

© Халилов Н. Г.

УДК 33:614.2.

Халилов Н. Г.**К ВОПРОСУ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ
СТРАХОВАНИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ****Азербайджанский Медицинский Университет (г. Баку, Азербайджан)****nauchnayastatya@yandex.ru**

Работа является фрагментом кандидатской диссертации: «Исследование лекарственного обеспечения при обязательном медицинском страховании в Азербайджанской Республике».

Страхование в любом современном обществе играет большую роль в функционировании экономики и поддержке жизненного уровня населения. Страхование является одним из институтов экономического развития общества, независимо от его политического устройства. Лекарственное обеспечение населения является одной из важных проблем во всех странах. Однако в условиях недостаточного финансирования системы здравоохранения, сложившаяся структура управления лекарственной помощью, не позволяет в полной мере обеспечивать население и медицинские организации (МО) необходимыми лекарственными препаратами (ЛП), а также соблюдать государственные гарантии в этой области. Значимость проблемы гарантированной лекарственной помощи, как составляющей программ обязательного медицинского страхования (ОМС), существенно возросла в связи со значительной самостоятельностью субъектов РФ, в том числе в сфере финансирования, а также управления медицинской помощью и лекарственным обеспечением населения. Проводимая в стране реформа ОМС наметила новую модель взаимодействия участников лекарственного обеспечения, предполагающую одноканальную систему финансовой оплаты ЛП через федеральные и территориальные фонды ОМС. В современных экономических условиях переход от строго бюджетного финансирования МО к преимущественному финансированию из фондов ОМС, привлечение личных средств граждан за счет добровольного медицинского страхования (ДМС), платных медицинских услуг приводят к необходимости разработки и внедрения новых механизмов лекарственного обеспечения населения [1, 10].

Был проведен статистический анализ лекарственного обеспечения в группе застрахованных лиц возрастом от 18 до 60 лет общей численностью 3580 человек на протяжении трех лет медицинского обслуживания (2005-2007 гг.) в десяти работающих в системе ДМС медицинских учреждениях города Москвы. В исследуемой группе анализировался уровень госпитализаций, который составил 6,68% или 66,8 госпитализированных на каждую тысячу человек. Предметом исследования послужило лекарственное обеспечение той части застрахованных, которые прохо-

дили курс стационарного лечения с использованием дорогостоящих лекарственных препаратов сверх ценовых лимитов, установленных медицинскими учреждениями – расширенное лекарственное обеспечение (РЛО). Затраты на проведенное лечение составляют 4 862 640 рублей, из них на расширенное лекарственное обеспечение, потребность в котором возникла у 16,3% от всех госпитализированных, пошло 197 557 рублей. Таким образом, средние затраты на лечение одного госпитализированного составили 20 346 рублей, а средняя величина расходов на РЛО для каждого пролеченного курсом дорогостоящих препаратов – 5810 рублей [3]. Оплата лечения производилась за счет средств ДМС, учет расходов на расширенное лекарственное обеспечение велся отдельно от затрат на медицинские услуги, пребывание в палате и те медикаменты, стоимость которых изначально включалась медучреждением в цену лечения. В качестве критериев отнесения лекарственного обеспечения к категории расширенного в различных медицинских учреждениях может служить целый ряд параметров. Так, например, 40% исследуемых ЛПУ закладывают на медикаментозное лечение определенную сумму в виде процента от стоимости койко-дня, которая существенно варьирует в зависимости от отделения и категории палаты. Остальные лекарства, затраты на приобретение которых превышают данную сумму, относятся к расширенному лекарственному обеспечению и дополнительно оплачиваются большим или страховой компанией по отдельной позиции в счете. Другие ЛПУ (30%) включают в стоимость лечения лекарственное обеспечение лишь в рамках утвержденных внутренними указаниями к тарифам нормативов, единых для всех палат и отделений. Оставшиеся лечебные учреждения (30%), работающие в системе ДМС, при классифицировании дорогостоящих лекарственных средств руководствуются конкретными перечнями лекарств с введением градации по стоимостным категориям, что также утверждается на уровне внутренней документации [15]. Можно наблюдать определенные отличия между структурой потребления лекарственных средств в госпитальном секторе фармацевтического рынка РФ и в группе застрахованных по добровольному медицинскому страхованию. Так, например, основную долю в общем объеме госпитальных закупок занимает АТС группа J01 – Антибактериальные препараты для системного использования – 20,4, в системе

