УДК 615.1: 378 (091)

ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ В УМОВАХ КРИЗОВОГО СТАНУ ЕКОНОМІКИ УКРАЇНИ

В.П Черних., А.С. Немченко, В.М. Назаркіна, Г.Л. Панфілова, О.А. Немченко

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@ukr.net

Резюме: В кризовий період особливо актуальним є аналіз проблем розвитку фармацевтичного ринку та визначення основних напрямків формування НЛП. Показано, що за 1999-2014 рр. вітчизняний ринок збільшився в 16,5 разів, однак суттєво знизилась питома вага (на 10%) вітчизняних препаратів. Встановлено, що в країні створені об’єктивні передумови для впровадження програми імпортозаміщення. Виявлено тенденцію до стабільного зростання кількості аптек: за п’ятнадцять років їх кількість зросла практично у 2,4 рази. Обґрунтовані підходи до створення вітчизняного керівництва з оцінки ТОЗ, що включає аналіз клінічної ефективності, економічний аналіз та аналіз впливу на охорону здоров'я. Запропоновані сучасні принципи поетапного впровадження консолідованої (обов’язкової й добровільної) моделі соціального медичного страхування. Надано визначення терміна «страховий рецепт» та запропоновано показники, що його характеризують.

Ключові слова: Національна лікарська політика, медичне страхування, фармацевтичний ринок, оцінка технологій, лікарські засоби.

Ефективне формування національної лікарської політики (НЛП) потребує виконання цілого комплексу завдань, що реалізуються у площині нормативно-правових, професійних, соціально-економічних на інших відносин у суспільстві. При цьому у кожній країні існують традиційні підходи щодо організації надання фармацевтичної допомоги, а фармацевтичному ринку притаманні особливості, що пов’язані з історичними та соціально-економічними умовами розвитку.

В період кризової економіки, що має місце наразі в Україні, особливо актуальним є аналіз історичних передумов, стану та проблем розвитку фармацевтичного ринку, а також визначення основних напрямків формування НЛП.

Серед країн колишнього СРСР Україна наприкінці 90-х років минулого століття займала лідируючі позиції за темпами розвитку фармацевтичної промисловості. Крім цього, в Україні був побудований та ефективно функціонував потужний науково-освітній базис у фармації. За роки незалежності у вітчизняній системі фармацевтичного забезпечення населення відбулись значні якісні та кількісні зміни. Зупинимось на аналізі впливу деяких з них на доступність фармацевтичної допомоги, що надається населенню в Україні.

Вітчизняний фармацевтичний ринок (ФР) є важливим елементом системи фармацевтичного забезпечення населення, що активно розвивається. Незважаючи на фінансову кризу та вкрай нестабільну ситуацію у країні, за 1999-2014 рр. вітчизняний ФР збільшився в 16,5 разів у національній валюті та в 11,3 рази у доларах США (рис.1).

Розраховані показники обсягу споживання лікарських засобів (ЛЗ), що припадає на одного мешканця країни, дорівнювали: 1999 р. – 8,1; 2005 р. – 30,5; 2010 р. – 48,6; 2014 р. – 99,5 дол. США. Тобто, зазначений показник зріс більше, ніж у 12 разів. Для порівняння, за останніми даними в США обсяг споживання ліків, що припадає на одного мешканця країни дорівнює 680 дол. США, в Японії – 601, а в Великобританії – 287.

