

УДК 338.27:614.253/257

Ольга ЛИТВИНОВА

ОЦІНКА РИЗИКІВ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ІННОВАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ У РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Предметом дослідження є проголошені Міністерством охорони здоров'я України форми інноваційних впроваджень у систему фінансування закладів охорони здоров'я.

В роботі розглядаються розробки напрямів застереження можливих економічних ризиків при інноваційних змінах форми фінансування системи охорони здоров'я України.

Порушено проблему дослідження методологічних основ наслідків інноваційного запровадження у сферу фінансування системи охорони здоров'я. Показано, що перехід на самостійну господарську діяльність неминуче призведе заклад охорони здоров'я до стратегічної переорієнтації діяльності з медичної допомоги на надання медичних послуг з метою отримання прибутку, а в подальшому до приватизації і репрофілізації даних господарських одиниць.

Досліджено показники, які використовують для розрахунку продуктивності праці на рівні лікаря як суб'єкта господарювання. Порушено питання наслідкового зміщення пріоритетів надання медичними працівниками таких окремих видів медичних послуг, які орієнтуватимуться в сторону більшої прибутковості.

Розглянуто проблеми, пов'язані із запровадженням інновацій в оплаті праці виробників медичних послуг. Наголошено на необхідності запровадження таких механізмів фінансування, які стимулюватимуть медичних працівників до превалювання превентивних медичних послуг над лікувальними.

Показано можливі економічні ризики за інноваційних змін форми фінансування системи охорони здоров'я. Виявлено у цих процесах ряд проблем, які можуть виникнути як в окремих закладах охорони здоров'я, так і в окремих пацієнтів як потенційних споживачів даних медичних послуг.

Обґрунтовано підхід до визначення ризиків запровадження інновацій в оплату праці лікарів за виконану роботу.

Сформовано відповідні висновки за науковим дослідженням у рамках тематики статті.

Запропоновано напрями подальших досліджень у питаннях, що розглядаються. Вбачається за доцільне в основу інноваційного розвитку стратегії закладу охорони здоров'я закладати пріоритетну зацікавленість у превентивних медичних послугах над лікувальними.

Ключові слова: економічні ризики, інновації, заклади охорони здоров'я, споживачі медичних послуг.

JEL: D 81, D 84, I 11, I18

© Ольга Литвинова, 2015.

Постановка проблеми. Політична та економічна кризи в Україні сьогодні поглибили проблему соціального благополуччя, тісно пов'язаного із погіршенням здоров'я населення України, падінням тривалості життя, внаслідок чого різко зменшився доступ до високоякісної медичної допомоги. Сьогоднішня система охорони здоров'я України незаперечно потребує змін. Відставання від передових технологій, невідповідна матеріальна база, неадекватна заробітна плата медперсоналу тощо – все це вимагає перегляду і реформування. Стереотипна відповідь на ці проблеми – це нестача коштів. Відповідно, численні реформаторські пропозиції орієнтовані на ті чи інші шляхи залучення додаткової грошової маси або так звану оптимізацію – скорочення системи. Переважно фінансові зміни і є в основі реформи системи медичної допомоги, яку пропонує Міністерство охорони здоров'я України. Практика управління закладом охорони здоров'я показує, що є проблеми, які призводять до зниження доступу до медичної допомоги цілих прошарків населення, що не приведе до покращення здоров'я громадян України та продовження тривалості їхнього життя.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я та реформування системи охорони здоров'я розглядали у своїх працях Л. Бакрош, Е. Биргер, Ю. Гришан, А. Козеркевич, В. Куценко, В. Лехан, Н. Матинян, А. Мокрицька, І. Немець, А. Ница, Л. Пиріг, В. Пономаренко, Т. Попченко, В. Присенко. Ці питання піднімали такі зарубіжні вчені, як Carey D. та Patrick Lenain.

Питання інноваційного розвитку як системи охорони здоров'я загалом, так і закладів охорони здоров'я зокрема вивчали М. Авксент'єв, А. Банин, М. Борисенко, Л. Борщ, О. Григор'єв, С. Єрмілов, О. Пастернак, Р. Горболюк, Д. Карамішев, Н. Куракова, В. Куценко, А. Литвак, О. Наумова, В. Орел, С. Підгаєць, Г. Семенченко, Т. Сіташ, А. Уваренко. Зазначимо, що акценти їх аналізу щодо інновацій у закладах охорони здоров'я зміщувалися як в сторону приватної діяльності, так і в сторону партнерства. Останнє в умовах економічної кризи щодо закладів охорони здоров'я є надто актуальним.

