

В.М. ФІЛАТОВ, канд. екон. наук, доцент, ХНЕУ, Харків

ТРАНСФОРМАЦІЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ ВПРОВАДЖЕННЯ КОНКУРЕНТНИХ ВІДНОСИН

Рассматриваются вопросы трансформации экономических отношений в системе здравоохранения. Обосновывается необходимость введения конкурентных отношений.

Розглядаються питання трансформації економічних відносин в системі охорони здоров'я. Обґрунтовується необхідність введення конкурентних відносин.

The main question of the article is economic relations transformation in health system. The article gives prove of competitive relations introduction necessity.

Негативні тенденції в динаміці показників рівня суспільного здоров'я, нездатність існуючої системи охорони здоров'я адекватно відреагувати на ці зміни свідчать про кризове становище у сфері охорони здоров'я. Проблеми підвищення ефективності функціонування сфери охорони здоров'я знаходять своє відображення в роботах вчених [1, 2, 3, 4]. Спеціалістами пропонуються як зміни окремих параметрів (збільшення об'ємів фінансування, вдосконалення менеджменту та ін.), так і кардинальна перебудова на засадах введення страхової медицини. Ми вважаємо, що необхідно сформувати нову інституціональну структуру, засновану на засадах страхової медицини, яка повинна функціонувати на принципах ринкової конкурентної економіки.

Завданням нашого дослідження є розробка рекомендацій щодо формування економічних відносин у сфері охорони здоров'я на конкурентних засадах. Для прийняття науково обґрунтованих рішень необхідно проаналізувати світовий досвід побудови таких відносин. Результати такої роботи викладені у даній статті.

Головним завданням для сфери охорони здоров'я, заснованої на принципах страхової медицини, повинно бути збільшення цінності послуг які отримують пацієнти. Цінність необхідно визначати співвідношенням отриманого результату (якості лікування) із грошовими витратами на його досягнення. Слід зазначити, що навіть у США, де частка витрат на охорону здоров'я у ВВП країни одна з найвищих у світі, фахівці відзначають, що зниження витрат – це не просто неправильна мета, вона неприпустима, тому що ставить під погрозу результати лікування. Економія повинна бути результатом підвищення ефектив-

ності роботи, а не наслідком обмеження медичної допомоги й погіршення її якості [5,с.121]. При вимірі цінності наданих медичних послуг необхідно враховувати багатоаспектність результатів: якість життя (залежність від ліків, відсутність болю), час одужання, інші параметри. Вимірювати цінність треба виходячи з інтересів пацієнта, а не інтересів постачальників медичних послуг або страхових організацій. Оптимізація цінності медичних послуг, які отримує пацієнт, фактично означає оптимізацію суспільних витрат на досягнення кінцевого результату – підвищення рівня суспільного здоров'я. Рішення завдання по оптимізації цінності можливо на рівні конкретного медичного стану, оскільки саме тут можна зіставити витрати з отриманими результатами. Так, у США при швидкому росту витрат на кардіологічну допомогу, показник летальності при коронарній хворобі серця за період з 1965 року знизився, що привело до збільшення тривалості життя американців і зниженню фактичної вартості витрат приблизно на один відсоток у рік [6]. Аналогічний приклад можна привести із впровадженням нових методів оперативного лікування жовчнокам'яної хвороби, що дозволило фактично усунути витрати на перебування в стаціонарі й знизити вартість медичних послуг при лікуванні жовчнокам'яної хвороби на 50 відсотків [7].

При вимірі цінності необхідно співвідносити з отриманим результатом сумарні витрати, понесені протягом усього циклу надання медичної допомоги, а не тільки при окремих втручаннях або процедурах. Цикл надання медичної допомоги містить у собі не тільки лікування, але й реабілітацію, спостереження за станом хворого з метою оцінки ризику повторного захворювання, заходи щодо запобігання повторного захворювання або прогресування хвороби. Поточна короткострокова економія витрат може привести в довгостроковій перспективі до значного росту вартості сукупних витрат на лікування. Саме тому малозатратна діагностика нерідко знижує цінність лікування, оскільки може привести до помилкових висновків, що тягнуть за собою неправильне й непотрібне лікування. Слід зазначити, що принцип орієнтації в лікуванні на кінцевий результат не працює не тільки в нашій системі охорони здоров'я, але й у системах, заснованих на принципах страхової медицини. Наприклад, за даними дослідження, з переходом від недорогих диуретиків тiazидного типу до більш дорогих