лекарственного страхования ее значимость возрастает более чем вдвое (42,6). Также почти в два раза более весомую нишу занимают плазмозамещающие и перфузионные растворы (17,25 против 9,6), что может свидетельствовать о необходимости повышения качества финансирования лекарственного обеспечения этими группами препаратов. В структуре потребления лекарственных средств в системе ДМС практически отсутствуют затраты на противоопухолевые и психотропные препараты, которые составляют существенную долю в общем потреблении лекарств (3 и 5 место по значимости соответственно). В первую очередь это связано с тем, что из системы ДМС законодательно исключен ряд тяжелых хронических заболеваний, в том числе онкологические заболевания, психические расстройства и расстройства поведения. Все это отчасти объясняет возрастающую долю в объеме потребления остальных групп лекарств. Совокупная доля десяти ведущих АТС групп в системе лекарственного страхования составляет 93,99% против 56,2% в общем объеме госпитальных закупок, что свидетельствует о строгой целевой направленности средств лекарственного страхования на вполне конкретные дорогостоящие группы лекарств [17].

В проекте Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года отмечается, что сложившаяся на сегодняшний день ситуация с медикаментозным обеспечением в силу ряда социальных и экономических причин способствует развитию самолечения. Это нивелирует профилактическую функцию здравоохранения и, в конечном итоге, приводит к росту затрат на оказание дорогостоящей стационарной помощи. В качестве одной из ключевых задач для решения вопроса обеспечения населения качественной медицинской помощью авторами Концепции предлагается внедрить в РФ систему лекарственного страхования для предоставления всем гражданам медикаментов в амбулаторных условиях [7].

В абсолютном большинстве развитых стран возмещение затрат на лекарственную терапию производится на страховой основе [18-28]. В России страхование лекарственного обеспечения, на сегодняшний день, носит скорее факультативный характер: по программам ОМС лекарственные средства определенного перечня предоставляются только при прохождении стационарного лечения, при амбулаторном лечении право на льготное получение медикаментов имеют отдельные категории граждан, участвующие в федеральной программе ОНЛС. Эксперименты по изменению порядка оплаты за медикаменты, отпускаемые по льготным рецептам при амбулаторном лечении, с участием страховых компаний были начаты правительством Москвы еще в 1996 году, они были ориентированы на систему ОМС. Страхование лекарственного обеспечения на добровольной основе осуществляют ряд страховых компаний либо в составе добровольного медицинского страхования – ДМС, либо в качестве отдельного лицензируемого вида страховой деятельности – добровольного лекарственного

