



УДК 615.1:312.6:36.05:368-05.023

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ И РОЛЬ БОЛЬНИЧНЫХ КАСС В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

А.А. КОТВИЦКАЯ
В.П. ХОДАКОВСКАЯ
А.А. СУРИКОВ

*Национальный
фармацевтический
университет,
г. Харьков, Украина*

e-mail: socpharm@ukr.net

В статье изложен международный опыт деятельности больничных касс в системе медицинского страхования. Представлена история развития предоставления медицинской помощи на основе механизмов социального страхования. Изложены основные характеристики деятельности больничных касс в Германии, Израиле, Эстонии, Литве, Украине. Проанализирована роль больничных касс в оказании медицинской помощи различных стран. Определены перспективные направления развития больничных касс в Украине.

Ключевые слова: больничные кассы, фармацевтическое обеспечение, медицинское страхование.

Введение. Современное состояние медицинской и фармацевтической помощи в Украине свидетельствует о необходимости его улучшения. В условиях хронического дефицита бюджетных средств системы здравоохранения все более актуальным становится вопрос поиска внебюджетных источников его финансирования, поэтому **целью** нашей работы является исследование фармацевтического обеспечения населения разных стран мира, определение существующих тенденций с последующим выбором эффективных механизмов в обеспечении населения лекарственными средствами (ЛС).

Материалы и методы. При исследовании международного опыта нами были использованы литературные источники отечественных и международных изданий, отчеты национальных и международных общественных организаций. При этом применялись следующие **методы исследования**: логический, мониторинг, системный и графический анализ.

Результаты и их обсуждение. Изучая международный опыт организации систем здравоохранения, а также источников их финансирования, стоит отметить, что общей тенденцией для многих является следующее: чем богаче страна, тем больший процент медицинской помощи населению обеспечивает государство. Так, в Германии и Канаде часть государственных затрат на здравоохранение составляет 73%, во Франции – 74%, Японии – 72%, в Великобритании – 84%. Некоторое исключение составляют США, где доля государства в общих затратах на здравоохранение составляет 42%. Остальные затраты берут на себя работодатели и население [1].

В Украине же доля затрат населения в общем объеме финансирования здравоохранения составляет до 75%, в России около 60%, в развивающихся странах с низким уровнем доходов населения – в среднем 53%, с высоким – 33% и, наконец, в странах с развитой рыночной экономикой – 24%. При этом более 70% бюджетных средств в Украине направлено на заработную плату медицинских работников.

В современных условиях большинство лекарственных препаратов, которые необходимы для лечения, украинские больные получают за счет собственных средств. Как известно, альтернативным механизмом фармацевтического обеспечения, как свидетельствует зарубежный опыт, является развитие медицинского страхования, однако на сегодня в Украине можно говорить о действующей системе добровольного медицинского страхования, которое не пользуется высокой популярностью. Система обязательного медицинского страхования, к сожалению, является перспективой будущего.

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



Во многих странах система государственного медицинского страхования доказала свою высокую эффективность. Исследования Всемирной организации охраны здоровья (ВООЗ) показывают, что число лет, проведенных человеком в состоянии болезни, значительно выше для жителей стран, в которых не реализован механизм государственного социального медицинского страхования. Так, представитель наиболее благополучной в этом отношении нации проводит в состоянии болезни около 9% продолжительности жизни, а наименее благополучной – 14%.

Следует отметить, что истоки формирования отечественного медицинского страхования были заложены еще в конце 80 – начале 90-х годов XIX века, когда прогрессивная часть предпринимателей Одессы начала страховать своих работников от несчастных случаев на производстве в частных общестраховых обществах. Впоследствии такие виды страхования распространились на промышленные центры Украины, при этом их основой являлась деятельность больничных касс. Первым промышленным предприятием в Украине, где в 1870 г. была создана БК, стал адмиралтейский завод «Россуд» в г. Николаеве [5].

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 году – 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.

Впоследствии, со сменой государственного устройства и вследствие передачи организации страхования в компетенцию профсоюзов, система социального страхования потеряла самостоятельность и постепенно перестала являться составляющей медицинского страхования (до 1933 г.) [5].