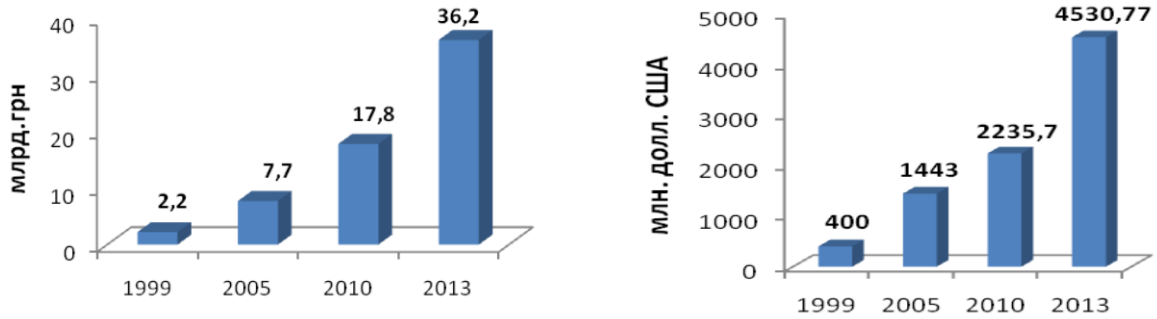


Рис. 1. Аналіз динаміки розвитку вітчизняного ФР за 1999-2013 рр.

Як бачимо, вітчизняні показники на порядок відстають від світових даних та не відповідають реальній потребі населення у доступній фармацевтичній допомозі. Як свідчить закордонний досвід та результати власно проведених на кафедрі ОЕФ організаційно-економічних досліджень, дієвим механізмом вирішення зазначеної проблеми є впровадження соціальної моделі обов'язкового медичного страхування (ОМС), у якій ефективно діють механізми референтного ціноутворення на ЛП та реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги.

Важливою характеристикою сучасного ФР є його імпортозалежність, яка сягає від 70 до 90% до різних фармакотерапевтичних груп ліків. На рис. 2 наведена динаміка кількості зареєстрованих лікарських препаратів (ЛП) за 1999-2014 рр. Як бачимо за представленими даними, кількість препаратів імпортного в виробництва з 1999 р. збільшилась практично у 3 рази. Очікується тенденція до збільшення кількості імпортних ЛП в загальній структурі вітчизняного ФР буде спостерігатися й надалі. Негативною, з соціально-економічної точки зору, тенденцією розвитку вітчизняного ФР є поступове зниження питомої ваги препаратів вітчизняного виробництва у загальній структурі асортименту ЛП. Так, питома вага препаратів, що представляють на ФР вітчизняних виробників, складала за різними роками дослідження: 1999 р. – 39,8%; 2005 р. – 33,5%; 2010 р. – 32,2%; 2014 р. – 29,9%. Ефективним напрямком вирішення зазначеної проблеми є розробка та впровадження державної програми імпортозаміщення.

Слід зазначити, що за останні роки в Україні закладені об'єктивні передумови для ефективного впровадження програми імпортозаміщення, а саме:

- розроблено та введено в дію Державну Фармакопею України, гармонізовану з Європейською Фармакопеєю;
- Україна першою серед країн СНД вступила до міжнародної системи співпраці фармацевтичних інспекцій (PIC/S) і приєдналася до 37 провідних країн світу;

- створено належну систему реєстрації ЛП та міжнародний формат реєстраційного досьє;
- адаптовано та актуалізовано відповідні європейські настанови, що регламентують розробку і дослідження ЛЗ;
- у ліцензійних умовах на виробництво та реалізацію ЛЗ впроваджена обов'язковість виконання правил GMP та GDP.

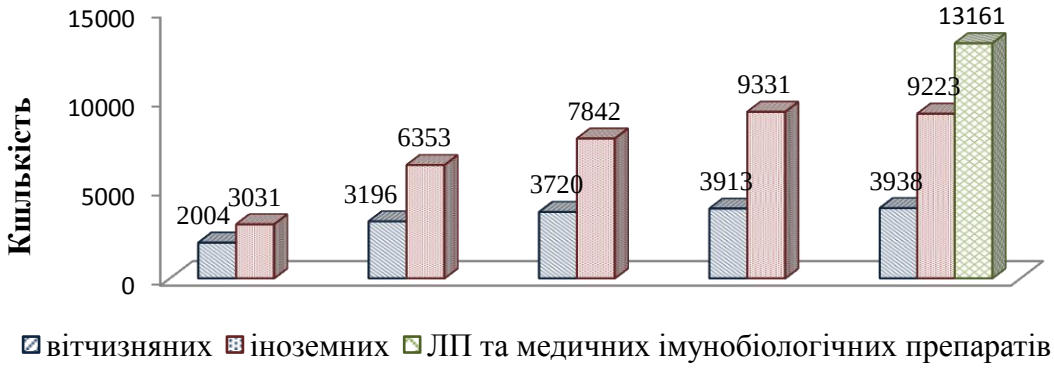


Рис. 2. Аналіз динаміки кількості зареєстрованих ЛП імпортного та вітчизняного виробництва

