

УДК 615.2: 338.51.516: 337.025.24

А. А. Котвицька, А. С. Немченко

Національний фармацевтичний університет

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ СКЛАДОВИХ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМ РЕІМБУРСАЦІЇ ВАРТОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА УМОВ УПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

У статті зазначено, що одним з ефективних напрямків реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та фармації є впровадження моделі соціального медичного страхування. Розроблено теоретичний підхід до визначення соціально-економічного характеру систем реімбурсації вартості лікарських засобів, методологічні засади та складові організації систем реімбурсації вартості лікарських засобів в умовах соціального медичного страхування. Запропоновано визначення груп населення та категорій хворих у системі реімбурсації вартості лікарських засобів на державному рівні з урахуванням чинників вітчизняної системи охорони здоров'я та фармації, а також міжнародної практики.

Ключові слова: медичне страхування, страхові внески, механізм реімбурсації вартості лікарських засобів, обсяг необхідної фармацевтичної допомоги, складові систем реімбурсації.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Функціонування систем охорони здоров'я та фармації, а також реалізація соціальних принципів, проголошених в Україні, вимагають якісно нових підходів до формування системи фармацевтичної допомоги. Одним з головних завдань соціальної держави, якою згідно з Конституцією є Україна, є збільшення обсягів фінансування охорони здоров'я, хоча в умовах сьогодення найдоцільнішим вважається більш ефективне використання тих ресурсів, що надходять до системи охорони здоров'я, залучення альтернативних ресурсів, мобілізація всіх можливостей, а також бажання суспільства в цілому.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

В Україні закладені законодавчі основи для запровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС): прийнято Основизаконодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування (1998 р.); проект Закону України від 19.09.2006 р. № 2192 «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхуван-

ня», (прийнятий за основу 18.04.2007 р.), а також проект Закону України від 09.02.2007 р. № 3155 «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» (прийнятий за основу 23.03.2007 р.) [6; 8; 10].

Однією з основних причин відсутності в країні ОМС є важка економічна ситуація та політична криза, що пов'язана з неефективною діяльністю Верховної Ради України. На думку спеціалістів, у такій ситуації практично неможливо мобілізувати необхідні кошти на потреби ОМС, а введення додаткових страхових внесків зробить податковий тягар для вітчизняних підприємств та організацій завеликим і може призвести до втрати конкурентоспроможності продукції або тінізації економіки. Разом з цим досвід різних країн показує, що навіть незначні відрахування (наприклад, страхової ставки 3,6%) призводять до зростання легальних надходжень для медичних і фармацевтичних потреб та певної стабілізації системи охорони здоров'я [12; 13; 14].

ВИДІЛЕННЯ НЕ ВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ

Сьогодні в Україні реалізація державних зобов'язань в охороні здоров'я, коли фінансування галузі в порівнянні з 1990 р. скоротилось

© Котвицька А. А., Немченко А. С., 2009

більш ніж у 8 разів, навіть в обмеженому обсязі для забезпечення соціально гарантованого обсягу медичної та фармацевтичної допомоги тільки за рахунок коштів державного бюджету стало практично неможливим. У зв'язку з цим перехід до бюджетно-страхової моделі системи фінансування й організації системи охорони здоров'я та фармації є не просто вимушеною, але й вкрай необхідною мірою [2; 4; 7].

ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Актуальним стало визначення методологічних підходів до формування вітчизняних систем реімбурсації вартості лікарських засобів (ЛЗ) за умов упровадження медичного страхування.

Відомо, що до основних видів соціального страхування відноситься медичне страхування, яке носить обов'язковий характер, тому визначається як ОМС, при цьому воно повинно забезпечувати відшкодування витрат на основні форми медичної та фармацевтичної допомоги принаймні в обсязі мінімальних соціальних гарантій держави. Як правило, кошти для потреб ОМС надходять через страхові внески як спеціальні платежі, розміри яких не пов'язуються зі станом здоров'я застрахованих та обсягом одержаної медичної та фармацевтичної допомоги.

Добровільне медичне страхування (ДМС) є приватним та, як правило, охоплює додаткові форми медичної та фармацевтичної допомоги й послуг, що виходять за межі програм обов'язкового (гарантованого) медичного страхування. Розмір страхових внесків ДМС визначається ємністю та рівнем розвитку страхового ринку, який залежить від стану здоров'я застрахованих [3].