препаратів (від 56 % загального обсягу призначень в 1982р. до 27% в 1992р.) витрати збільшилися на 3,1 мільярди доларів, але при цьому в багатьох випадках спостерігалось не поліпшення, а погіршення медичних результатів [8]. Щоб уникнути подібного результату, необхідно ввести конкурентні принципи поставок лікарських препаратів. У цілому, необхідно впровадити конкурентні принципи протягом усього циклу надання медичної допомоги. Постачальників медичних послуг необхідно порівнювати й оцінювати зіставляючи результати їх діяльності з витратами. Інформація про результати повинна стати головним інструментом у розвитку всієї системи охорони здоров'я. Вибір технологій, інструментів і пристосувань, медичних препаратів і послуг повинен ґрунтуватися на кращих результатах лікування. Під кращими результатами розуміється максимально досягнутий рівень цінності для споживачів медичних послуг. Впровадження такого методу організації медичної допомоги можливо тільки через механізм конкуренції. Конкуренція дозволить виключити неповноцінне й надмірне лікування, мінімізувати рівень лікарських помилок. В умовах, коли результати будуть оцінюватися й порівнюватися, із медичної практики зникнуть неефективні види лікування і попит на непотрібну медичну допомогу. Лікарі, які не зможуть створювати високу цінність для пацієнтів, будуть витиснуті з ринку медичних послуг. Таким чином, постачальники медичних послуг стануть конкурувати за право на практику.

Вимір цінності повинен вестися на рівні окремого медичного стану. Під медичним станом розуміється певний набір медичних обставин, на які направляється призначена для конкретного пацієнта скоординована медична допомога. Конкуренція на рівні медичних станів повинна вестися протягом усього циклу медичної допомоги, а не тільки при окремих лікарських втручаннях, видах лікування або послугах. Наприклад, відносно недороге оперативне втручання може привести до серйозних ускладнень, що значно збільшить сумарні витрати на лікування. І навпаки, дорогі ліки можуть бути економічно вигідними, якщо вони замінюють ще більш дорогу хірургічну операцію або запобігають тривалій реабілітації. При комплексному підході, спрямованому на підвищення цінності лікування для пацієнта, необхідно оптимізувати взаємозв'язок окремих етапів надання медичної допомоги. Такими етапами є профілактика, діагностика, лі-

кування, реабілітація. Конкуренція на основі цінності протягом усього циклу надання медичної допомоги приведе до того, що профілактиці, виявленню й діагностиці хвороби на ранніх стадіях і спостереженню за її розвитком буде приділятися не менше уваги, ніж безпосередньому лікарському втручання. Необхідно створити систему спільної відповідальності всіх фахівців, що беруть участь у процесі лікування, за кінцевий результат.

При оцінці найкращих варіантів лікування необхідно зіставляти якість результатів лікування на рівні окремого медичного стану із сукупними витратами по всіх видах зроблених послуг. Під сукупними витратами розуміються витрати на застосовану техніку, технології, ліки та інші аспекти медичної допомоги. Поширення передового досвіду дозволить не тільки заощадити суспільні витрати за рахунок оптимізації витрат, але й значно знизити втрати від медичних помилок. Так, за даними дослідників, у США витрати, обумовлені медичними помилками, становлять від 36,7 до 50 мільярдів доларів [9]. За результатами дослідження, проведеного в Дартмутском коледжі, близько 30 відсотків загального обсягу витрат на медичну допомогу обумовлено поганою якістю лікувального процесу [10].