страхования. Такое страхование может включать в себя как обязательное предоставление всех необходимых лекарств при стационарном лечении, в том числе сверх программ государственных гарантий и перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС), так и частичное или полное возмещение их стоимости при амбулаторном лечении [5]. Кратко принципы лекарственного обеспечения в системе добровольного медицинского страхования можно изложить следующим образом: страхователь – юридическое или дееспособное физическое лицо – заключает в свою пользу или пользу третьих лиц – застрахованных (в случае, когда страхователем выступает юридическое лицо, договора коллективного страхования заключаются им как правило в пользу своих сотрудников) договоры добровольного страхования вероятных медицинских расходов. Это могут быть как договоры ДМС, содержащие пункт о лекарственном обеспечении при амбулаторном лечении, так и отдельные договоры лекарственного страхования. По данным договорам страховщик – страховая медицинская организация – обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении оговоренного в договоре события (страхового случая) организовать и оплатить предоставление застрахованному лицу лекарственного обеспечения. Для этого страховщик заключает с медицинскими и аптечными учреждениями двусторонние договоры на предоставление услуг. Страховым случаем может послужить обращение застрахованного лица в аптечное учреждение за получением по рецептам врача лекарственных препаратов и предметов медицинского назначения, предусмотренных договором страхования. То есть при возникновении острого или обострении хронического заболевания застрахованный обращается к врачу за получением консультативно-диагностической помощи и назначением ему лекарственных средств. С выписанным рецептом установленного образца он идет в аптечное учреждение и получает там прописанное лекарство бесплатно или со скидкой в зависимости от условий договора страхования. Дальнейшие взаиморасчеты с аптекой производит медицинская страховая компания, которая кроме функции аккумуляирования финансовых средств страхователей, занимается также проведением медико-экономической экспертизы обоснованности назначения лекарств и качества медицинской помощи, составлением программ лекарственного страхования, оптимизацией затрат на лекарственную терапию путем подписания тарифных соглашений с фармацевтическими организациями. Возможен и такой вариант, при котором застрахованный сразу оплачивает в аптеке всю стоимость лекарств, получая возмещение за них уже в страховой компании лично при предъявлении документов, удостоверяющих факт отпуска ему медикаментов [7].

Впрочем, добровольное страхование лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении проводится далеко не всеми страховщиками и носит весьма ограниченный характер. С одной стороны, это вызвано опасениями страховых компаний

принимать на страхование подобные риски в связи с дефицитом репрезентативной статистики, необходимой для проведения экономически эффективной страховой деятельности, с другой – отсутствием нормативной базы, которая регулировала бы этот процесс. Ожидается, что реформа системы медицинского страхования в рамках новой Концепции развития здравоохранения будет способствовать искоренению сложившейся ситуации, активному созданию экономических и юридических предпосылок к развитию комплексной системы коммерческого и некоммерческого страхования в здравоохранении, включая страхование лекарственного обеспечения. Источники формирования страховых резервов могут быть различные – это и собственные средства граждан, и платежи работодателей добровольно, как при ДМС, или в составе социального налога, как при ОМС [5]. Определение медицинской и фармацевтической промышленности в качестве одного из приоритетных направлений модернизации российской экономики и утверждение стратегии развития фармацевтической промышленности до 2020 г. привели к тому, что отрасль оказалась в сфере действия мер по стимулированию инновационного развития экономики. За последние годы значительно увеличилось потребление населением РФ фармацевтической продукции, однако потребление готовых ЛС отечественного производства ежегодно сокращается на 1-2%. Доля импортируемых лекарственных препаратов, медтехники и изделий медицинского назначения увеличивается в структуре гражданского потребления, усиливается зависимость отрасли от зарубежных производителей, постоянно увеличиваются государственные расходы. Существующая ситуация неприемлема с точки зрения обеспечения национальной безопасности, т. к. отечественные рынки фармацевтической и медицинской продукции на сегодняшний день одни из наиболее быстрорастущих и динамичных мировых рынков [8].

Обязательное медицинское страхование (ОМС) в России не включает в себя страхование граждан лекарствами. Системы лекарственного страхования успешно работают в большинстве стран западной Европы, а также в США. В России государство гарантирует некоторые бесплатные лекарства в ЛПУ, а также финансирует программу ДЛО, которые обеспечивают чуть более 4 млн. человек. Введение лекарственного страхования может решить эту проблему: пациенты получают возможность приобретать препараты, оплатив лишь часть их стоимости. Расходование средств фондов страхования необходимо жестко контролировать. Механизмы этого контроля могут быть разные: положительный список является наиболее эффективным методом не только контроля, но и управления – в положительный список могут включаться только проверенные лекарственные средства по заранее установленным ценам. Для роста фармацевтического производства целесообразно включать в положительный список ЛС продукцию российского фармацевтического кластера. Отрицательный список – исключение определенных ЛС или их видов из списка

