

- организация грантовой поддержки приоритетных инновационных проектов в сфере медицинских исследований;
- организация работы по привлечению инвестиций в инновационные проекты в здравоохранении

Предпосылками, определяющие необходимость перевода сферы отечественного здравоохранения на инновационный путь развития. Установлено, что инновационная деятельность в здравоохранении имеет ряд специфических особенностей, обусловленных исключительной социальной значимостью данной сферы, особенностями услуг здравоохранения, доминирующей ролью государства, отсутствием развитого конкурентного рынка. Выявленные особенности нашли свое отражение через классификацию инноваций дополненную авторскими признаками, отражающими необходимость более активного и настойчивого участия самих учреждений здравоохранения в выработке и реализации инновационной политики.

Серьезным препятствием на пути развития инновационной деятельности в учреждениях здравоохранения является недостаточная проработанность механизмов управления. Предложенный в диссертации механизм наглядно показывает как целевые установки и задачи, определяемые программными документами по развитию здравоохранения, преобразуются в конкретные результаты. Отражено, что программа инновационного развития учреждения здравоохранения формируется как в русле общей инновационной политики, определяемой вышестоящими органами управления, так и под воздействием рыночных факторов.

На настоящий момент времени не разработана система оценочных показателей эффективности инновационной деятельности учреждения здравоохранения с позиций государственного регулирования и бюджетной эффективности.

Литература

1. Тургинбаева А.Н. Инновации и риски: учебное пособие. Алматы: Казак университети, 2011.
2. Мухтарова К.С., Турсынкулова З. Национальное развитие предприятий: национальный и зарубежный опыт МНПК. Алматы: Финансовый механизм повышения инновационной активности в экономике Республики Казахстан, 2012.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В СКАНДИНАВСКИХ СТРАНАХ

Б. Куатов,
научный руководитель Л.Г. Сатаева
*Казахстан, г. Алматы,
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова*

Скандинавские страны достигли наилучших результатов в социальной защите своих граждан и предоставлении им лекарственной помощи, поэтому опыт этих стран в организации лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями представляет особый интерес.

В этих странах в настоящее время существует ряд факторов, определяющих возможности пациента получить фармацевтическую помощь бесплатно или по льготной цене. Ими являются: нозологическая форма заболевания, возраст, фармакологи-

ческая характеристика ЛС (принадлежность к препаратам определенной группы, приобретение которых может быть осуществлено только по рецепту врача), наличие самого рецепта на ЛС и наличие страховки для оказания лекарственной помощи [1, 2, 3].

В этих странах существуют различные механизмы определения доли участия пациента в оплате приобретения лекарств. Но основными из них являются:

- 1) оплата за выписывание рецепта (Норвегия, Голландия, Великобритания);
- 2) оплата за стоимость упаковки лекарства (Финляндия, Швеция);
- 3) оплата за покупку лекарства независимо от его цены (Германия); соучастие в страховании или дополнительные выплаты фиксированного процента, идущего на оплату лекарств к общей стоимости страховки (Бельгия, Дания, Италия).

В Бельгии раньше, чем в других странах, была введена практика государственных дотаций оплаты медицинского обслуживания. Система медицинского и лекарственного страхования также входит в систему социального страхования. Финансирование страхования здоровья осуществляется из Единого Бюджетного Социального Фонда

В Бельгии сложная система ценообразования на лекарственные средства среди европейских стран. Регламентацией цен на ЛС занимается Министерство экономики. Цены утверждаются после рассмотрения их комиссией, в состав которой входят представители министерств экономики и здравоохранения, фармацевтических фирм, аптечных учреждений. При этом главенствует экономический подход к установлению цен. Зачастую возникает ситуация, когда препарат с очень хорошим терапевтическим эффектом не выходит на рынок из-за высокой стоимости. Правительство пытается раничить рост цен на лекарства путем введения ограничений на перечень ЛС в национальном регистре и на цены лекарств.

В Финляндии, Норвегии и Швеции разработаны списки лекарств, стоимость которых населением не оплачивается. Затраты на приобретение большинства препаратов возмещаются частично за счет общественных фондов.