Одной из первых стран, где было внедрено медицинское страхование, является **Германия**. Обязательное медицинское страхование в Германии является традицией, оно стало основой организационной структуры медицинского обслуживания еще в 1883 г. с момента принятия Акта Бисмарка о медицинском страховании. В 1885 г. обязательное медицинское страхование обеспечивало медицинскую защиту лишь 10% населения, однако впоследствии медицинское страхование постепенно расширяло сферу своего покрытия, включая различные группы населения [8].

Типичной чертой немецкой системы медицинского страхования 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).



Рис. 1. Немецкая модель государственного регулирования медицинской помощи



Общенациональное медицинское страхование в Германии на данный момент является одним из элементов системы социального страхования, созданной еще Бисмарком. БК финансируются за счет налога на зарплату, разделенного поровну между работодателем и работником. Размер налога варьируется в зависимости от того, какую БК выбрал работник, но в среднем он составляет до 15% заработной платы. Все страховые взносы в Германии достигают 27,6% валового внутреннего продукта (ВВП), в том числе медицинское страхование – 10,9% ВВП.

Все граждане страны, чей доход не превышает 46 300 евро в год, должны застраховаться в одной из БК. Порядка трех четвертей работающих граждан, чей доход превышает установленный лимит, предпочитают страховаться в БК, которые обеспечивают страховое покрытие примерно 90% населения. Население с более высокими доходами имеет возможность приобрести страховки у частных фирм, дополнительные страховки покупают примерно 9% немцев [9].

По оценке Фридриха Брейера, экономиста из Университета Констанца, если в сфере здравоохранения не произойдут значительные перемены, расходы на здравоохранение в Германии к 2020 году достигнут 30% ВВП. С целью снижения затрат на здравоохранение правительство Германии, начало процесс сокращения списка услуг, подлежащих страхованию. Еще в 2004 году БК перестали компенсировать расходы на приобретение оптики, препаратов для поддержания физической формы и любых лекарств, отпускаемых без рецепта. В последние годы впервые было введено долевое участие застрахованных в оплате медицинских услуг, и теперь каждый прием у терапевта, пребывание в больнице, выписка рецепта и некоторые специализированные услуги обходятся жителям Германии в 10 евро. Наиболее высокий уровень долевого участия связан с приобретением лекарств по рецепту: он составляет 10% от их стоимости. Как результат принятых мер – 13% совокупных расходов на здравоохранение немецкие граждане оплачивают самостоятельно [9].

Несмотря на тенденцию к значительному уменьшению общего количества БК, их число в стране по-прежнему остается достаточно большим, что на наш взгляд не дает практически никаких шансов реально оценить ситуацию на рынке медицинских услуг. Выбор населением БК зачастую осуществляется по принципу пешеходной доступности – предпочтение отдается той, офис которой находится ближе (рис. 2) [8].

