

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УКРАИНЕ И СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

А. А. Котвицкая, В. П. Ходаковская, А. А. Суриков*

Национальный фармацевтический университет, Украина

**Житомирский базовый фармацевтический колледж им. Г. С. Протасевича
socpharm@ukr.net*

Резюме. В статье описывается опыт фармацевтической помощи на основе медицинского страхования и операций медицинского страхования в историческом контексте. Основные характеристики работы медицинских страховых компаний в Германии, Латвии, Литве, Эстонии и Украине, были изложены. Роль страховых медицинских организаций в оказании медицинской помощи в разных странах была проанализирована. Особенности и будущие направления лекарственного обеспечения в Украине были определены.

Введение. В период становления и развития государственности состояние медицинской и фармацевтической помощи в Украине характеризуется хроническим дефицитом бюджетных средств, что свидетельствует о необходимости реформирования системы здравоохранения и поиска дополнительных источников финансирования. Именно поэтому **целью** нашей работы является исследование фармацевтического обеспечения населения в странах Европы, определение существующих тенденций и последующий выбор эффективных механизмов фармацевтического обеспечения населения, с последующим внедрением этих механизмов в Украине.

Материалы и методы. Международный опыт был исследован нами по литературным источникам отечественных и международных изданий, отчетам национальных и международных общественных организаций. При этом использовались следующие **методы**: логический, исторический, системный и графический анализ.

Результаты и их обсуждение. Международный опыт организации системы здравоохранения, а также источников их финансирования свидетельствует о следующей общей тенденции: чем более экономически развита страна, тем больше процент медицинской помощи, который населению обеспечивает государство. Так, в странах с развитой рыночной экономикой доля затрат населения в общем объеме финансирования здравоохранения составляет в среднем – 24%, в развивающихся странах с высоким уровнем доходов населения – 33%, с низким – 53%. В Украине же долевое участие населения составляет – 75%, в России около 60%, при этом более 70% бюджетных средств в Украине направлено на заработную плату медицинских работников.

На данный момент украинские больные большинство лекарственных препаратов (ЛП) получают за счет собственных средств, так по данным статистики за 2012 г. население приобрело лекарств на сумму 36 млрд. грн. (3,5 млрд. евро), государственные закупки за этот период составили 4 млрд. грн. (0,4 млрд. евро). Как свидетельствует зарубежный опыт, альтернативным механизмом фармацевтического обеспечения, является медицинское страхование, однако система обязательного медицинского страхования на сегодня в Украине, к сожалению, является перспективой будущего. Система добровольного медицинского страхования, действующая в настоящее время, не пользуется высокой популярностью у населения.

Первой страной внедрившей медицинское страхование в системе здравоохранения, является **Германия**, где в 1883 г. – был принят Акт Бисмарка о медицинском страховании. В 1885 г. обязательное медицинское страхование обеспечивало медицинскую защиту лишь 10% населения, однако, в последствии, медицинское страхование постепенно расширяло сферу своего покрытия, включая различные группы населения.

Типичной чертой немецкой системы медицинского страхования сегодня является то, что правительство не берет на себя ответственность за финансирование здравоохранения, а создает условия для функционирования

фондов медицинского страхования и контролирует их деятельность (рис. 1).

Общественное медицинское страхование в Германии в современных условиях является одним из элементов системы социального страхования, функционирование которого основывается на деятельности больничных касс (БК). Источником финансирования системы является налог на заработную плату, который поровну разделен между работодателем и работником. Размер налога варьируется в зависимости от того, какую БК выбрал работник, в среднем его размер составляет – 15% заработной платы. Все граждане страны, чей доход не превышает 46 300 евро в год должны быть