Для 761 найменування ЛЗ за міжнародними непатентованими назвами (МНН), що входять до складу Державного формуляру ЛЗ та Національного переліку основних ЛЗ і ВМП, на даний час немає вітчизняних аналогів, і вони представлені на ФР України виключно препаратами закордонного виробництва. За оцінкою фахівців, значні резерви імпортозаміщення препаратів мають місце в кардіології (63%), анестезіології та реаніматології (61%), ревматології (60%), організації протимікробної терапії (59%). Можливість поповнення асортименту ЛЗ за рахунок вітчизняних препаратів існує також у таких галузях медицини, як акушерство та гінекологія (26%), офтальмологія (30%), урологія та андрологія (31%), гематологія (32%).

За умов жорсткої конкуренції та ліцензування виробництва у відповідності до вимог GMP намітилась тенденція до зниження кількості фармацевтичних виробників. Так, якщо у 1999 р. в Україні налічувався 121 виробник ЛП та товарів аптечного асортименту, в 2005 р. – 133, в 2010 р. –

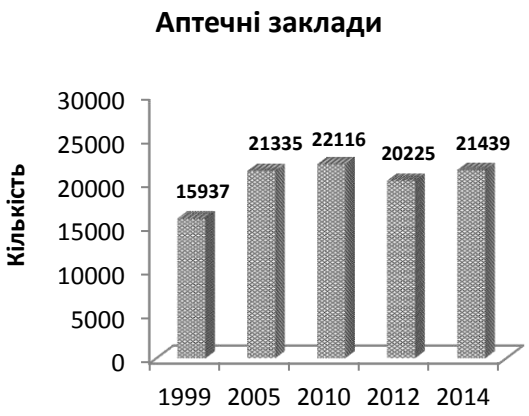
137, то в 2014 р. – 111 суб'єктів господарювання. На фоні зниження кількості виробників ЛП в Україні намітилась позитивна тенденція до планомірного збільшення фірм, що мають сертифікат GMP на виробництво препаратів за міжнародними вимогами якості. Так, станом на 01.01.2014 р. в Україні налічувалась 21 фірма-виробник, які сертифіковані за вимогами GMP та освоїли випуск більш ніж 500 торгових найменувань ЛП.

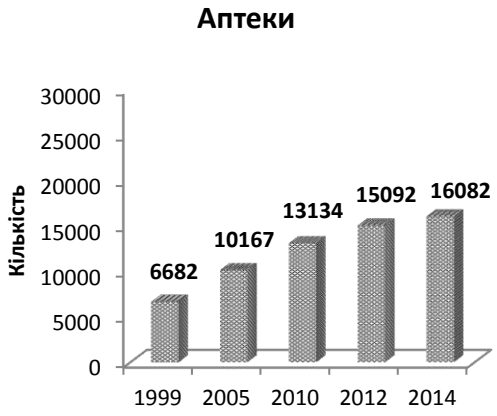
За умов спонтанного характеру розвитку вітчизняного ФР упродовж 1991-1999 рр. спостерігалось стрімке збільшення кількості компаній, що займались оптової реалізацією ЛП та товарів аптечного асортименту.