Незважаючи на потужні наукові розвідки в зазначеній царині, сьогодні, на наш погляд, існує потреба в дослідженнях прогнозованих ризиків, викликаних впровадженням численних інновацій у діяльність закладів охорони здоров'я. Це зумовлено неоднозначністю їх наслідків.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є діагностика можливих ризиків інновацій в системі фінансування охорони здоров'я України.

Виклад основного матеріалу. Аналіз динаміки фінансування охорони здоров'я за останні п'ятнадцять років (рис. 1) показує виражене зростання виділених коштів до 2009 р., різке падіння у 2010 і потім повільне зростання аж до обвалу у 2015 р. [1]. Крива рівнів захворюваності також має зростання [2].

Коефіцієнт кореляції між досліджуваними ознаками дорівнює 0,65, що свідчить про прямий середньої сили статистично значущий ($p < 0,05$) зв'язок, тоді як ситуаційно ця картина є парадоксальною: "чим більше коштів – тим більше хворих". Зважаючи на те, що здоров'я людини лише на 10% залежить від зусиль медицини, рівень захворюваності і рівень фінансування стабільно мають тенденцію до зростання, можемо висунути гіпотезу, що фінансовий фактор у системі відновлення здоров'я населення не є вирішальним.

Підтвердженням цієї позиції є Звіт Рахункової палати України за 2013 р., з аналізу якого бачимо, що за період з 2004–2010 рр. спостерігається така сама тенденція зростання обсягів неефективного використання бюджетних коштів (рис. 2).

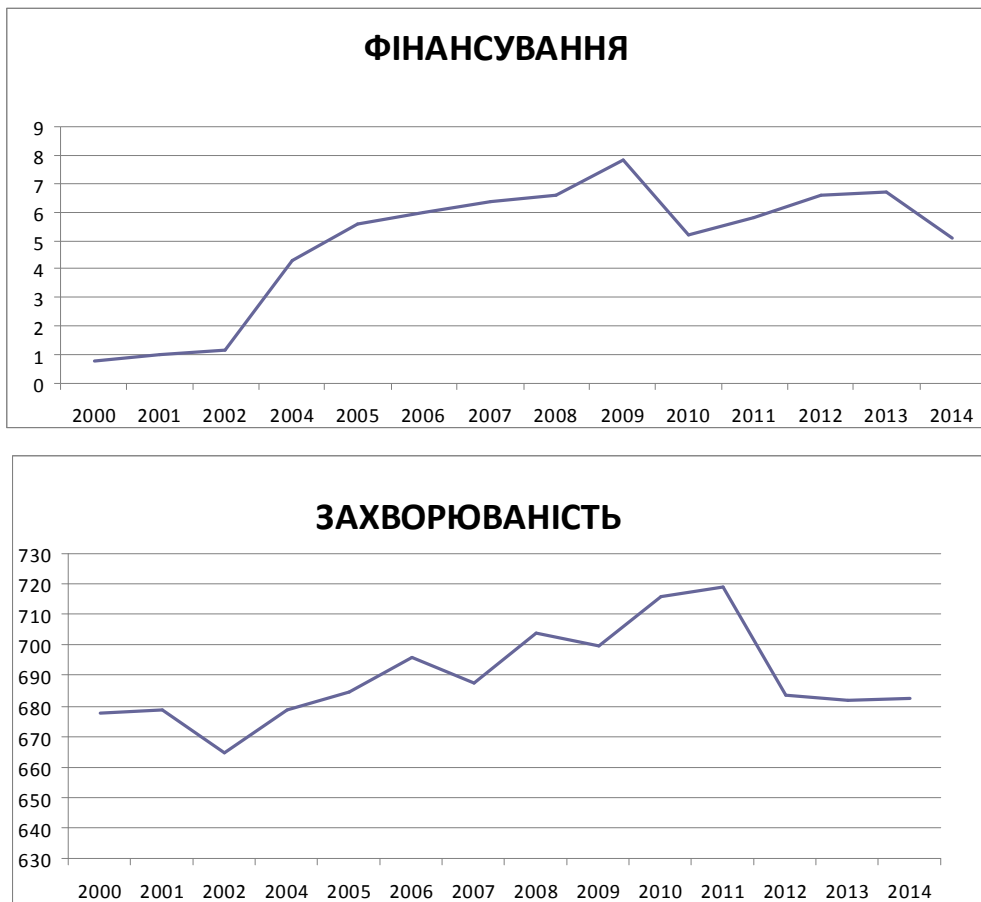


Рис.1. Динаміка рівнів захворюваності населення України та фінансування системи охорони здоров'я