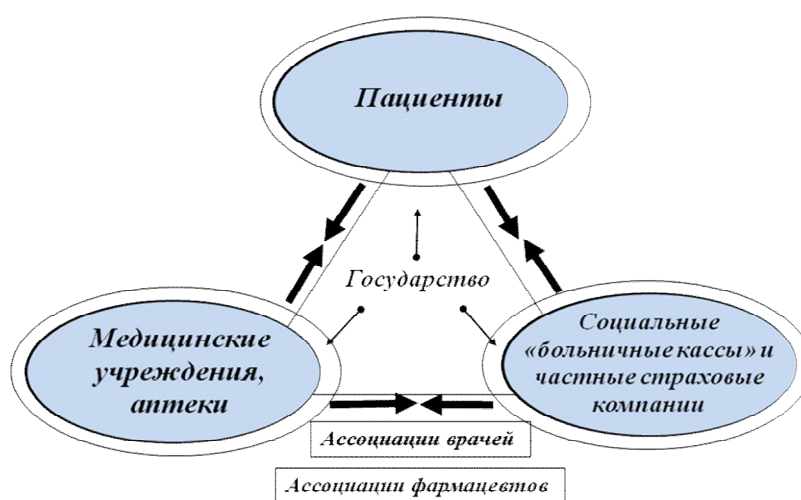


Рис. 1. Немецкая модель государственного регулирования медицинской помощи

застрахованы в одной из БК, население с более высокими доходами имеют возможность приобрести страховки у частных фирм, дополнительные страховки покупают примерно 9% немцев. Однако, порядка трех четвертей работающих граждан, чей доход превышает установленный лимит, предпочитают страховаться в БК, которые обеспечивают страховое покрытие примерно 90% населения. Все страховые взносы в Германии достигают 27,6% валового внутреннего продукта (ВВП), в том числе медицинское страхование – 10,9% ВВП.

Современные тенденции развития медицинского страхования проанализированные Фридрихом Брейером, экономистом из Университета Констанца, свидетельствуют, что если в сфере здравоохранения Германии не произойдут значительные перемены, расходы на здравоохранение к

2020 г., достигнут 30% ВВП. Как следствие, правительство Германии, начало процесс сокращения списка услуг, подлежащих страхованию. Ещё в 2004 г. БК перестали компенсировать расходы на приобретение оптики, препаратов для поддержания физической формы и безрецептурных ЛП. Также было введено долевое участие застрахованных в оплате медицинских услуг, и теперь каждый прием у терапевта, пребывание в больнице, получение рецепта и некоторые специализированные услуги обходятся жителям Германии в 10 евро. Как результат принятых мер – 13% совокупных расходов на здравоохранение немецкие граждане оплачивают самостоятельно, наиболее высокий уровень долевого участия связан с приобретением ЛП по рецепту, который составляет 10% от их стоимости.

Несмотря на тенденцию к значительному уменьшению общего количества БК в Германии, их число в стране по-прежнему остается достаточно большим (169 организаций по данным на 2012 г.), что на наш взгляд усложняет оценку ситуации на рынке медицинских услуг. Выбор населением БК зачастую осуществляется по принципу пешеходной доступности – предпочтение отдается той, офис которой находится ближе.

Ещё одним примером для анализа и получения практического опыта являются **страны Прибалтики**. Несмотря на то что развитие и становление систем здравоохранения этих стран проходило практически идентичные этапы с проведением похожих реформ по внедрению обязательного всеобщего медицинского страхования – окончательный результат для здоровья населения у них отличается.

В первые годы независимости **Эстонии** в сфере здравоохранения произошли значительные изменения. В 1990-х гг. было введено финансирование медицинской помощи за счет социального медицинского страхования. Правовую базу реформирования в медицине отобразили закон о медицинском страховании (1991 г.) и закон об организации оказания медицинских услуг (1994 г.). В 2000 г. Фонд медицинского страхования Эстонии получил статус самоуправляемой публично-правовой организации.