Наприклад, за даними 1991 р. в країні налічувалося всього 40 оптових фармацевтичних фірм, а у 1999 р. ліцензію на проведення господарських операцій з оптової реалізації ліків отримали понад 1400 компаній різних форм власності. Слід зазначити, що, на відміну від роздрібного сегменту ринку, на якому протягом років дослідження спостерігалось планомірне збільшення кількості аптечних закладів, з 1999 р. в країні намітилась тенденція до зменшення кількості дистриб'юторів. Так, за даними 2005 р. оптовою реалізацією ліків та товарів аптечного асортименту на ФР займались 1184 суб'єкти господарювання, в 2010 р. їх кількість зменшилась практично у два рази та склала 623 компанії. За даними 2014 р., в Україні на ФР функціонувало уже 440 оптових компаній (70,6% від даних за 2010 р.). Зазначене можна пояснити посиленням конкуренції на оптовому ФР, перш-за все, внаслідок значної концентрації капіталу та формування дистриб'юторських мереж національного масштабу. За оцінкою фахівців, на даний час приблизно 5-6 національних дистриб'юторів контролюють понад 85% оптового ФР в Україні. Це світова тенденція у розвитку оптової ланки товаропровідної мережі на ФР. Наприклад, в США за останні 30 років спостерігалось зменшення кількості оптових фармацевтичних компаній з 150 до 50. У Франції налічується на національному ФР всього 6 потужних дистриб'юторів, в Великобританії – 9, Німеччині – 13, Іспанії – 58, Італії – 85. Непропорційний характер розвитку оптового та роздрібного сегментів вітчизняного ФР свідчить, що, наприклад, в

країнах ЄС на одну оптову компанію припадає 390-450 аптечних закладів, а в Україні – 45.

Головною ланкою у системі фармацевтичного забезпечення населення є аптека. Фармацевтичне забезпечення населення в Україні станом на 1.01.2014 р. здійснювало близько 21439 аптечних закладів, понад 74,6% з них розташовані у містах. Згідно ліцензійних умов, відповідно до яких аптечні кіоски, як структурні підрозділи аптек повинні були ліквідовані, змінили ситуацію на роздрібному сегменті фармацевтичного ринку. Так, станом на 1.01.2010 р. один аптечний заклад обслуговував приблизно 1971 мешканця країни, в 2011 р. (дані на 1.01) 2206, а в 2012 р. (1.10.) 2198 жителів. З 2007 р. по 2012 р. намітилась тенденція до планомірного зниження кількості аптечних закладів. Разом з цим порівняння даних у динаміці років (1999-2014 рр.) дозволило встановити тенденцію до стабільного зростання загальної кількості аптек. Так, за п'ятнадцять років їх кількість зросла практично у 2,4 рази, а аптечних пунктів на 36,7% (рис.3). Об'єктивнішими є результати аналізу динаміки кількості аптечних закладів, що припадає на одного мешканця країни (рис. 4). Враховуючи негативний тренд щодо планомірного зменшення населення України, логічним виглядає тенденція до поступового зниження у період з 1999 р. по 2010 р. з кількості аптечних закладів, що припадає на одного мешканця країни.





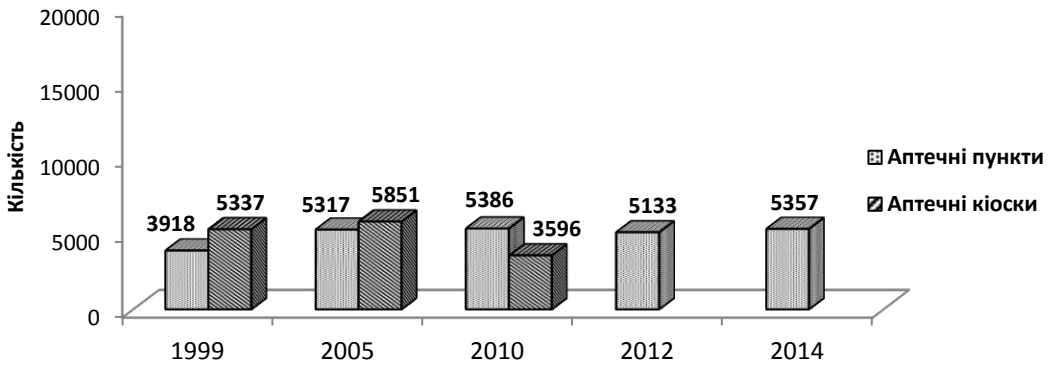


Рис. 3. Структура аптечних закладів в динаміці років

Так, якщо у 1999 р. на одного мешканця припадало 3132 аптечних закладів, то в 2014 р. – 2119, що дорівнювало всього 67,7% від даних базового (1999 р.).