В Норвегии определен перечень из 36 хронических заболеваний, согласно которому гражданам предоставляется право на бесплатное или льготное лекарственное обеспечение среди них наибольшее число составляют социально значимые заболевания. Назначение особо дорогих лекарств контролируется специальным комитетом.

В качестве общегосударственной поддержки всех граждан Норвегии определен порядок предоставления скидки со стоимости лекарств, необходимых для проведения курса лечения хронического заболевания. Выделены 2 группы больных – группа А – хроническая болезнь в возрасте до 16 лет (как правило, большинство этих болезней можно отнести к категориям социально значимых – психические заболевания, СПИД и ВИЧ – инфекция, сахарный диабет и т.д.), пациенты этой группы получают так называемый «голубой рецепт» и оплачивают взнос в 25 крон; группа Б – хроническая болезнь в возрасте от 17 до 66 лет, они оплачивают за этот же рецепт 50 крон; граждане, возраст которых превышает 66 лет, обеспечиваются лекарствами бесплатно.

При этом годовой лимит на пациента составляет 840 крон. В Швеции все граждане, зарегистрированные в Шведском офисе общественного страхования, могут пользоваться скидками при получении лекарств в аптеках. Каждый препарат, выписанный врачом по рецепту и стоимостью до 20 крон, швед приобретает за полную стоимость. Если препарат стоит от 20 до 80 крон, то пациент оплачивает только 50 % стоимости ЛС. Препарат отпускается бесплатно, если его стоимость превышает 80 крон.

При этом имеются лимиты на общую стоимость лечения, определенные в перечень из 32 заболеваний. По данным Duker M.N., национальным комитетом по медикаментам Департамента здравоохранения Дании приняты 2 списка лекарств. При

покупке больным лекарств из списка № 1 предоставляется компенсация в объеме 75 % их стоимости, а из списка № 2 -50%. В Германии почти все население застраховано на случай болезни. Выплаты на лечение заболеваний распространяются на бесплатное снабжение стандартным набором лекарственных и перевязочных средств. Служащие в Германии оплачивают всего от 5 до 8 % стоимости ЛС, имеющих обращение в системе медицинского страхования. В Германии обычно люди вкладывают 20 % в среднем от максимальной платы за фармацевтические услуги. Более 30 лет в Австралии имеется перечень ЛС, отпуск которых застрахованному больному лишь частично компенсируется государством. По данным Minder С., в странах Западной Европы созданы системы здравоохранения, основанные на принципах страхования здоровья, представляющие собой систему общего регулируемого государством страхования всего населения (Германия, Франция, Бельгия, Нидерланды и др.).

А также на принципах ответственности за свое здоровье. Этот принцип подтверждается тем фактом, что в ряде стран наряду с системами социального страхования функционируют принципы оплаты определенной части медицинских услуг за счет средств самих застрахованных, в том числе приобретение медикаментов, средств реабилитации и др.

При этом наблюдается стремление европейских государств освободить от долевого участия в оплате лекарств малоимущих. Так, в Бельгии от участия в оплате освобождены все лица, получающие социальные пособия, в Великобритании и Австрии – пожилые люди. А во Франции и Бельгии доленое участие пациента исключается при использовании лекарств, выписанных для лечения тяжелейших заболеваний, как правило, большинства социально значимых.

Выводы. В этих странах действуют различные, государственные программы профилактики таких социально значимых заболеваний как атеросклероз, сахарный диабет и другие. Как показал проведенный нами анализ, в странах Европейского Союза одним из главных принципов при оказании лекарственной помощи больным социально значимыми заболеваниями, является социальная солидарность. Как правило, приоритетное значение на бесплатное или на льготных условиях, получение ЛС, имеет наличие у человека тяжелого хронического заболевания, требующего постоянной поддерживающей или курсовой медикаментозной терапии. На втором месте находится уровень благосостояния граждан.

Литература

1. Ginggi A.Z. Pelham L.D. St. Joseph hospital and healthcare // Amer.J. hosp. Pharm. 1986. №2. P. 392-396.
2. International Pharmacy Journal. Lyon, France. 1992. 13-19 September. 236 p.
3. Bucklin I., Competition and Evolution in the Distributive trades // Business horizons. 2009. Vol. 37. № 3. P. 210-215.