Финансирование здравоохранения в Эстонии осуществляется преимущественно за счет налогов с заработной платы: в последние годы он покрывает более 60% всех расходов на здравоохранение. По сути это социальный налог, который включает взносы на социальное медицинское страхование и в пенсионный фонд, его размер составляет 13% заработной платы или 20% трудового дохода работающего на себя человека. По данным статистики на 2006 г. – 95,2% жителей Эстонии были охвачены обязательным страхованием. Общие расходы на здравоохранение в 2006 г. составили 5% от ВВП, а в 2010 г они превысили 6,5%. Однако ввиду постигшего страну финансового кризиса в 2009 г. произошло сокращения бюджета БК на 59,7 млн. евро, что составляло 9%.

Тем не менее в 2010 г., по заключению экспертов из организации Health Consumer Powerhouse, которые проанализировали состояние медицинской помощи в 27 странах Евросоюза, а также в Швейцарии, Норвегии, Хорватии и Македонии, система здравоохранения Эстонии относится к ряду лучших в Европе. По данным отчета охватывающего 34 показателя Эстония лидирует в 6 категориях, набрав 669 баллов из 1000 возможных, находится на 10-м месте в рейтинге, а в категории Bang for the Buck (лучшее соотношение цены и качества с учетом ВВП) государство стало победителем. При этом Эстония более чем на 200 баллов опередила Латвию, и на 150 баллов – Литву.

Ситуация в сфере здравоохранения **Латвии**, несмотря на быстрые темпы экономических преобразований остается критической. Об этом свидетельствует Европейский индекс потребителей здравоохранения, в котором Латвия набрала всего 449 баллов и заняла последнее, 31-е место.

Сложная ситуация в латвийском здравоохранении обусловлена политикой правящих партий, которые руководствуются принципом, что каждый житель страны должен сам заботиться о своем здоровье. Таким образом, перекладывается материальная сторона вопроса на пациентов, а моральная ответственность – на врачей. В итоге здоровье жителей Латвии значительно хуже, чем в других странах ЕС, и, к сожалению, не имеет

тенденции к улучшению. Медицина в Латвии финансируется по остаточному принципу: не бюджет формируется под объем необходимых услуг, а услуги оказываются исходя из выделенного финансирования. Фактически бюджет здравоохранения постепенно сокращается, несмотря на относительно высокий показатель общих расходов на здравоохранение относительно ВВП среди стран Прибалтики – 6,4%. С 1 января 2009 г. 3% взнос обязательного страхования здоровья в Латвии платит работодатель, а 6% взнос обеспечивает работник, при этом значительная часть населения отказывается от необходимой медицинской помощи из-за чрезмерно высоких взносов.

Согласно опросам, каждый третий житель Латвии вынужден регулярно отказывать себе в покупке лекарств. Основная причина – недостаточная компенсация стоимости ЛП. Кроме того, квоты на лекарства у семейного врача нередко заканчиваются уже в середине месяца. Также характерной чертой является повышение стоимости ЛП, которое связано с появлением инновационных препаратов, введением жесткие требования ЕС по качеству, резким уменьшение импорта недорогих ЛП из стран СНГ. При этом, исследования, проведенные в стране свидетельствуют, что стационарное лечение в 4 раза дороже амбулаторного. Как следствие каждый лат, вложенный в дотируемые медикаменты, может сэкономить три лата больничного бюджета, не говоря уже о качестве жизни больных.

Ещё одной страной Прибалтики, где также с середины 1997 г. действует обязательное медицинское страхование, является **Литва**. Его администрирует централизованная система государственных БК. Взносы на здравоохранение установлены как часть подоходного налога с лица, который составляет 30%, взносы за детей, пенсионеров, безработных, других социально незащищенных групп населения платит государство из бюджета.

Медицинские услуги оплачиваются по договорам, заключенным между лечебными учреждениями и БК, расценки на медицинские услуги устанавливает Минздрав. Договоры с БК могут заключать также частные лечебные учреждения, однако цены их услуг регулируются, и не могут превышать 60%

от государственных. Таким образом, общие расходы на здравоохранение в Литве составляют 5,9% от ВВП. Стоит отметить, что в стране значительно снизилась рождаемость, увеличилось количество людей пенсионного возраста. Парадокс заключается в том, что даже при плохом финансировании здравоохранения из бюджета, систему здравоохранения Литвы считают одной из лучших в Европе. По данным Шведского института исследований, Литва находится на 4-м месте в ЕС по отношению качества и цены медицинских услуг.