возмещения. Отрицательный список должен использоваться для стимулирования развития отечественной фармацевтической отрасли путем запрета на возмещение расходов на импортные препараты. Не менее важен вопрос цен на лекарства, которые возмещаются по программам страхования [13,14]. Внедрение лекарственного страхования предполагает существенное улучшение ситуации с обеспечением граждан РФ современными и подчас весьма дорогостоящими оригинальными препаратами, повышение доступности качественного лечения и социальной защищенности населения. Помимо этого, перевод лекарственного обеспечения на страховые принципы принесет свои предпочтения и производителям фармацевтической продукции, обеспечив им не только стабильный и прогнозируемый уровень сбыта, но и существенный прирост рынка в связи с возрастающей покупательной способностью потребителей [16].

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, 90% медицинских проблем могут быть решены с помощью 210 химических веществ, так как другие средства оказываются недоступными для большей части населения. Формы организации фармацевтического обеспечения могут быть различными [4,11]. В развитых странах это, как правило, является бесплатное или льготное предоставление назначаемого врачом пациенту лечения, диагностических или профилактических средств. Все это обозначается термином «фармацевтическая помощь», на него также распространяются принципы страхования. Стоимость медикаментозного лечения на стационаре заносится в счет больничных услуг, и уплачивается из источников оплаты стационарной помощи.

В ряде стран фармацевтическая помощь включена в программу ОМС. Страховые компании оплачивают счета по оплате лекарственных средств, назначаемых застрахованным лицам. В итоге, они участвуют в разработке и реализации методов регулирования цен на лекарства [20,23,27,28].

Закон Азербайджанской Республики «О медицинском страховании» определяет организационные, юридические и экономические основы медицинского страхования населения, регулирует отношения между субъектами медицинского страхования. Законодательство Азербайджанской Республики о медицинском страховании состоит из Конституции Азербайджанской Республики, настоящего закона, других нормативно-правовых актов и межгосударственных договоров, стороной которых выступает Азербайджанская Республика [6].

Медицинское страхование (обязательное и добровольное) граждан осуществляется в порядке, установленном в законодательстве Азербайджанской Республики. Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования, а также гарантирует получение населением соразмерной медицинской и медикаментозной помощи. Закон Азербайджанской Республики «О медицинском страховании» принят 28 октября 1999 г. С этой целью, в 2007 г. в названный закон внесен ряд дополнений и измене-

ний, изменен механизм его действия, и при Кабинете Министров создано Государственное Агентство по Обязательному Медицинскому Страхованию. В 2008-2012 гг. утвержден «План Мероприятий по осуществлению Концепции реформирования системы финансирования здравоохранения и внедрения обязательного медицинского страхования в Азербайджанской Республике». В 2016 г. были утверждены положение и штатная единица данного агентства [6,9]. Широкомасштабные мероприятия в направлении динамического развития здравоохранения Республики продолжились и в 2015 г. Осуществлены другие широкомасштабные мероприятия по укреплению материально-технической базы медицинских учреждений, внедрению новых медицинских технологий, методов обследования и лечения, подготовке кадров и т. д. Бюджет здравоохранения в 2015 году увеличился на 7.2 процента по сравнению с 2014 годом, составив 777 миллионов манат. В соответствии с Государственной Программой социально-экономического развития регионов Азербайджанской Республики, продолжены работы по созданию в нашей республике новых медицинских центров, снабженных передовыми технологиями, современным медицинским оборудованием, за счет бюджетных средств и средств, выделенных из инвестиционного фонда.

В государственном бюджете 2016 г. на расходы здравоохранения выделены средства в размере 744.9 млн. манатов или 4.6 процентов от всех расходов. 352.7 млн. манатов или 47.4 процента выделяемых средств будут направлены на погашение расходов больниц, 108.3 млн. манатов или 14.5 процентов на содержание поликлиник и амбулаторий, 6.8 млн. манатов или 0.9 процентов на другие услуги в сфере здравоохранения, а 277.1 млн. манат или 37.2 процента на доклинические исследования в сфере здравоохранения и другие услуги, отнесенные к сфере здравоохранения.