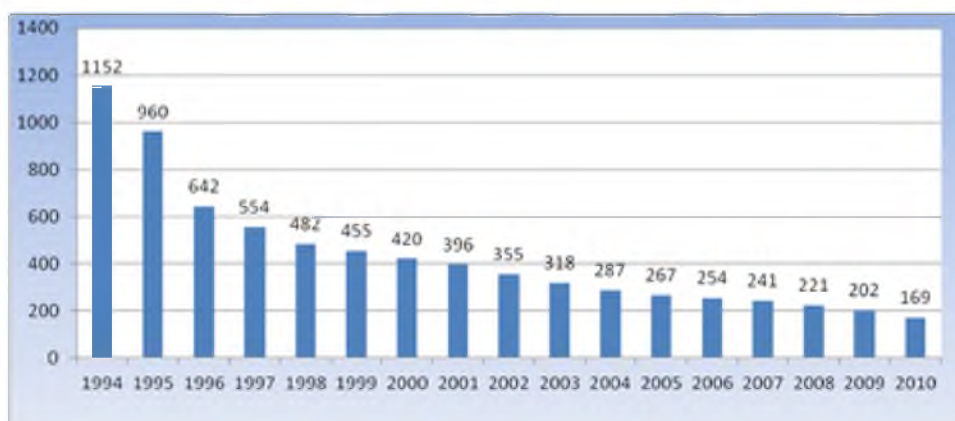


Рис. 2. Динамика количества больничных касс в Германии

Другой страной, избравшей БК как механизм распределения средств на здравоохранение, является **Израиль**. Первая больничная касса Клалит была основана в 1911 г. С 1995 г. в Израиле действует закон о государственном медицинском страховании, а это значит, что абсолютно все граждане Израиля получают одинаковый пакет медицинских услуг, в который входит все необходимое, начиная от лабораторных анализов до госпитализации больных, сложных операций и восстановительных процедур.

До 1996 года каждая БК сама собирала взносы. На сегодня все взносы от страхования здоровья поступают в Институт национального страхования, а оттуда распределяются между БК в зависимости от числа их клиентов. По сути – этот взнос представ-



ляет собой налог, сумма которого примерно 4,3% от заработной платы. С целью исключения дискриминации, внесение взносов за малообеспеченных и инвалидов осуществляется государством, т. е. все граждане обеспечиваются медицинской помощью в равной мере. Каждый год БК совместно с Институтом национального страхования пересматривается и утверждается так называемая «корзина здоровья», включающая услуги, и «корзина лекарств», включающая ЛС. Относительно ЛС: их список постоянно пополняется новыми высокоэффективными средствами, и из него исключают устаревшие препараты. Предъявив в аптеке рецепт врача БК, пациент оплачивает только часть стоимости препарата, остальное покрывается страховкой. Жизненно необходимые лекарства, такие как инсулин, средства для лечения СПИДа и других социально значимых заболеваний, выдаются бесплатно.

В целом населению Израиля предоставляют услуги четыре БК: Калит, Маккаби, Меухедет и Леумит. Пациенты, недовольные качеством услуг своей кассы, два раза в год – осенью и весной – могут перейти в другую БК. Таким образом, определяется рейтинг БК и ее финансовое положение, т. е. чем больше людей насчитывается в той или иной кассе, тем она более надежна. Именно поэтому уже давно между израильскими БК идет конкурентная борьба за пациента, и представители всех четырех касс предлагают все новые и новые сервисные услуги для своих членов.

Финансирование здравоохранения в Израиле формируется из четырех источников: средств бюджета, которые составляют 37% от общего объема финансирования, налога на здравоохранение (27%), частного финансирования (33%) и средств пожертвований частных лиц и общественных организаций (3%). Затраты на здравоохранение за последние 10 лет выросли более чем на 90% и в 2011 г. составили 49 млрд шекелей, или 7,8% от ВВП, что составляет примерно 2 тыс. долларов США в год на каждого жителя страны [3].

Каждая из БК работает с лечебными учреждениями различных форм собственности на основании договоров. БК Калит является самой крупной кассой в Израиле. Она обслуживает свыше 50% от общей численности населения и является, по сути, медицинской холдинговой организацией, которая включает 1,5 тысячи поликлиник, 14 больниц, аптечную сеть, стоматологические поликлиники.

Заслуживает внимания тот факт, что Израиль – маленькая, бедная ресурсами страна с весьма тяжелым климатом, окруженная со всех сторон странами с нестабильной политической ситуацией, с первого дня своего существования непрерывно воюющая с террором, сумела обеспечить своим гражданам завидное долголетие – 79,4 года у женщин и 75,5 – у мужчин, что является вторым показателем в мире.

Еще 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 и осуществлена децентрализация. Правовую базу реформирования в медицине отобразили закон о медицинском страховании (1991) и закон об организации оказания медицинских услуг (1994). В 2000г. Фонд медицинского страхования Эстонии получил статус самоуправляемой публично-правовой организации. В обязанности Фонда входят [4]:

- заключение договоров с поставщиками медицинских услуг;
- оплата медицинских услуг;
- оплата льготных лекарственных средств;
- выплаты пособий по больничному листу, беременности и родам.

