах впроваджена сурова процедура при включені нових зареєстрованих препаратів до переліку компенсації.

#### ВИСНОВКИ

Враховуючи те, що в Україні на сьогоднішній день практично відсутній досвід з розробки та застосування ефективних механізмів компенсації витрат на лікарські засоби, незважаючи на інтенсивне впровадження систем компенсації вартості лікарських засобів у країнах світу, узагальнення світового досвіду та вибір найбільш оптимальної, адаптованої для України моделі — актуальне питання сьогодення.

На нашу думку, в країні як на державному, так і на регіональних рівнях необхідно вирішити ряд проблем, а саме:

- прийняття законодавства про обов'язкове медичне страхування в Україні з визначенням ефективної системи реімбурсації;
- використання фармакоекономічних методів при розробці регулюючих переліків;
- удосконалення ціноутворення і заходів, спрямованих на підвищення гласності та прозорості формування цін на лікарські засоби як складової системи реімбурсації.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Завидова С. // *Фарматека*. — 2001. — №11. — С. 11-13.
2. Кононова С.В. // *Новая аптека*. — 2002. — №6. — С. 4-6.
3. Корнацький В.М., Вікторов О.П. // *Фармац. журн.* — 2001. — №3. — С. 11-14.
4. Косова И.В. // *Новая аптека*. — 2003. — №7. — С. 24-37.
5. Петрова Г. *Лекарственна употреба и фармакоикономика*. — София: Инфофарма ЕООД, 2004. — 85 с.
6. Петрова Г., Бенишева Т.-Дмитрова. *Приложение на фармакоикономиката в лекарствената регулация*. — София: Инфофарма ЕООД, 2004. — 99 с.
7. Тобін П., Ветер Е. // *Ремедиум*. — 2002. — №7/8. — С. 18-22.
8. Cedelrof C., Tomson G. // *J. Social Adm. Pharm.* — 2004. — №12 (3). — Р. 101-111.
9. Garattini L., Tediosi F.A // *Health Policy*. — 2000. — №51. — Р. 149-162.
10. Giuliani G., Selke G., Garatti L. // *Health Policy*. — 1998. — №44 (1). — Р. 73-85.
11. Haga A., Sverre G.M. // *Eur. J. of Health Economics*. — 2002. — №3 (3). — Р. 215-220.

12. Kamke K. // *Health Policy*. — 1998. — №3(2). — P. 171-194.
13. Kanavos P., Mossialos E. // *Pharmacoeconomics*. — 1999. — №5(№6). — P. 519-533.
14. Lundberg L., Johannesson M., Isacson D.G.L., Borgquist L. // *Health Policy*. — 1998. — №44 (2). — P. 123-134.
15. Relman A. // *New Eng. J. of Medicine*. — 1983. — №309 (23). — P. 1453.
16. Shulman S. // *Pharmacoeconomics*. — 1992. — №1. — P. 21-27.
17. Tielen R.V., Reys F., Genaert J. // *Health Policy*. — 1998. — №45. — P. 1-14.
18. Von der Schulenberg G., Uber A. // *Pharmacoeconomics*. — 2003. — № 11. — P. 517-518.
19. Walley T., Burril P. // *Brit. Medical J.* — 2000. — №320. — P. 131-132.
20. Zweifel P., Crivelli L. // *J. of Regulatory Economics*. — 2004. — P. 257-273.

УДК 615.2:338.51.516:338.025.24

НАУЧНОЕ ОБОБЩЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА  
ОРГАНИЗАЦИИ МЕХАНИЗМОВ РЕИМБУРСАЦИИ СТОИ-  
МОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

А.А.Котвицкая

На сегодняшний день в Украине практически отсутствует опыт разработки и применения эффективных механизмов компенсации стоимости лекарственных средств, что не позволяет аптечным учреждениям в полной мере выполнять свою социальную функцию, а государство, в свою очередь, не может выступать гарантом качественной, эффективной, доступной фармацевтической помощи для своих граждан. В результате изучения составляющих, процессов, направлений и объемов компенсационных выплат на лекарственные средства выделены социально-экономические стратегии функционирования системы реимбурсации в мире, а именно — государственная система медицинской и фармацевтической помощи, имеющая исключительно социальный характер и негосударственная система, при которой преобладает частный характер фармацевтической помощи. Проведен анализ механизмов компенсации стоимости лекарственных средств разных стран, изучены и обобщены схемы оплаты стоимости лекарственных средств пациентами в некоторых европейских странах.

UDC 615.2:338.51.516:338.025.24

THE SCIENTIFIC GENERALIZATION OF THE INTER-  
NATIONAL EXPERIENCE OF ORGANIZATION OF THE  
REIMBURSEMENT MECHANISMS OF MEDICATION COST  
A.A.Kotvitskaya

Today the experience of development and application of effective mechanisms of the medication cost compensation is practically absent in Ukraine and it does not allow to fulfill the pharmacy establishments their social function to a considerable extent, and the state in its turn can not be a guarantee of a qualitative, effective, available pharmaceutical help for the citizens. As a result of the study of constituents, processes, directions and volumes of the compensative payments on medications the social and economic strategies of the functioning of the reimbursement system in the world, namely the state system of medical and pharmaceutical aid with exceptionally social character and non-state system with the prevalence of the private character of pharmaceutical help have been distinguished. The analysis of the mechanisms of the medication cost compensation of different countries has been conducted; the schemes of payment of the medication cost by the patients in some European countries have been studied and generalized.