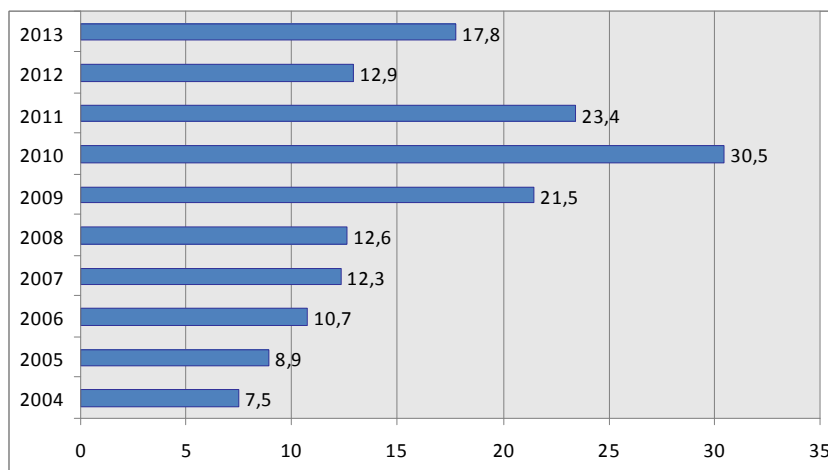


Рис. 2. Динаміка обсягів порушень бюджетного законодавства та неефективного використання бюджетних коштів в Україні (млрд. грн.)

Аналіз ефективності управління охороною здоров'я за характером використання бюджетних коштів показує, що неефективне використання їх внаслідок необґрунтованих управлінських рішень становило у 2013 р. 26,2% від усіх порушень, ще 8,1% становили втрати бюджету через необґрунтовані управлінські рішення, а 25,1% – через неефективне управління коштами, внаслідок чого їх було повернуто до держбюджету [3].

Внаслідок прийняття необґрунтованих управлінських рішень у системі охорони здоров'я аудиторами Рахункової палати у 2013 р. виявлено ряд фактів використання коштів державного бюджету з порушенням чинного законодавства на загальну суму 366,1 млн. грн., неефективно використано 670,1 млн. грн. [3].

Рішення про відхід від державної системи фінансування охорони здоров'я як неефективної і розтратної до приватної з елементами соціального захисту, автори нинішньої реформи вважають доцільним.

Водночас прив'язка коштів до процесів медичної допомоги перетворює останню в повноцінну медичну послугу з економічними наслідками.

Щодо термінологічного визначення, то сьогодні як у системі медичного права, так і в офіційному медичному законодавстві поняття “медичної допомоги” і “медичної послуги” мають численні і неоднозначні трактування, водночас з позицій економіки ці дефініції чітко диференційовані. Поняття послуги – це різновид товару, а останній – це продукт людської праці, який виготовлений для обміну. Звідси, природно, коли говоримо про оплату в тій чи іншій формі результатів роботи лікаря, ми однозначно говоримо про послугу. А, відповідно, лікар, надаючи послугу, користується повним арсеналом сучасних маркетингових засобів для збільшення свого прибутку.

Міністерство охорони здоров'я останнім часом широко пропагує і розробляє проекти програм щодо переходу оплати роботи лікаря за виконану роботу, що з ракурсу економіки виглядає цілком логічно, але в такому підході не враховується основна відмінність лікаря як виробника послуги на ринку від інших виробників. Лише лікар в умовах ринку виступає одночасно в ролі виробника та агента споживача в одній особі. Така позиція в умовах грошових відносин дає можливість йому працювати виключно в інтересах грошей, а інтереси пацієнта, відповідно, будуть відсунуті на задній план. Прикладів такої поведінки маємо уже вдосталь як в Україні, так і в сусідній Росії, яка у цьому напрямку на крок попереду в інноваційних запровадженнях і негативних наслідках також.

Підтвердженням є використання практики оплати праці лікарів за клініко-статистичними групами (КСГ), суть якої полягає в середній оплаті цілої групи захворювань. Відповідно, у всіх країнах, де використовують методи КСГ, лікарі завжди ставлять діагнози, які більше оплачуються, і не завжди це збігається з реальним діагнозом пацієнта, як і з його інтересами, відповідно [4, 135]. Сьогодні таку негативну і особливо поширену практику в Росії підтвердила директор Інституту економіки охорони здоров'я НІУ ВШЕ Російської Федерації Л. Попович [5].