В 2001-2012 гг. сумма общих расходов здравоохранения на душу населения в Азербайджане увеличена в 6 раз, но коэффициент госпитализации за

данный период возрос на 30%, а число амбулаторных обращений сократилось на 9%. Сокращение препятствий в сфере финансового вычисления посредством финансирования гарантийных пособий, соразмерных со здравоохранительными потребностями населения, может повысить уровень пользования в Азербайджане услугами здравоохранения.

В Азербайджане расходуют на пациента, выписанного из больницы, в среднем больше средств по сравнению с Турцией. В Азербайджане одна больничная койка используется всего 30 пациентами в год. А в Турции аналогичная койка служит в три раза больше, то есть 89 пациентам. Число пациентов, принятых врачами в течение рабочего дня в Азербайджане, меньше в 3 раза по сравнению с Турцией. За исключением Грузии, многие страны региона используют имеющиеся в сфере здравоохранения человеческие ресурсы более рационально по сравнению с Азербайджаном [12].

Повышение рациональности сектора является серьезным приоритетом, который может быть достигнуто путем создания стимулов, поддерживающих более рациональное оказание услуг на уровне поставщика. Частные расходы в сфере здравоохранения в Азербайджане, то есть, расходы населения находится на одном из высших уровней в Европейском пространстве, и составляют 79% от общих расходов в сфере здравоохранения. 7 из 10 пациентов в Азербайджане заявили, что выплатили поставщику здравоохранительных услуг неофициальные средства, что является самым высоким показателем в регионе. Население Азербайджана 10% своих месячных доходов тратит на оплату здравоохранения, что намного выше по сравнению с другими странами, за исключением Грузии. Обязательное медицинское страхование является общим и гарантирует обеспечение надлежащего объема, качества и условий оказания гражданам лечебно-профилактических услуг, а добровольное медицинское страхование обеспечивает дополнительные клинико-диагностические обследования и лечебные меры.

Литература

1. Баркаев Г.С. Лекарственное обеспечение населения Республики Дагестан в условиях обязательного медицинского страхования (ОМС) и рынка / Г.С. Баркаев, С.А. Парфейников, М.А. Гарумова // Вестник Российской военно-медицинской академии. — 2011. — № 1 (33). — С. 114.
2. Велиева М.Н. Об организации обязательного медицинского страхования в фармацевтическом секторе / М.Н. Велиева, Н.Г. Халилов // Азербайджанский Медицинский Журнал. — 2014. — № 4. — С. 67-69.
3. Генова Н.М. Правовые основы оказания гуманитарной помощи в виде лекарственных средств / Н.М. Генова // Личность. Культура. Общество. — 2009. — Т. XI. — № 1. — С. 296-301.
4. Дремова Н.Б. Фармацевтическая помощь: термин и понятие / Н.Б. Дремова, А.И. Овод, Э.А. Коржавых, Т.М. Литвинова // Фармация. — 2005. — № 2. — С. 72-74.
5. Дробышева В.В. Страхование лекарственного обеспечения как средство повышения качества медицинской помощи / В.В. Дробышева // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. — 2009. — № 10. — С. 123-128.
6. Закон Азербайджанской Республики о медицинском страховании. — 1999. № 725-IQ. С. 1.
7. Кирщина И.А. Правовое регулирование фармацевтической деятельности / И.А. Кирщина // Казанский медицинский журнал. — 2012. — Т. 93. — № 2. — С. 322-323.
8. Концепция Федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу». Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 1 октября 2010 г. № 1660-р.