З позитивної точки зору, слід оцінити ліквідацію у 2014 р. аптечних кіосків. Наступним важливим етапом в реформуванні аптечної служби країни, на нашу думку, повинно стати впровадження механізмів державного регулювання щодо розміщення аптечних закладів в містах та сільській місцевості (пішохідна доступність закладів та нормування за чисельністю мешканців навантаження на одну аптеку, зокрема аптек, що виготовляють екстемпоральні ліки).

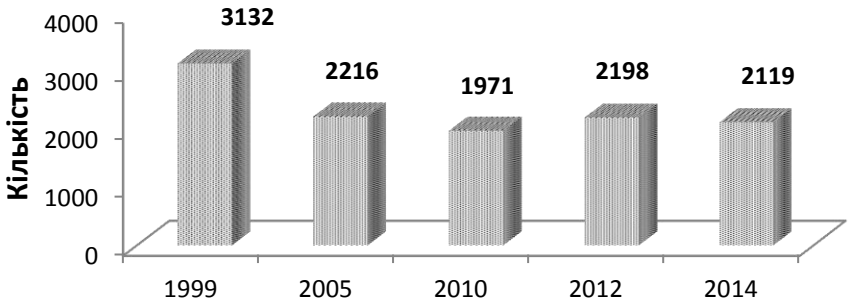


Рис.4 Динаміка кількості аптечних закладів, що припадає на одного мешканця

Тенденції розвитку системи охорони здоров'я та фармації, що спостерігаються як у світі, так і в Україні такі: зростаюча вартість медичної та фармацевтичної допомоги при обмежених можливостях фінансування й

нераціонального використання ресурсів призвели до нагальної потреби формування **сучасної методології оцінки технологій охорони здоров'я** – HTA (Health Technology Assessment). Аналіз літературних джерел дозволив засвідчити, що поняття «технології охорони здоров'я» (ТОЗ) поширюється на лікарські та імунобіологічні препарати, а також стандарти надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим. Сьогодні в Україні практично відсутня оцінка ТОЗ як цілісна науково-практична методологія**.**

Система оцінки ТОЗ стала однією з найбільш ефективних систем, що використовують практично усі країни Європи, окрім країн колишнього Союзу, для обґрунтування пріоритетів у виборі ТОЗ та прийняття відповідних рішень. Розповсюдженість систем HTA відображає підвищений попит на достовірну інформацію, яка потрібна для підтвердження ефективності ТОЗ на основі доказової медицини. Наразі органи HTA різних країн поставили задачу створити методологічну основу або стандартні вказівки з проведення ТОЗ, які б узагальнили передовий досвід.

Аналіз вітчизняних законодавчо-правових актів показав, що на цей час відсутня методологія, яка дозволила б комплексно оцінити ТОЗ з точки зору клініко-економічної доцільності. За результатами систематизації матеріалів спеціальної літератури та власно проведених на кафедрі організації та економіки фармації теоретико-прикладних досліджень були обґрунтовані підходи до створення **вітчизняного керівництва з оцінки ТОЗ** (проф. Немченко А.С., доц.. Косяченко К.Л.). Системна оцінка ТОЗ повинна передбачати наступні методи: аналіз клінічної ефективності, економічний аналіз та аналіз впливу на охорону здоров'я й фармацевтичне забезпечення населення.