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕНЬ

При впровадженні ОМС слід враховувати, що це п'ятий вид соціального страхування (після таких видів страхування, як страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, страхування по безробіттю, страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, пенсійне страхування). На сьогодні загальне податкове навантаження в системі соціального страхування складає більше 40 %, а після введення ОМС досягне 50 % [11].

Нами пропонується спрощений розрахунок, який дозволяє визначити мінімальну (на основі витрат зведеного бюджету на охорону здоров'я) та максимальну (за даними загальних витрат на охорону здоров'я в структурі ВВП) ставки загального страхового внеску до фондів ОМС.

Розрахунок варто проводити за формулами:

$$C_{\text{ОМС}}^{\text{min}} = \frac{B_{\text{ЗБ}}}{\bar{K} \times \bar{Z}_{\text{міс}} \times 12} \times 100\%,$$

$$C_{\text{ОМС}}^{\text{max}} = \frac{B_{\text{ВВП}}}{\bar{K} \times \bar{Z}_{\text{міс}} \times 12} \times 100\%,$$

де $B_{\text{ЗБ}}$ — видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я, тис. грн;

$B_{\text{ВВП}}$ — загальні видатки на охорону здоров'я в структурі ВВП, тис. грн.;

\bar{K} — середньорічна кількість зайнятого (працюючого) населення;

$\bar{Z}_{\text{міс}}$ — середньомісячна заробітна плата, тис. грн.

Проведено розрахунок мінімальної ($C_{\text{ОМС}}^{\text{min}}$) та максимальної ($C_{\text{ОМС}}^{\text{max}}$) ставок страхових внесків щодо оподаткування заробітної плати для формування фондів ОМС за даними 2007 р.:

$$C_{\text{ОМС}}^{\text{min}} = \frac{19500000}{20730,4 \times 1343 \times 12} \times 100 = 5,9\%,$$

$$C_{\text{ОМС}}^{\text{max}} = \frac{28000000}{20730,4 \times 1343 \times 12} \times 100 = 8,4\%.$$

Порівнюючи одержану мінімальну ставку з відсотком витрат на охорону здоров'я в структурі ВВП за 2006 р., який становив 5,3 %, слід відзначити факт недофінансування.

Процес розподілу внесків між роботодавцями та працівниками є ефективним інструментом збільшення можливостей ОМС та підвищення відповідальності пацієнтів за своє здоров'я.

Головна особливість ОМС полягає в тому, що державні гарантії з надання медичної та фармацевтичної допомоги повинні узгоджуватись з фінансовими можливостями системи охорони здоров'я. Сьогодні такі гарантії не підкріплені реальним фінансуванням. В умовах економічної кризи зростає рівень вартості медичної допомоги, у т. ч. фармакотерапії, унаслідок чого якість та доступність їх, як правило, погіршується.

Упровадження ОМС передбачає визначення обсягів громадської солідарності та відповідальності державних органів шляхом розробки базової та регіональних програм. Базова програма ОМС повинна визначити гарантований державою рівень, обсяг і умови надання медичної та фармацевтичної допомоги, яка включає джерела фінансування, у т. ч. участь роботодавців та громадян. Розробка базової програми (у кількох варіантах) є функцією МОЗ України. Кінцевий варіант, як найбільш ефективний, повинен затверджуватись КМУ з гарантованим фінансовим забезпеченням у вигляді мінімального нормативу щорічного фінансування на одного мешканця [8; 9].

Базова програма є *соціальним стандартом*, нижче якого не можуть бути встановлені обсяги й умови надання медичної та фармацевтичної допомоги. Нормативи фінансування є основою для встановлення Верховною Радою базових розмірів внесків до фондів ОМС, що забезпечують виконання базової програми.

В умовах обмежених ресурсів охорони здоров'я зростає потреба в більш жорсткому плануванні та розподілі ресурсів. Тому під час економічної кризи та реформування галузі необхідно зробити акцент на централізовані страхові системи компенсації, до складу яких належать і механізми реімбурсації вартості ЛЗ.