Таким образом, в отличие от других стран, к моменту распада СССР Эстония была более подготовленной и в развитии системы здравоохранения сумела обойти некоторые другие республики. Поэтому данное государство может послужить своеобразной уникальной моделью быстрого и эффективного внедрения реформ и комплексного подхода в решении многих проблем посредством медицинского страхования.

Истоки формирования медицинского страхования в Украине были заложены ещё в конце 80-х – начале 90-х годов XIX века, когда прогрессивная часть предпринимателей Одессы начала страховать своих работников от несчастных случаев на производстве в частных общестраховых обществах. Первым промышленным предприятием в Украине, где в 1870 г. была создана БК, стал адмиралтейский завод «Россуд» в г. Николаеве. Впоследствии такие виды страхования распространились на промышленные центры Украины, при этом, их основой являлась деятельность больничных касс.

На территории западной Украины «Касса больных» впервые была создана в 1889 году во Львове. Согласно законам Австро-Венгрии, эта организация обеспечивала своих членов бесплатным медицинским обслуживанием и содержанием на время болезни. В дальнейшем, в 1920 г. – после распада Австро-Венгерской империи, в Польше возникают окружные кассы больных, объединенные в общегосударственный союз. Старейшей и самой крупной из них была окружная касса больных во Львове, деятельность которой распространялась на Восточную и Западную Галичину.

В дальнейшем, со сменой государственного устройства и вследствие передачи организации страхования в компетенцию профсоюзов, система

социального страхования потеряла самостоятельность и постепенно перестала являться составляющей медицинского страхования (1933 г.).

Именно поэтому в спектре современного состояния здравоохранения наибольший интерес в Украине привлекает деятельность БК, как единственный на сегодня механизм, которые позволяют обеспечить качество медицинской помощи и гарантировать эффективное фармацевтическое обеспечение, через солидарное участие населения в оплате расходов.

С конца 90-х годов в Украине начала развиваться система БК – как дополнительный источник финансирования здравоохранения за счет солидарно накопленных целевых персонализированных взносов юридических и физических лиц. БК стали одним из направлений реформирования системы здравоохранения, возникшим вследствие реакции населения на ограниченные возможности государственного финансирования.

Создание БК в виде самостоятельных структур в Украине определяет их возможности контроля за использованием финансовых ресурсов и качеством медицинского обслуживания. Среди всех БК 57% созданы и работают на основе Закона Украины «О благотворительности и благотворительных организациях», 31% – на основании Закона Украины «Об объединениях граждан», 12% в уставных документах ссылаются на оба закона.

В 2012 году в Украине действовало 217 больничных касс, объединяющих около 1 млн. граждан. Крупнейшими по численности членов являются БК Житомирской (около 200 тысяч), Черкасской (86 тысяч), Николаевской (71 тысяча) и Полтавской областей (свыше 56 тысяч человек) (рис. 2).

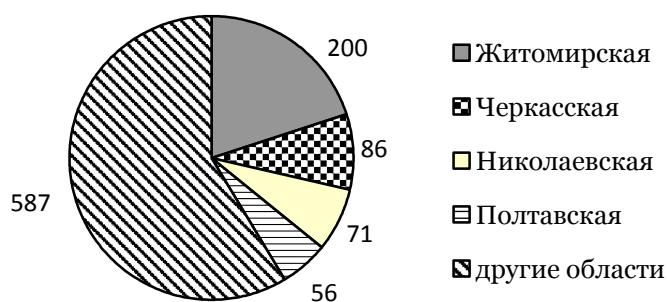


Рис. 2. Численность больничных касс Украины по областям (тыс. чел.)