Финансирование здравоохранения в Эстонии осуществляется преимущественно за счет налогов. С 1992 г. главным источником финансирования является целевой налог с заработной платы: в последние годы на его долю приходится 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.



В конце 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 сокращение 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. Так, в 6 категориях, охватывающих 34 показателя, Эстония набрала 669 баллов из 1000 возможных, оказавшись 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 [10].

Еще 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 (30%), взносы за детей, пенсионеров, безработных, других социально незащищенных лиц платит государство из бюджета [4].

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). Общие расходы на здравоохранение в Литве составляют 5,9% от ВВП, в общем финансирование является недостаточным. Стоит отметить, что в стране катастрофически упала рождаемость, увеличилось количество людей пенсионного возраста. Подсчитано, что 80% финансовых средств, выделенных на здравоохранение, идет на два последних года жизни человека. Парадокс 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 соотношению качества и цены медицинских услуг.

Ситуация в сфере здравоохранения **Латвии**, несмотря на быстрые темпы и основательность экономических преобразований, остается критической. Об этом свидетельствует Европейский индекс потребителей здравоохранения, в котором Латвия набрала всего 449 баллов и заняла последнее, 31-е место [10].

Сложная ситуация в латвийском здравоохранении создана правящими партиями, которые руководствуются принципом, что каждый житель страны должен сам заботиться о своем здоровье. Политика партий – переложить материальную сторону вопроса на пациентов, а моральную ответственность – на врачей. В итоге здоровье жителей Латвии значительно хуже, чем в других странах ЕС, и 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 ЛС. В результате квоты на лекарства у семейного врача нередко заканчиваются уже в середине месяца. Кроме того, наблюдается повышение стоимости ЛС, связанное с некоторыми объективными факторами: появлением инновационных препаратов, введением жестких требований ЕС по качеству, резким уменьшением импорта недорогих ЛС 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, экономит три лата больничного бюджета, не говоря уже о качестве жизни больных.



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.

Как показывает международный опыт, одним из перспективных направлений улучшения качества медицинской помощи и доступности фармацевтического обеспечения в Украине на современном этапе можно рассматривать БК.

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. 3) [7].

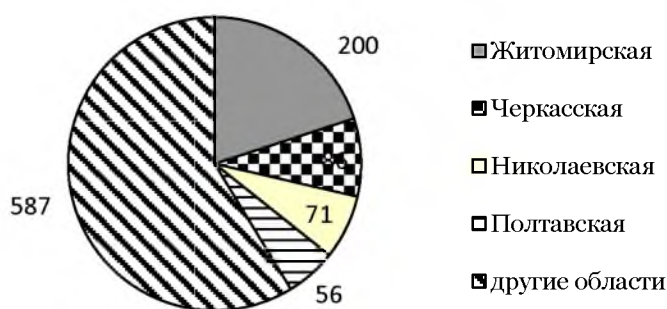


Рис. 3. Численность больничных касс Украины по областям (тыс. чел.)

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. 4). 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%) [7].

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.

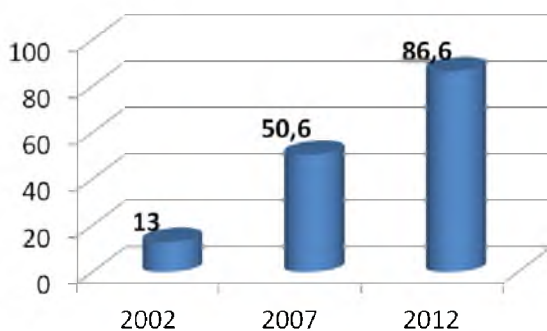


Рис. 4. Объем поступления денежных средств (млн грн)

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-я редакция ЛФ.

Данный механизм введен с целью оптимизации использования ЛС 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 ЛС. Кроме того, за счет рациональной организации закупок через оптовых поставщиков стоимость медикаментов в БК на 30-40% ниже их стоимости в аптечной сети [2, 6].

В результате изучения международного и отечественного опыта функционирования БК можно утверждать, что первым эффективным и оправданным шагом к медицинскому страхованию 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. Истоки медицинского страхования уходят своими корнями в середину XIX века. Впервые о возникновении медицинского страхования упоминается в Германии. Практически в это же время возникновение больничных касс наблюдается и на территории нынешней Украины.