В Україні, враховуючи нерозвиненість економічних і правових відносин в охороні здоров'я, доцільним є формування централізованої системи, в якій страхові внески акумулюються в єдиному страховому фонді ОМС.

На відміну від діючої сьогодні бюджетної системи фінансування, ОМС передбачає багатоканальність формування страхових внесків: внески органів самоврядування (місцевих бюджетів), соціальних фондів — за дітей, інвалідів, ін. непрацюючих та малозабезпечених верств населення; внески державного бюджету — за військових; внески роботодавців — за найнятих працівників. Зазначені внески є цільовими коштами й не можуть бути використані на інші потреби, крім відшкодування витрат на медичну та фармацевтичну допомогу. Такий підхід забезпечить фінансову стабільність ОМС і зменшить навантаження на бюджети різних рівнів. На нашу думку, на початковій стадії формування ОМС бюджет усіх рівнів залишається головним джерелом фінансування.

У подальшому за умов економічної стабільності в країні доцільно перейти до формування страхових фондів переважно за рахунок внесків ОМС за принципом сімейного страхування. Це означає, що страхові внески повинні бути розраховані на покриття витрат на медичну та фармацевтичну допомогу як працюючих громадян, так і членів їх сімей. Для цього необхідно ввести інституції сімейного медичного страхування.

Як відомо, визначення складових, процесів, напрямків та обсягів компенсаційних виплат доцільно розглядати як соціально-економічну систему, в якій виділено суб'єкт, об'єкт, механізм відшкодування вартості ЛЗ та фармацевтичної допомоги [1; 5]. Розглянемо детально сучасні методологічні засади організації системи реімбурсації в рамках соціального медичного страхування (ОМС та ДМС), в якій нами виділено такі складові:

- суб'єкти управління — вищий орган законодавчої влади за повноваженнями соціального медичного страхування, а також уповноважений орган, що координує медичну та фармацевтичну допомогу, страховий фонд, страхові організації, ЛПЗ, аптеки та ін.;
 - об'єкти управління — групи населення (I, II, III) та категорії хворих А, В, С, D;
 - механізми компенсації вартості ЛЗ та фармацевтичної допомоги з позначенням джерел фінансування — основного (страховий фонд), додаткового (гуманітарні програми, благодійні фонди, фонди ДМС та ін.), спеціального (державні та регіональні програми).
- З метою координації діяльності суб'єктів управління (СУ), у т. ч. медичної та фармацевтичної галузі, розвитку медичного страхування доцільно створити уповноважений орган СУ — Центр медичного страхування як неприбуткову організацію.

Розпорядником (суб'єктом управління) страхових внесків ОМС може стати державний страховий орган, наприклад, Державна страхова медична організація. Оскільки 95% ресурсів охорони здоров'я знаходиться в державній власності, тому, на нашу думку, недоцільно створювати недержавну організацію єдиного фонду як орган накопичення страхових внесків (рис. 1).

Об'єктами управління в запропонованій системі реімбурсації доцільно виділити три групи населення та чотири категорії хворих з урахуванням специфіки вітчизняної охорони здоров'я та відповідно до міжнародних норм, що регламентують умови медико-соціального захисту населення, а саме:

I група населення — пільговий контингент, статус якого визначений органами соціального забезпечення, а також спеціальними (уповноваженими на це) медичними установами. Цю категорію складатимуть інваліди I та II груп, пенсіонери, безробітні, які зареєстровані фондами зайнятості, бездомні, діти без батьків або залишені без батьківської опіки (до 18 років) та ін.;

II група населення — громадяни та непрацездатні члени їх сімей з сумою доходу на одного члена сім'ї нижче мінімального прожиткового рівня, який встановлюється КМУ.

III група населення — громадяни та непрацездатні члени їх сімей з сумою доходу на одного члена сім'ї вище мінімального прожиткового рівня, який встановлюється КМУ.

З урахуванням вітчизняного досвіду щодо визначення пільгових категорій доцільно виділити чотири категорії хворих, а саме:

A — дитячий контингент;



Рис. 1. Методологічні засади та складові організації систем реімбурсації вартості ЛЗ у межах соціального медичного страхування

В — хворі загальнотерапевтичного профілю (з гострими формами захворювань);

С — хронічні хворі (онкологічні захворювання, цукровий діабет та ін.);

Д — хворі на соціально небезпечні хвороби (ВІЧ-інфекція, туберкульоз та ін.) (рис. 2).