Небезпека цієї ситуації полягає в тому, що немає варіантів адекватної перевірки роботи лікарів на предмет професійних фальсифікацій, бо, власне, в цих умовах фальсифікації як такої немає, незначна підтасовка фактів і корегування діагнозу є важко вловимими навіть у момент лікування пацієнта, а в умовах перевірки “правильно оформленої” документації – і поготів.

Слід також зазначити, що в разі оплати за системою КСГ, чи в разі оплати конкретних послуг, заклади охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів будуть менш фінансованими, надаючи послуги, що мають меншу вартість, а, відповідно, і менше

фінансування, а заклади третинного рівня – високотехнологічних методів лікування, значно виграють у фінансуванні. Тому в перспективі лікувальні заклади намагатимуться спеціалізуватися на високотехнологічних та високооплачуваних послугах, ігноруючи прості і дешеві методи надання допомоги. З часом така практика призведе до розшарування внаслідок конкуренції [6, 203] в системі медичних послуг на – такі, що матимуть великі прибутки, та – виживаючих, що працюватимуть на межі собівартості.

У будь-якому разі оплата за послугу чи за КСГ орієнтована на уніфікований стандарт набору процедур чи маніпуляцій. Чим нижчий рівень, тим більша варіабельність. Тому найоб'єктивнішою оцінка вартості була б на рівні кожного окремого пацієнта, але такі розрахунки є складними і неможливими через відсутність облікової одиниці, з одного боку, і невизначеності та значної варіабельності – з іншого. Тому і пропонуються усереднені тарифи навіть не за окремими нозологіями, а за їх групами, що значно спрощує систему розрахунків та обліку і дає широке поле для маніпуляцій у плані орієнтації на високооплатні види послуг. Відповідно створення еталонів ставить пацієнтів не у виграшну позицію.

Аналіз використання методики оплати за КСГ багатьма фахівцями дав змогу виокремити чотири групи негативних наслідків для пацієнтів:

- “зняття вершків” – коли лікарями буде віддаватися перевага тим хворим, під час лікування яких очікувані затрати будуть меншими, аніж тарифи за КСГ;
- “економія” – спостерігатиметься зниження якості та обсягу надання послуги тим хворим, під час лікування яких очікувані затрати будуть більшими, аніж тарифи за КСГ;
- “відкидання” – відмова в лікуванні тих пацієнтів, очікувані затрати на лікування яких будуть значно більшими, аніж тарифи за КСГ;
- “маніпулювання” – підтасовка діагнозу хворого до тих нозологій, за які передбачена вища оплата за КСГ [7].

Використання упродовж певного періоду часу цієї методики призведе до розшарування в системі медичної допомоги. Відбудеться поступове, але таке, що неухильно поглиблюватиметься, розшарування медичної громади на тих, хто вимушений буде надавати медичні послуги на низовому первинному малооплачуваному рівні, і тих, хто працюватиме на елітарному – високотехнологічному і високооплачуваному рівні.

Уже сьогодні спостерігається неухильне прагнення молодих фахівців потрапити до елітарного рівня вузькопрофільних фахівців за рахунок лікарів загальної практики. Запроваджуючи систему оплати праці за пацієнта, швидкість цих процесів значно зростає. Враховуючи фактор корупції, можна прогнозувати доволі швидке формування кастовості в медицині. Непродумане запровадження резидентури може стати регулюючим важелем, який буде визначати, кому можна буде перейти до еліти, а кому ні.

Щодо пацієнтів, то реформа, орієнтована на прибуток, не залишає їм ніякого шансу на відстоювання своїх інтересів, а шанси доступності до медичних послуг іншими шляхами, окрім грошей, не вимірюватимуться. Запроваджуючи грошові відносини в медицині, держава таким шляхом фактично унеможлиблює ефективне існування соціального інституту програм охорони здоров'я. Нелогічною виглядає побудова державою альтернативної, конкурентно налаштованої до самої себе системи соціального захисту.

Переведення системи охорони здоров'я до ринкових відносин автоматично відділяє її від державних соціальних гарантій. Ринкова система медичних послуг працюватиме

виключно в інтересах прибутку власників цієї системи, а не в інтересах хворих і не в інтересах збереження здоров'я населення країни загалом, що є абсолютно логічно і закономірно з позицій економіки.