9. Постановление Кабинета Министров Азербайджанской Республики об утверждении «Плана Мероприятий по осуществлению Концепции реформы системы финансирования здравоохранения и применения обязательного медицинского страхования в Азербайджанской Республике в 2008-2012 гг.» 2008. №179. С. 1-6.
10. Пивоваров А.В. Анализ проблем развития медицинского страхования в Украине / А.В. Пивоваров // Известия Иркутской государственной экономической академии. — 2013. — № 4 (90). — С. 50-53.
11. Решетников А.В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование / А.В. Решетников. — М., Финансы и статистика, 1998. — 336 с.
12. Реформа системы финансирования здравоохранения в регионе и выборы для Азербайджана: Политический семинар на высоком уровне. (Баку, 23 октября 2014 г.). — С. 4.
13. Руцк Ю.О. Модернизация сферы здравоохранения и фармацевтической отрасли через управление инновациями / Ю.О. Руцк // Проблемы Современной Экономики. — 2013. — № 2. — С. 271-273.
14. Руцк Ю.О. Инновационное развитие фармацевтического рынка / Ю.О. Руцк // Журнал «Ученые Записки» Санкт-Петербургского Университета Управления и Экономики. — 2013. — Выпуск 2 (42). — С. 175-180.
15. Салихов Ш.М. Проблемы развития системы лекарственного обеспечения / Ш.М. Салихов // Региональная экономика: теория и практика. — 2011. — № 7. — С. 41-48.
16. Хапов А.М. Лекарственное обеспечение в системе медицинского страхования / А.М. Хапов // Социально-экономические реформы: региональный аспект. — 2012. — № 4. — С. 121-126.
17. Чатурведи А.А. Правовое регулирование рынка фармацевтических услуг / А.А. Чатурведи // Экономика. Управление. Право. — 2012. — № 2-2. — С. 41-48.
18. Giuliani G. The German experience in reference pricing / G. Giuliani, G. Setke, L. Garanim // Health Policy. — 1998. — Vol. 44, № 1. — P. 73-85.
19. Gross D. International pharmaceutical spending controls; France, Germany, Sweden, and the United Kingdom / D. Gross, J. Ratncr, J. Perez, S. Glavin // Health care financing review. — 1994. — Vol. 15, № 3. — P. 127-140.
20. Hcnksson F. Pharmaceutical expenditure in Sweden / F. Hcnksson, C. Hjrtberg, C. Rehnberg // Health Policy. — 1999. — Vol. 47, № 2. — P. 125-144.
21. Ljungkvist M.O. Cost and utilisation of pharmaceuticals in Sweden / M.O. Ljungkvist, D. Andersson, B. Gunnarsson // Health Policy. — 1997. — Vol. 4. Suppl. — P. 55-69.
22. Macartur D. Pharmaceutical Pricing and reimbursement in the United Kingdom / D. Macartur // U HEPAC Health Economics in Prevention and Care. — 2000. — № 1. — P. 47-55.
23. Managing drug supply. Washington, 1994. — 600 p.
24. Mocn E. Pricing and reimbursement of pharmaceuticals. A new culture for the community pharmacist / E. Mocn, E.L. Tovemd, J. Grund, S. Brinchmann // Pharmacy World and Science. — 1998. — Vol. 20, № 3. — P. 107-112.
25. Norm P. The impact of European harmonization on Norwegian drug policy / P. Norm // Health Policy. — 1998. — Vol. 43, № 1. — P. 65-81.
26. Pharmaceutical legislation. Luxembourg; European Commission, 1998. — V. 1-3. — 252 p.
27. Pharmacoeconomics. New Zealand: Adis International Limited, 1992. — 150 p.
28. Pen C.L. Pharmaceutical economy and the economic assessment of drugs in France / C.L. Pen // Social science and medicine. — 1997. — Vol. 45, № 4. — P. 635-643.

УДК 33:614.2.

ДО ПИТАННЯ ПРО ОБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ З ТОЧКИ ЗОРУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЛІКАМИ

Халілов Н. Г.

Резюме. Страхування в будь-якому сучасному суспільстві відіграє велику роль у функціонуванні економіки і підтримки життєвого рівня населення. Страхування є одним з інститутів економічного розвитку суспільства, незалежно від його політичного устрою. Забезпечення населення ліками є однією з важливих проблем у всіх країнах. Однак в умовах недостатнього фінансування системи охорони здоров'я, структура управління допомогою ліками, не дозволяє в повній мірі забезпечувати населення та медичні організації (МО) необхідними лікарськими препаратами (ЛП), а також дотримуватися державних гарантій в цій області.