Одним із найважливіших завдань розробки базової програми ОМС є визначення обсягів необхідної фармацевтичної допомоги хворим. Це потрібно як з точки зору показників доступності та якості ЛЗ, так і для ефективного функціонування таких елементів моделей, як аптеки, що обслуговують страхові рецепти.

Під обсягом необхідної фармацевтичної допомоги (ОНФД) хворим у системі реімбурсації ми розуміємо показник вартості ЛЗ, необхідний для проведення раціональної фармакотерапії, що має клініко-економічне обґрунтування.

Для розрахунків ОНФД усі хворі розподіляються на основні нозологічні категорії, а потім на клініко-статистичні групи (КСГ) за випадками схожих захворювань, що мають приблизно однакову методику обстеження, а також схожу (подібну) медичну та фармацевтичну допомогу. Згідно зі світовою практикою виділяються близько 300 КСГ.

Враховуючи низьку платоспроможність переважної більшості населення країни, на початкових етапах упровадження ОМС варто не передбачати стягнення страхових внесків з громадян. Як страхувальників (платників) варто визначи-

ти органи місцевого самоврядування (надавши їм відповідні права та пільги), фонди соціального страхування, інші фонди, а також роботодавців. З метою створення умов соціальної рівності сплата страхового внеску на ОМС визначена як фіксована й однакова для всіх громадян сума, що встановлюється щорічно залежно від розміру прожиткового мінімуму. Такий підхід спрямований на реалізацію гарантій фармацевтичного забезпечення, однакового для всіх груп населення, відповідно до ОНФД і відображає справедливий розподіл суспільних ресурсів охорони здоров'я на відміну від прогресивного, що залежить від заробітної плати та оподаткування.

За офіційними даними законопроектів № 2192 та № 3155, страхові внески на одного громадянина складатимуть 420 грн. на рік (за цінами 2008 р.). Якщо прийняти норматив ВООЗ щодо витрат на ЛЗ у загальних витратах на охорону здоров'я на рівні 30 %, це дасть можливість додатково залучити до системи реімбурсації по 126 грн. (25\$) на одного громадянина, що дозволить збільшити рівень компенсації до 50 %. У 2007 році в Україні додатковий страховий бюджет становив більше 10 млрд. грн., при цьому структура надходжень до системи охорони здоров'я була такою: бюджетні кошти — 55 %, фонди ОМС — 35 %, ДМС — до 7 %, інші надходження — до 3 % [8].

Страхова рецептура, що в обов'язковому порядку буде основним медико-економічним по-