Підвищення ефективності роботи системи охорони здоров'я можливо шляхом підвищення рівня спеціалізації медичних установ. Спеціалізація дозволяє збільшити масштаби діяльності. Це приводить до швидкого нагромадження досвіду, підвищує вірогідність і доступність медичної інформації. Значно поліпшується матеріальна база лікувальної установи. Збільшуються можливості й прискорюються темпи впровадження передових методів лікування, технологій, медичного встаткування й лікарських засобів. Дослідження показують, що в спеціалізованих лікарнях рівень смертності нижче, ніж у лікарнях загального профілю в 1,2 – 2,1 рази (залежно від видів лікування) [5. с.141]. При цьому витрати на оперативне лікування на 30-50 відсотків нижче в порівнянні з лікарнями загального профілю [8]. Наслідком усього вищесказаного є збільшення попиту на послуги спеціалізованих центрів і ріст чисельності пацієнтів.

Особливо слід зазначити, що в Україні, на відміну від багатьох західних систем охорони здоров'я, вже є мережа спеціалізованих медичних установ. Необхідно її трансформувати і впровадити конкурентні принципи роботи. Це

означає, що обсяг надаваних послуг сам по собі не повинен бути основним показником роботи лікувальної установи. Масштабність діяльності є лише передумовою для підвищення ефективності роботи. Тому оцінка й класифікація постачальників медичних послуг, виходячи тільки з обсягів надаваних послуг, без обліку результатів, є неприйнятною. У такій ситуації великі постачальники захищаються від конкуренції, фактично консервується їх монопольне положення, що негативно позначається на цінності медичної допомоги для пацієнтів. У той же час впровадження конкуренції заснованої на цінності медичної допомоги для пацієнтів може привести до зменшення кількості постачальників, що спеціалізуються на лікуванні конкретних медичних станів. При цьому обсяг послуг по конкретних видах медичних станів буде перерозподілятися від менш ефективних постачальників спеціалізованих медичних послуг до більш ефективних. Конкуренція між постачальниками медичних послуг повинна мати місце не тільки на місцевому рівні, але й на регіональному, національному й міжнародному рівні. У справі створення конкурентного середовища значна роль приділяється лікарям первинної інстанції. Саме вони повинні визначатися з вибором лікарні для пацієнтів, керуючись при цьому не місцем розташування, а якістю й результативністю роботи медичної установи. Ще в 70-е роки в США відмовилися від практики надання допомоги потерпілим у результаті різного роду нещасних випадків у найближчому відділенні швидкої допомоги. Хворих стали направляти в спеціалізовані травматологічні центри, що істотно знизило рівень інвалідності і врятувало багато людських життів [5. с.148]. Аналогічні центри були створені в радянській охороні здоров'я й працюють у наш час. У підсумку більші витрати на транспортування значно перекриваються за рахунок скорочення строків перебування в лікарні й запобігання можливих помилок і ускладнень. В умовах конкурентної боротьби за пацієнта лікарі первинної інстанції будуть направляти хворих для продовження лікування в кращі лікарні, незалежно від їхнього місця розташування. Необхідно впровадити елементи конкуренції і по географічному принципу. Механізм географічної конкуренції буде дворівневим. Лікарні будуть конкурувати між собою на підставі результатів лікування, а лікарі будуть закладати основи своїх конкурентних переваг серед колег, направляючи пацієнтів на лікування в кращі лікарні. Така організаційна

побудова системи охорони здоров'я буде сприяти створенню більше ефективних взаємин між сільськими лікарнями й медичними центрами районного й обласного масштабу.

Всі переваги конкурентного середовища можуть бути зведені до мінімуму при відсутності належної інформаційної системи. Необхідно створити такий інформаційний простір, за допомогою якого реалізовувалися б у максимальному ступені інтереси всіх функціонуючих у сфері охорони здоров'я суб'єктів. Для пацієнтів головним інтересом виступає досягнення поліпшення їхнього медичного стану. Тому їм потрібна інформація про позитивну статистику поліпшення аналогічних медичних станів у окремих постачальників медичних послуг. Постачальники медичних послуг, бажаючи збільшити власні доходи, зацікавлені в збільшенні кількості звертань до них з боку пацієнтів через поширення інформації про позитивні результати своєї діяльності. Страхові компанії зацікавлені в одержанні даних про результати лікування і вартості послуг.