Одним з прикладів використання методології оцінки ТОЗ задля прийняття раціональних управлінських рішень в практиці охорони здоров’я є проведений клініко-економічний аналіз (КЕА) державних цільових програм (ДЦП) (проф. Немченко А.С., доц. Панфілова Г.Л., доц.. Корж Ю.В.). Насамперед це «Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними

захворюваннями на 2007-2016 рр.» («Онкологія» далі), що затверджена розпорядження КМУ 10.07.2006 р. №393-р. Так, наприклад, було встановлено, що в 2013 р. на першій позиції за питомою вагою вартості придбаних ЛП був препарат трастузумаб, який займає монопольне положення на сегменті Ф, де представлені похідні рекомбінантних гуманізованих моноклональних антитіл. У рамках виконання державних гарантій за ДЦП «Онкологія» було придбано препарат Герцептин 150 мг №1 фл. компанії «F.Hoffmann La-Roche» (США) на суму 18118,8 тис. грн., що складало 11,21% від загальної суми придбання тендерних закупівель ЛП. За умов дефіциту коштів у вітчизняній системі охорони здоров'я наявність у складі закупівель на перших позиціях за вартісним показником оригінальних препаратів потребує ґрунтовних досліджень, насамперед з використанням НТА.

Також доведено, що характерною рисою складу тендерних закупівель ЛЗ, що здійснювалися протягом 2010-2013 рр. для онкогематологічних хворих, є монопольне положення препаратів з групи L01X-Інші протипухлинні засоби. Це насамперед, групи L01XB-Метилгідразини, L01XC-Моноклональні антитіла, L01XE-Інгібітори протеїнкінази, L01XX-Інші протипухлинні препарати. Питома вага вартості придбаних препаратів за вказаними групами коливалась у діапазоні від 64,8% (2010 р.) до 72,4% (2012 р.). За даними співставлення вимог протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гематологія», Державного формуляру ЛЗ шостого випуску та якісного складу закупівель ЛЗ встановлений факт непропорційного, по відношенню до різних груп онкогематологічних хворих, характеру розподілу коштів на закупівлю ЛЗ. Пріоритетне положення за сумою витрат (63,5%-71,2%) належало препаратам (12,5% від середнього значення придбаних асортиментних позицій ЛЗ), які у переважній більшості, використовуються у лікуванні хронічних форм лейкозів та лімфом.

Впровадження методології НТА передбачає комплексне застосування ефективних механізмів ціноутворення і реімбурсації, а також фармакоекономічну оцінку ТОЗ, зокрема КЕА. Ефективне впровадження

оцінки ТОЗ, як нової галузі наукових досліджень, в організацію вітчизняної охорони здоров'я, передбачає застосування спеціальних методик фармакоекономічної оцінки (ФО), які не можуть бути безпосередньо перенесені із зарубіжної практики.

Фармакоекономічна оцінка *є складовою загальної методології оцінки* ТОЗ *та постає як метод ідентифікації, дослідження та порівняння показників клінічної ефективності та прямих медичних витрат (вартості фармакотерапії) у застосуванні* ТОЗ *з метою прогнозування їх переваг для окремого хворого та системи охорони здоров'я в цілому.* Специфіка проведення ФО полягає у необхідності оперативного отримання результатів за умов об'єктивної обмеженності інформації.

Світовий досвід та власні наукові дослідження свідчать, що сучасні проблеми ціноутворення на ЛЗ та реімбурсації їх вартості потребують комплексного вирішення в системі оцінки ТОЗ. Такий підхід дозволив нам запропонувати принципово нову методологію соціально ефективної цінової політики єдиних роздрібних цін на ЛЗ. Система НТА базується на ефективних механізмах ціноутворення МТ та реімбурсації їх вартості, що дозволяє проводити фармакоекономічну оцінку та клініко-економічний аналіз нових і діючих ТОЗ. Головна ідея полягає у поєднанні уже діючих елементів, перш за все методів державного регулювання видів цін на ЛЗ – прямих та непрямих з перспективними ефективними методами (референтне ціноутворення, системний моніторинг, зовнішній моніторинг за індикативними цінами) з урахуванням світового досвіду й національних особливостей.