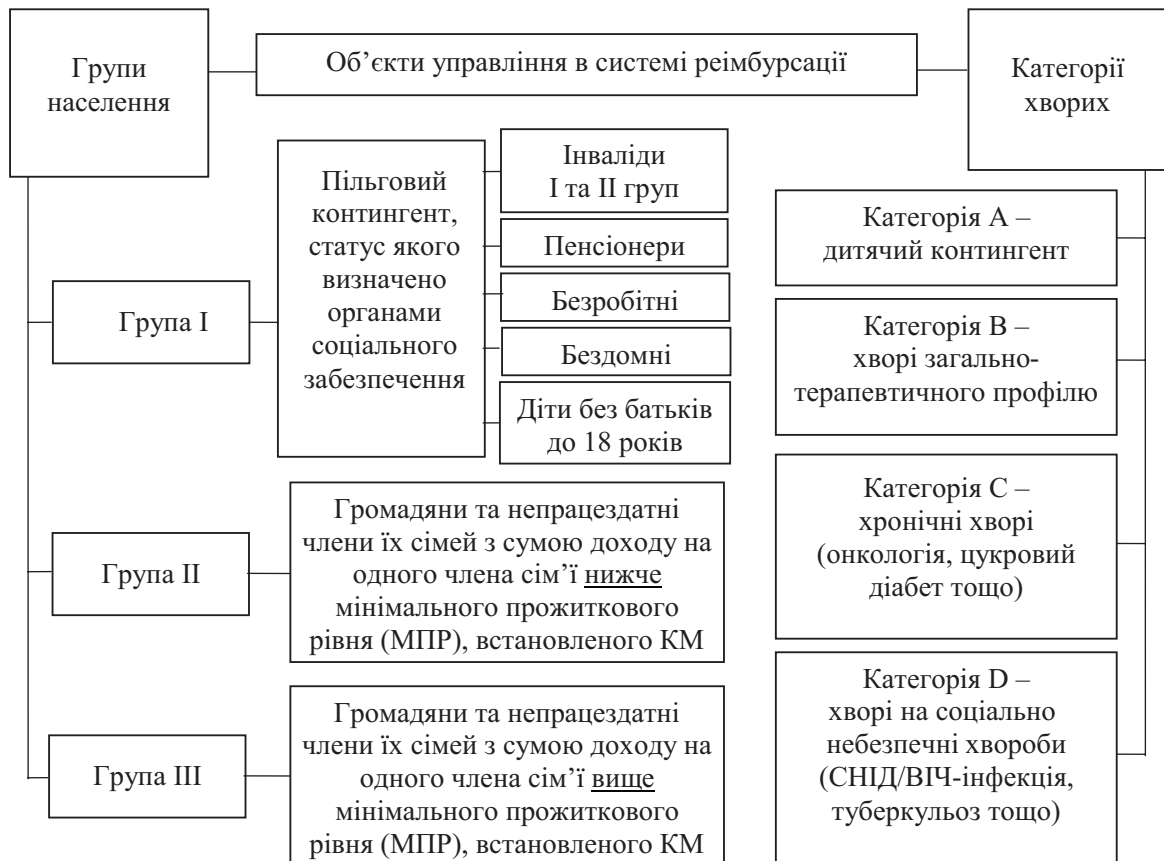


Рис. 2. Об'єкти управління в системі реімбурсації вартості ЛЗ

казником для аптеки та соціальним для її клієнтів, передбачає визначення основного (для ОМС) та додаткового (для ДМС) переліків щодо реімбурсації конкретних найменувань ЛЗ. Ці страхові переліки, перш за все за ОМС, повинні бути обов'язково узгоджені як з Національним переліком ОЛЗ, що є пріоритетним, так і з усіма іншими. На нашу думку, за умов запровадження ОМС уся система регульованих соціально-економічних переліків підлягає кардинальним змінам у площині методологічних підходів до їх формування. Це в першу чергу стосується Цінового та Бюджетного переліків. Основним повинен стати принцип ефективності фармацевтичної допомоги, реалізація якого передбачає обов'язкове використання фармакоекономічних методів та критеріїв доступності якості та раціонального застосування ЛЗ.

Слід зазначити, що одним із головних недоліків законопроектів № 2192 та № 3155 є відсутність визначення найважливіших термінів, що визначають систему фармацевтичного забезпечення та реімбурсації, а саме: фармацевтична допомога та фармацевтична послуга, реімбурсація вартості ЛЗ, обсяги необхідної фармацевтичної допомоги.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

1. Загалом запровадження соціального медичного страхування в Україні, перш за все ОМС, у т.ч. системи реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги, слід уважати вкрай необхідним, хоча й значно запізненим кроком.
2. Системні зміни в медичній та фармацевтичній галузі — це тривалий процес, що потребує ґрунтовних науково-прикладних досліджень, запровадження соціально ефективної системи медичного та фармацевтичного забезпечення населення і передбачає вирішення таких завдань:
 - збереження принципів соціальної рівності у вирішенні проблем охорони здоров'я та фармацевції при розширенні обсягів споживання ЛЗ та інших медичних товарів і послуг;
 - залучення до галузі додаткових коштів на основі страхових внесків до фондів МС для надання медичної та фармацевтичної допомоги, що перевищує обсяги мінімальних державних гарантій;
 - підвищення якості медичної та фармацевтичної допомоги з метою забезпечення соціального захисту прав пацієнтів.

**ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ
ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ**

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. Немченко А. С. Еще раз о медицинском страховании / А. С. Немченко, А. Л. Панфилова // Провизор. — 2001. — № 12. — С. 12–15.
3. Немченко А. С. Лечатся ли хронические болезни отечественного здравоохранения в условиях медицинского страхования? Мнения специалистов / А. С. Немченко, А. Л. Панфилова // Провизор. — 2006. — № 10. — С. 18–23.
4. Немченко А. С. Методологія розробки фармаекономічних механізмів та їх впровадження в систему обов'язкового медичного страхування / А. С. Немченко, Г. Л. Панфілова // Вісник фармації. — 2007. — № 4 (52). — С. 59–62.
5. Немченко А. С. Обґрунтування механізмів реімбурсації (компенсації) витрат на лікарські засоби в Україні: метод. рек. / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька. — Х.: НФаУ, 2007. — 25 с.
6. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: закон України від 14.01.1998 р. № 16/98-ВР // Офіційний вісник України. — 1998. — № 6. — С. 72.
7. Пархоменко Д. Добровольное медицинское страхование как механизм повышения доступности лекарственной помощи / Д. Пархоменко // Ремедиум. — 2005. — № 11. — С. 24–27.
8. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування: проект Закону України від 09.02.2007 р. № 3155, прийнятий за основу 23.03.2007 р. / www.uapravo.net — назва з екрану.
9. Про розмір внесків на деякі види загальнообов'язкового державного страхування: Закон України від 11.01.2001 р. № 2213 - III. // Дебет — Кредит. — 2001. — № 8–9. — С. 91–92. / www.uapravo.net — назва з екрану.
10. Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування: проект Закону України від 19.09.2006 р. № 2192, прийнятий за основу 18.04.2007 р.
11. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, Н. М. Лакіза-Сачук, В. М. Войцехівський та ін., під заг. ред. В. М. Лехан. — К.: Сфера, 2001. — 176 с.
12. 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.
13. Schulz J. P. Zur aktuellen Diskussion um die Reform der Sozialen Sicherungssysteme in der Bundesrepublik / J. P. Schulz. — Stuttgart: Blankart, 2003. — 12 p.
14. Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique, L'industrie pharmaceutiques, réalités économiques. — Paris: SNIP, 2000. — 182 p.

УДК 615.2: 338.51.516: 337.025.24

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ СОСТАВЛЯЮЩИХ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СИСТЕМ РЕИМБУРСАЦИИ СТОИМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

А. А. Котвицкая, А. С. Немченко

В статье показано, что одним из эффективных направлений реформирования отечественной системы здравоохранения и фармации является внедрение модели социального медицинского страхования. Разработан теоретический подход определения социально-экономического характера системы реимбурсации стоимости лекарственных средств в рамках социального медицинского страхования. Определены методологические принципы и составляющие в системе реимбурсации стоимости лекарственных средств. Предложено определение групп населения и категорий больных в системе реимбурсации стоимости лекарственных средств на государственном уровне с учетом показателей отечественной системы здравоохранения и международной практики.

Ключевые слова: медицинское страхование, страховые взносы, механизм реимбурсации стоимости лекарственных средств, объем необходимой фармацевтической помощи, составляющие систем реимбурсации.

UDC 615.2: 338.51.516: 337.025.24

METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE DECISION OF THE SYSTEMS AT FORNING OF THE REIMBURSEMENT OF MEDICINE COST AND PHARMACEUTICAL HELP IN THE CONDITIONS OF INTRODUCTION OF MEDICAL INSURANCE

A. A. Kotvitskaya, A. S. Nemchenko

It is shown, that one of effective directions of reformation of the home system of health protection and pharmacy is the introduction of model of social medical insurance. Theoretical approach to the decision of socio-economic character of the system of the reimbursement of medicine cost within the framework of social medical insurance has been developed. Methodological principles and the components in the system the reimbursement of medicine cost have been definded. Taking into account the indexes of the home system of health protection and international practice it was offered the decision of groups of population and categories of patients in the system of the reimbursement of medicine cost at the state level.

Keywords: medical insurance, insurance payments, mechanism of reimbursatsii cost of medications, volume of necessary pharmaceutical help, constituents of the systems of reimbrsment.

Адреса для листування:

61168, м. Харків, вул. Блюхера, 4.

Кафедра ОЕФ НФаУ.

Тел: 8(0572) 67-91-70.

e-mail: economica@ukrfa.kharkov.ua

Надійшла до редакції: 02.12.08