2. Международный опыт показывает необходимость существования третьей стороны в системе отношений «пациент – медицинское учреждение», которая призвана контролировать качество медицинской помощи и распределять финансовые ресурсы.

3. Для построения оптимальной модели организации медицинской помощи и фармацевтического обеспечения, с нашей точки зрения, необходимо небольшое количество больничных касс, что упрощает их выбор для пациентов, позволяет создавать финансово устойчивые организации и должный уровень их конкуренции.

4. Как показывает международный опыт, 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, субвенции государственного бюджета и личные средства граждан, с минимальным участием последних.

5. В результате изучения деятельности БК в Украине установлено, что в нынешнем виде они появились как результат недостаточного финансирования системы здравоохранения и занимаются привлечением в основном личных средств граждан, не имея при этом никакого специально созданного для них правового поля и государственной поддержки.

6. 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.

7. В результате тенденций, которые имеют место в системе здравоохранения Украины, можно утверждать, что БК, функционирующие на данный момент во многих областях Украины, имеют необходимый опыт, наработанные механизмы, подготовленные кадры и могут стать основой для функционирования системы медицинского страхования.

Литература

1. Галковская, Т. Массы – в больничные кассы! / Т. Галковская. – Зеркало недели. Украина – 2003. – № 26. – Режим доступа: http://gazeta.zn.ua/HEALTH/massy_v_bolnichnye_kassy.html.
2. Котвицька, А. А. Наукове узагальнення міжнародного досвіду організації механізмів реімбурсації витрат на лікарські засоби / А.А. Котвицька // Вісник фармації. – 2006. – № 3 (47). – С. 50 – 57.
3. Котенко, К. Здравоохранение Израиля / К. Котенко // Здоровье Украины. – 2008. – № 7. – С. 10-11.
4. Мартынович, А. Здравоохранение Прибалтики – тернистый путь к европейским стандартам / А. Мартынович // Здоровье Украины. – 2009. – № 4. – С. 10-11.
5. Морозов, А. В. Больничные кассы и страхование рабочих в Казанской губернии: 1912-1919 гг. : дис. ... канд. ист. наук / А. В. Морозов; Казанский государственный университет. – Казань, 2000. – 380 с.
6. Немченко, А. С. Обґрунтування механізмів реімбурсації (компенсації) витрат на лікарські засоби в Україні: метод. рек. / А. С. Немченко, А. А. Котвицька. – К., 2007. – 25 с.
7. Парій, В. Д. Вітчизняний досвід: лікарняні каси як прообраз добровільного медичного страхування / В. Д. Парій // Здоров'я України. – 2008. – № 5.
8. Сасковец, А. А. Государственное медицинское страхование в Германии: становление, проблемы, стратегические решения / А. А. Сасковец. – М. : МАКС Пресс, 2005. – 28 с.
9. 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.
10. 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.
11. Ross-Degnan, D. Ten Recommendations to Improve the Use of Medicines in Developing Countries / D. Ross-Degnan, R. Laing, J. Quick // Health Policy and Planning. – 2001. – Vol. 35, № 11. – P. 1119-1121.

INTERNATIONAL EXPERIENCE AND ROLE SICKNESS FUNDS IN THE HEALTH SYSTEM AND PHARMACEUTICAL SUPPLY OF THE POPULATION

A. A. KOTVITSKA
V. P. HODAKOVSKAYA
A. A. SURIKOV

*National University of Pharmacy,
Kharkov, Ukraine*

e-mail: socpharm@ukr.net

The article describes the international experience of the sickness funds in the health insurance system. The history of the development of health care based on social insurance mechanisms are presented. The basic characteristics of the health insurance companies in Germany, Israel, Estonia, Lithuania and Ukraine have been set forth. The role of health insurance in the medical care of the various countries has been analyzed. Perspective directions of the development of health insurance in Ukraine have been defined.

Keywords: sickness funds, pharmaceutical supply, medical insurance.