Одним із ключових завдань реформування сучасної системи ОЗ та фармації залишається необхідність **впровадження соціального медичного страхування**, процес якого в Україні явно затягнувся та в результаті чого країна є однією з небагатьох в Європі, де відсутня страхова медицина. Наразі впровадження медичного страхування (МС) потребує організації комплексу державних та громадських заходів, які потребують часу, а головне врахування політичної, адміністративної та економічної ситуації. Незважаючи на глибоку

економічну кризу та значний дефіцит коштів на ОЗ, саме зараз потрібно визначитись з **основними принципами** МС, **страхувальником** (роботодавці, місцеві органи влади, ін.) та **страховиком** (фонди загальнообов'язкового державного соціального страхування, ін. страхові фонди та компанії), **механізмами та джерелами фінансування.** Зазначені категорії треба обґрунтувати та вписати в українське законодавство, адаптувавши його з законодавчими нормами ЄС. При цьому треба зауважити, що враховуючи низький рівень розвитку вітчизняного ринку страхування, на нашу думку, доцільно використовувати термін «медичне страхування» замість «страхова медицина».

Аналіз систем страхової медицини в країнах ЄС та світу дозволив нам визначити їх переваги та недоліки, а також рекомендувати сучасні принципи системи МС в Україні, а саме:

- обґрунтування консолідованої (комплексної) моделі, яка повинна мати соціальне спрямування та яка включає обов'язкову й добровільну (приватну) форми;
- розробка базової програми медичної та фармацевтичної допомоги в рамках обов'язкової форми, що орієнтована тільки на соціальні групи (пенсіонери, інваліди, студенти та ін. малозабезпечені громадяни), а також надання екстреної невідкладної допомоги пацієнтам, передбачивши її фінансування за рахунок державних податків, різноманітних внесків – соціального страхування, благодійних та ін. ;
- опрацювання розвитку добровільної (приватної) форми на основі комплементарного (додаткового) страхування, передбачивши гнучку систему внесків – ощадні рахунки, прямі платежі громадян та ін. ;
- розробка поетапних методів впровадження системи МС, починаючи наразі прийняття відповідних законодавчих та нормативно-правових актів, при цьому їх реалізацію доцільно відстрочити на певний час до досягнення фінансово-економічної стабільності у державі та забезпечення нормативного рівня фінансування ОЗ (не менше 30% загального обсягу).

Перш за все, слід підкреслити доцільність введення сучасних **принципів комплементарного страхування** – розширеного страхового покриття для власників полюсів приватного страхування, що передбачає використання ефективних медичних та фармацевтичних послуг, спрямованих на інноваційні ТОЗ та покращення якості життя пацієнтів. Також комплементарне страхування дозволяє одержати ЛЗ, які не включені до регулюючих переліків або потребують страхового покриття понад максимальний рівень компенсації. Окрім цього, ця форма дозволяє одержати застрахованим препарати - off label, які призначаються для лікування рідких захворювань та експериментальних препаратів.

Організаційно-економічні дослідження, що проводяться на кафедрі ОЕФ з 1990-х р., з питань впровадження соціально адаптованих моделей фармацевтичного забезпечення населення в умовах МС дозволив нам зробити визначення терміна «страховий рецепт».

Страховий рецепт – *це медико-фармацевтична, соціально-економічна та правова категорія, що є складовою системи МС, основною функцією якої є компенсація (реімбурсація) вартості наданої фармацевтичної допомоги з страхових фондів або держбюджету.*

СР має різний пріоритет у виконанні функцій у системі страхових відносин. Так, у моделі обов'язкового МС СР треба розглядати, перш за все, як гарант з боку держави на одержання соціально незахищеними верствами населення пільгової й безоплатної фармацевтичної допомоги. В цій моделі СР виконує пріоритетну соціальну функцію.

За умов функціонування добровільного МС СР постає, як переважно ринкова категорія, а процес реімбурсації вартості спожитих ліків обумовлений умовами страхового договору та здійснюється за переліком ЛЗ, що затверджений страховиком. При здійсненні добровільного МС на СР покладена значною мірою економічна функція, ефективна реалізація якої дозволяє отримувати прибуток аптечного закладу від основної діяльності. За змістом СР

вартість відпущених населенню ЛЗ повинна бути повернена аптечному закладу або персоніфіковано громадянину із страхових фондів.