Ключові слова: обов'язкове медичне страхування, закони, охорона здоров'я, медична допомога.

УДК 33:614.2.

К ВОПРОСУ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Халилов Н. Г.

Резюме. Страхование в любом современном обществе играет большую роль в функционировании экономики и поддержке жизненного уровня населения. Страхование является одним из институтов экономического развития общества, независимо от его политического устройства. Лекарственное обеспечение населения является одной из важных проблем во всех странах. Однако в условиях недостаточного финансирования системы здравоохранения, сложившаяся структура управления лекарственной помощью, не позволяет в полной мере обеспечивать население и медицинские организации (МО) необходимыми лекарственными препаратами (ЛП), а также соблюдать государственные гарантии в этой области.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, законы, здравоохранение, медицинская помощь.

UDC 33:614.2.

THE ISSUE OF MANDATORY HEALTH INSURANCE, IN TERMS OF DRUG SUPPLY OF THE POPULATION

Halilov N. G.

Abstract. Insurance in any modern society plays an important role in the functioning of the economy and support living standards. Insurance is one of the institutions of economic development, regardless of its political system. Drug provision of the population is one of the important problems in all countries. However, in the conditions of insufficient financing of the health system, the current structure of the management of pharmaceutical assistance, does not allow to fully provide the population and medical organizations (MO) with necessary medicines (PL), and to comply with state guarantees in this area. It is possible to observe some differences between the structure of consumption of medicines in the hospital sector of the pharmaceutical market of the Russian Federation and in the group insured under the voluntary health insurance. For example, the main share in total hospital purchases is ATC group J01 — Antibacterial agents for systemic use — 20,4, in the system of drug insurance, its importance increases by more than half (42,6). Also almost two times more significant niche occupied by plasma-substituting and perfusion solutions (17,25 against 9.6), which may indicate the need to improve the quality of financing of pharmaceutical provision to these groups of drugs. In the structure of consumption of medicines in the DMS virtually no costs for antineoplastic and psychotropic drugs, which account for a significant share in the total consumption of drugs (3 and 5 place in importance, respectively). Primarily, this is due to the fact that the LCA system, the legislation excluded a number of severe chronic diseases, including cancer, mental disorders and behavioural disorders. All this partly explains the increasing share of the total consumption of the other drug groups. The total share of top ten ATC groups in the drug insurance system is 93,99% against 56.2 per cent in the total hospital purchases, which indicates strict targeting of drugs insurance on a very specific expensive drugs. According to the world Health Organization, 90% of medical problems can be solved with the help of 210 chemicals, as other means are not available for most of the population. Forms of organization of pharmaceutical support may be different. In developed countries it is usually free or reduced provide doctor prescribed treatment, diagnostic or prophylactic agents. All this is termed «pharmaceutical care», it also applied the principles of insurance. The cost of medical treatment at the hospital is entered in the expense of hospital services, and paid from the payment sources of inpatient care.

In some countries, pharmaceutical care is included in the program of the MLA. Insurance companies pay the bills for the payment of medicines, appointed by the insured persons. In the end, they participate in the development and implementation of methods of regulation of prices for medicines. The law of Azerbaijan Republic «On medical insurance» defines the organizational, legal and economic basis of health insurance of the population, regulates the relations between subjects of medical insurance. The legislation of the Azerbaijan Republic on health insurance consists of the Constitution of the Azerbaijan Republic, present law, other normative-legal acts and international agreements wherein the Azerbaijan Republic. Medical insurance (compulsory and voluntary) citizens is carried out in the order established by the legislation of the Azerbaijan Republic. Compulsory health insurance is an integral part of state social insurance, as well as ensure that the population proportionate health and medical assistance.

Keywords: compulsory medical insurance, law, health care, medical aid.

Рецензент — проф. Голованова І. А.

Стаття надійшла 09.02.2017 року