Среди участников БК – 63% работающих, 21% пенсионеров, по 8% детей и других категорий. Ведущие позиции по количеству членов и объему фармацевтической помощи занимает БК Житомирской области, так на начало 2012 г. ее членами являются более 15 % от общего количества жителей области, при среднем показателе по Украине 2,17%.

Пребывание граждан в БК имеет тенденцию к увеличению, и они являются привлекательными для социально незащищенных слоев населения. Установлено, что за 2007 год суммарный объем средств, аккумулированных БК, составил 50,6 млн. грн., это превышает показатель 2002 года почти в 4 раза. Размер расходов БК в 2002 г составил 96,8% от общего объема аккумулированных средств, в том числе: на приобретение медикаментов – 78 %, на приобретение изделий медицинского назначения – около 5 %, на ведение дел и содержание касс – 13 %, другие расходы – 4 %.

Данные за 2012 год по суммарному объему средств аккумулированных БК, достигают – 88,6 млн. грн. (11 млн. дол.) (рис. 3).

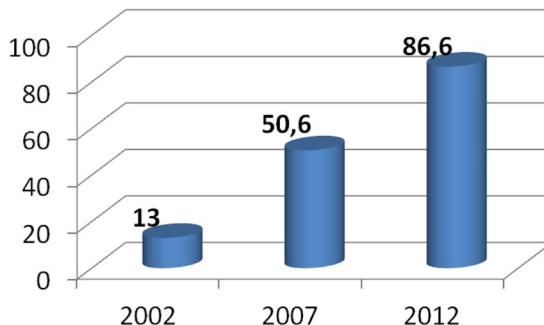


Рис. 3. Объем поступления денежных средств (млн. грн.)

Наибольшие суммы поступили в Житомирской (30 млн. грн.), Полтавской (около 10 млн. грн.) и Черкасской (8,5 млн. грн.) областях. Удельный вес средств предприятий, учреждений и организаций в общих поступлениях БК составляет всего 2,1 млн. грн. (2,4%).

Сумма расходов из средств БК в целом по Украине за 2012 г. составляла 83,2 млн. грн., В частности, на приобретение медикаментов – 64 млн. грн. – 77%, на приобретение изделий медицинского назначения – 1%, на административные расходы и содержание касс – 15,4 млн. грн.

(18%), другие расходы – остаются на уровне 4%. За счет БК в 2012 г. медикаменты получили 487 тыс. человек.

В своей деятельности БК Украины используют страховые технологии, что значительно снижает финансовые затраты населения при получении медицинской помощи. Эффективность работы БК обеспечивается осуществлением постоянного контроля за лечебно-диагностическим процессом, благодаря внедрению локальных клинических протоколов. Также тщательно анализируется медицинская документация и качество фармацевтического обеспечения.

БК стали инициаторами создания и реализации в Украине формулярной системы. Первый лекарственный формуляр (ЛФ) вышел в 2000 г. при поддержке американского проекта «Рациональный фармацевтический менеджмент» в Житомирской области. В настоящее время в Житомире издана 6-ая редакция ЛФ.

Данный механизм введен с целью оптимизации использования ЛП в ЛПУ, для повышения качества лечения, его унификации и экономии затрат. Как результат средняя стоимость лечения 1-го больного за 10 лет уменьшилась на 30%, частично это было достигнуто за счет внедрения импортозамещения ЛП. Кроме того, за счет рациональной организации закупок через оптовых поставщиков, стоимость медикаментов в БК на 30-40% ниже их стоимости в аптечной сети.