Ми вважаємо, що в наш час, в силу об'єктивно сформованих обставин, ініціатором інституціональних перетворень у сфері охорони здоров'я повинна виступити держава. Трансформацію економічних відносин необхідно розпочати із впровадження обов'язкового медичного страхування. Це буде фундаментом і одночасно каталізатором подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я. При формуванні системи страхової медицини необхідно створити модель, побудовану на принципах конкуренції за кращі результати. Конкуренція у сфері охорони здоров'я повинна бути націлена на кінцевий результат і заснована на цінності медичних послуг для пацієнтів. Впровадження такої моделі буде сприяти поліпшенню якості й зниженню вартості медичного обслуговування, що, в остаточному підсумку, підвищить суспільну ефективність функціонування системи охорони здоров'я в цілому.

Список літератури: 1. Управление медико-производственным комплексом: организационно-экономический аспект./Голухов Г.И., Райзберг Б.А., и др. -М.: Издательство Фонда «Клиника 21 века», 2003.-330с. 2.. Акоян А.С., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. Экономические проблемы здравоохранения. – М.: ИНФРА-М, 2000. – 191 с. 3. Каминская Т.М., Громов В.А. Об особенностях менеджмента в медицинских организациях // Економіка розвитку. – 2007. – №3(43) – С. 41-43. 4. Основы общей экономической теории с экономикой здравоохранения / Дробышев А.А., Момот Ф.Д., Артемьев В.Н. и др. – М.: АНМИ. 2002. – 425 с. 5. Портер Майкл, Тайсберг Элизабет Ольмстед. Переосмысление системы здравоохранения. – К.: Издательство Алексея Капусты, 2007. – 620 с. 6. Culter, D. M., and McClellan. «Is Technological Change in Medicine Worth it» Health Affairs 20. no.5 (2001): 11-29. 7. Morris, C. R. «The Health-Care Economy is Nothing to Fear» Atlantic Monthly, December 1999, 86-96. 8. At-

tack Trial (ALLHAT) Journal of the American Medical Association 288, no. 23 (2002): 2981-2997. **9.** Kohn, L. T., J. M. Corrigan, and M. S. Donaldson, eds. Committee on quality of Health Care in America, institute of Medicine. To Err is Human. Washington, DC: National Academy Press, 2000. **10.** Fisher, E. S., D. E. Wennberg, T. A. Stukel, D. J. Gottlib, F. L. Lukas, and E. L. Pin-der. «The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care» Annals of internal Medicine 138, no. 4(2003): 273-287.

Надійшла до редколегії 17.03.11

УДК 368.013

Е.К. ШИШКИНА, канд. ист. наук, ст. преподаватель, НТУ «ХПИ»,
Харьков

К.Р. ПЕЛЮХНЯ, студентка, НТУ «ХПИ», Харьков.

СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ

В статті показано процес становлення системи страхування в Україні з моменту проголошення незалежності до сьогоднішнього дня. Проаналізовані особливості страхування в Україні на сучасному етапі. Досліджено взаємозв'язок процесу генезису системи страхування України і сьогоднішнього стану вітчизняного страхування. Розроблено пропозиції щодо подальшого розвитку страхування в Україні.

В статье показан процесс становления системы страхования в Украине с момента провозглашения независимости до сегодняшнего дня. Проанализированы особенности страхования в Украине на современном этапе. Исследована взаимосвязь процесса генезиса системы страхования Украины и сегодняшнего состояния отечественного страхования. Разработаны предложения относительно дальнейшего развития страхования в Украине.

This thesis presents the process of insurance formation in Ukraine, starting with declaration of independence till nowadays. Special features of Ukrainian insurance in modern period are analyzed. Interdependence of Ukrainian insurance system genesis and modern situation in the sphere of domestic insurance is studied. Propositions on Ukrainian insurance system development are made.

Изучение процессов становления системы страхования в Украине сегодня является актуальной научной и практической проблемой, которая представляет интерес, как для исследователей, так и участников страхового рынка.

Среди современных украинских исследователей, которые в своих работах касались вопросов становления системы страхования, стоит назвать А.Л.Самойловского, О.Й.Жабинец, А.Н.Залётова, Л.В.Андрущенко и др.[1–5]. Ими были выделены основные этапы становления системы страхования, обозначены особенности формирования страховых институтов, выявлены проблемы современной системы страхования. Однако изучения взаимосвязи процесса становления системы страхования Украины и проблем страховой сферы Украины на современном этапе осуществлено не было.