Опрацювання й аналіз СР у різних моделях МС дозволив нам запропонувати наступні показники: баланс страхової діяльності аптеки; питома вага (%) СР у загальній рецептурі; середню вартість СР на ліки індивідуального та промислового виготовлення; середню тривалість операційного циклу СР; середній період накопичення; середній період платежу; питому вагу (%) сплати вартості ЛЗ індивідуально хворим або іншим платникам; коефіцієнт компенсації (реімбурсації); страховий коефіцієнт рецептури; коефіцієнт страхової активності аптеки; коефіцієнт ефективності компенсації, показники рентабельності.

Використання результатів аналізу показника СР за допомогою наведених показників дозволить, з одного боку, організувати більш ефективну, з економічної точки зору, модель функціонування аптечного закладу, з іншого – у повному обсязі виконувати основне завдання аптеки, що полягає у забезпеченні населення, незалежно від матеріального та соціального статусу людини у суспільстві, якісною й доступною фармацевтичною допомогою.

Серед основних складових моделі СР нами визначені такі: **законодавчо-нормативна, адміністративно-управлінська, організаційна, фінансово-економічна, просвітницька, кадрова, інформаційно-статистична.**

Література

1. Немченко А.С. Ціноутворення на лікарські засоби / А.С. Немченко, К.Л. Косяченко, О.А. Немченко. – Х: Вид-во Апостроф, 2012. – 304 с.

2. Панфілова Г.Л. Організація фармацевтичної допомоги населенню в умовах медичного страхування / Г.Л. Панфілова, А.С. Немченко, О.А. Немченко. – Х: Авіста. ВЛТ, 2009. – 228 с.

3. Практичні аспекти оцінки технологій охорони здоров’я в Україні: матер. міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 5-6 березня 2013р. / Ред. кол. А.С. Немченко та ін. – Х: Вид-во НФау, 2013. – 283 с.

УДК 615.1: 378 (091)

ФОРМИРОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ ЭКОНОМИКИ УКРАИНЫ

В.П. Черных, А.С. Немченко, В.Н. Назаркина, А.Л. Панфилова, О.А. Немченко

Резюме: В кризисный период особенно актуальным является анализ проблем развития фармацевтического рынка и определение основных направлений формирования НЛП. Показано, что за 1999-2014 гг. отечественный рынок увеличился в 16,5 раз, однако существенно снизился удельный вес (на 10%) отечественных препаратов. Установлено, что в стране созданы объективные предпосылки для внедрения программы импортозамещения. Обнаружена тенденция к стабильному росту количества аптек: за пятнадцать лет их количество возросло практически в 2,4 раза. Обоснованы подходы к созданию отечественного руководства по оценке ТОЗ, включающего анализ клинической эффективности, экономический анализ и анализ влияния на охрану здоровья. Предложены современные принципы поэтапного внедрения консолидированной (обязательной и добровольной) модели социального медицинского страхования. Предоставлено определение термина «страховой рецепт» и предложены показатели, характеризующие его.

Ключевые слова: Национальная лекарственная политика, медицинское страхование, фармацевтический рынок, оценка технологий, лекарственнiе средства.

UDC 615.1: 378 (091)

FORMATION OF A NATIONAL MEDICINAL POLICY UNDER ECONOMIC CRISIS IN UKRAINE

Chernih V.P., Nemchenko A.S., Nazarkina V.N., Panfilova A.L., Nemchenko O.A.

Summary: Under crisis period particularly relevant analysis of the problems of the pharmaceutical market and the definition of the main directions of formation NLP. It is shown that for the 1999-2014 biennium. the domestic market increased by 16,5 once, but significantly decreased weight (10%) of domestic products. It is established that the country has created the objective conditions for the implementation of the import substitution program. A tendency to a stable increase in the number of pharmacies: fifteen years their number increased almost 2,4 once. Based approach to the creation of national guidelines for the assessment of HTA, including analysis of the clinical effectiveness, economic analysis and analysis of the impact on health. Proposed phased introduction of modern principles of consolidated (mandatory and voluntary) model of social health insurance. Provided by the definition of "insurance recipe" and suggested indicators that characterize it.

Keywords: national drug policy, medical insurance, the pharmaceutical market, technology assessment, drugs.