В результате изучения международного и отечественного опыта функционирования БК можно утверждать, что первым эффективным и оправданным шагом к внедрению медицинского страхования в Украине является внедрение в систему здравоохранения и фармацевтического обеспечения БК. Положительной стороной функционирования этих организаций является индивидуальный учет поступлений и расходования средств, отработка системы договорных взаимоотношений с лечебными учреждениями, предприятиями и банками. В результате деятельности БК формируется позитивное мышление: у населения – о необходимости

участия в совместной оплате медицинских услуг; у медицинских работников – о необходимости стандартизации медицинских услуг. Кроме того, БК готовят новый тип менеджеров здравоохранения – врачей-экспертов, которые владеют методиками ценообразования медицинских услуг, фармакотерапевтическими и фармакоэкономическими методами анализа.

Выводы.

1. В результате изучения международного опыта установлено, что основными источниками финансирования медицинского и фармацевтического обеспечения в зарубежных странах являются средства полученные страховыми фондами от налоговых сборов с заработной платы, как со стороны предприятия, так и со стороны граждан, а также субвенции государственного бюджета и других организаций.

2. Учитывая современное состояние системы здравоохранения Украины установлено, что деятельность БК, как единственный на сегодня механизм, которые позволяют обеспечить качество медицинской помощи и гарантировать эффективное фармацевтическое обеспечение, через солидарное участие населения в оплате расходов.

3. Установлено, что деятельности БК в Украине в нынешнем виде, является результатом недостаточного финансирования системы здравоохранения и служит механизмом привлечения в основном личных средств граждан для предоставления медицинской и фармацевтической помощи, не имея при этом никакого специально созданного для них правового поля и государственной поддержки.

4. С переходом Украины к системе обязательного социального медицинского страхования, с нашей точки зрения, крайне необходимым является существование независимых организаций, которые будут заниматься распределением финансовых ресурсов и контролировать качество медицинской помощи.

5. Как свидетельствует зарубежный и собственный опыт деятельность больничных касс в системе здравоохранения Украины, позволяет получить

необходимый опыт, наработать механизмы, подготовить кадры и стать основой для функционирования системы медицинского страхования.

Литература:

1. Котвіцька, А. А. Наукове узагальнення міжнародного досвіду організації механізмів реімбурсації витрат на лікарські засоби / А.А. Котвіцька // Вісник фармації. – 2006. – № 3 (47). – С. 50 – 57.
2. Мартынович, А. Здравоохранение Прибалтики – тернистый путь к европейским стандартам / Андрей Мартынович. – Здоровье Украины. – 2009. – №4. – С. 10 – 11.
3. Морозов, А. В. Больничные кассы и страхование рабочих в Казанской губернии :1912-1919 гг. / Андрей Викторович Морозов // Диссертация на соискание звания кандидата исторических наук. – Казанский государственный университет. – 2000. – 380 с.
4. Немченко, А. С. Обґрунтування механізмів реімбурсації (компенсації) витрат на лікарські засоби в Україні: метод. рек. / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька. – К., 2007. – 25 с.
5. Парій, В. Д. Вітчизняний досвід: лікарняні каси як прообраз добровільного медичного страхування // „Здоров'я України”, 2008. - №5.
6. Сасковец, А. А. Государственное медицинское страхование в Германии: становление, проблемы, стратегические решения / А. А. Сасковец. – М. : МАКС Пресс, 2005. – 28 с.
7. Busse, R. Health care systems in transition Germany / R. Busse, A. Riesberg // Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – 220 p.
8. Cedelrof, C. Private pharmacies and the health sector reform in developing countries – professional and commercial highlights / C. Cedelrof, G. Tomson. – J. Social Adm. Pharm. – 2004. – Vol.12, № 3. – P. 101 – 111.

STUDY OF PHARMACEUTICAL ENSURE POPULATION IN UKRAINE AND THE EUROPEAN UNION

A.A. Kotvitska, V.P. Khodakivska, A.A. Surikov

The article describes the experience of pharmaceutical care based on health insurance and health insurance operations in a historical context. The basic characteristics of health insurance companies in Germany, Latvia, Lithuania, Estonia and Ukraine have been outlined. The role of health insurance companies in the provision of health care in different countries has been analyzed. The features and future directions of pharmaceutical provision in Ukraine have been identified.