Є загроза, що соціальна ефективність медичних послуг в ринкових умовах буде неухильно знижуватися. Екстрена медична допомога, лікування психічно хворих, хворих інфекційними хворобами, хворих із соціально небезпечними захворюваннями, онкохворих, хворих із гематологічними захворюваннями, з гепатитом В і С, хворих зі СНІДом, наркозалежних тощо – це винятково соціальна сфера діяльності, яка потребує чималих державних коштів і охоплює далеко не багатий прошарок населення. Неefективна робота у цій сфері дуже швидко призведе або до епідемій, або до вираженої демографічної деградації і депопуляції. Ринкові механізми у лікуванні серцево-судинних та ендокринологічних захворювань також, на наш погляд, призведуть до перекосів у соціальному балансі суспільства.

З позицій економічної ефективності, вкладання грошей у такі соціальні проекти є неперспективним через відсутність їх віддачі, оскільки зрозуміло, що такі хворі люди є малоефективними в плані перспективної працездатності і є фінансовим тягарем для суспільства. За будь-якого сценарію ринкової медицини неплатоспроможне чи низькоплатоспроможне населення в основній своїй масі буде відрізане від доступності до ефективної медичної допомоги. А враховуючи, що сьогодні в Україні значна частка населення живе на межі бідності, то такі запровадження в масштабах цілої країни загрожують її національним інтересам. За даними Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, рівень бідності в нашій державі сягає 24,3%, а рівень злиденності – 10,7%.

Найяскравішим прикладом функціонування ринкових механізмів у системі охорони здоров'я є США. Добровільне медичне страхування, приватна медицина і незначна частка державних страхових програм Medicare і Medicaid призвели до того, що 52,34 млн осіб або 16,3% населення США, можуть отримати кваліфіковану медичну допомогу лише за власні кошти [8]. Реформи Барака Обами щодо обов'язкового медичного страхування запроваджуються в США вкрай проблематично.

Не працюють ринкові механізми на користь пацієнтів і в умовах військових дій, що і спостерігаємо сьогодні в Україні. Фінансування від різних фондотримачів призвело до того, що учасникам військових дій допомогу можуть надавати виключно військові госпіталі за рахунок коштів Міністерства оборони. Оскільки останні перевантажені, то в інших закладах охорони здоров'я державної та комунальної форми власності допомога такому контингенту здійснюється або за рахунок власних коштів самого воїна, або за рахунок волонтерів. Невирішеною ця проблема стає тоді, коли виникає необхідність використання наркотичних засобів, яких у вільному продажі немає. Це проблема не стільки фінансова, як виключно управлінська.

Міністерство охорони здоров'я України у першому пакеті реформаторських законопроектів пропонує змінити статус медичних закладів в Україні, зокрема, зробити їх підприємствами, оскільки Господарський кодекс, інші законодавчі акти надають більш широкі можливості саме для підприємств. МОЗ обіцяє, що ці процеси не будуть пов'язані ні з будь-якою приватизацією, ні з виведенням майна тощо [9].

Стаття 1. Господарського Кодексу України говорить, що "під господарською діяльністю у цьому Кодексі розуміється діяльність суб'єктів господарювання у сфері суспільного виробництва, спрямована на виготовлення та реалізацію продукції, виконання робіт чи надання послуг вартісного характеру, що мають цінову визначеність",

а стаття 2 цього Кодексу визначає мету господарської діяльності наступним чином: "Господарська діяльність, що здійснюється для досягнення економічних і соціальних результатів та з метою одержання прибутку, є підприємництвом, а суб'єкти підприємництва – підприємцями" [10]. Про те, що господарська діяльність може здійснюватись і без мети одержання прибутку (некомерційна господарська діяльність) у цьому документі не йдеться. Отож, незважаючи на всі заспокоєння населення щодо приватизації закладів охорони здоров'я, суть очікуваних реформ не міняється – ми переходимо до системи діяльності закладів охорони здоров'я, які працюватимуть на прибуток за рахунок хворих з усіма наступними наслідками.

Прикладом вирішення проблеми доступності медичної допомоги, зорієнтованої на платоспроможність населення, є відкриття нового гібридного Українського центру томотерапії. Це перший у країні проект державно-приватного партнерства в онкологічній галузі. Стверджується, що це європейська модель розвитку медицини, в якій поєднуються інтереси пацієнта, держави та інвестора [9].

Зрозуміло, що інтереси інвестора задовольнятимуться прибутком, інтереси держави – економією коштів. А говорити про інтереси пацієнта можна лише з позицій його платіжних спроможностей. В Україні понад мільйон онкологічних хворих. До ризику захворіти онкологією схильні кожний третій чоловік і кожна п'ята жінка. Це дуже велика кількість пацієнтів. 70–80% онкохворих потребують променевої терапії [11].

Вартість послуг цього Центру за мінімумом наступна: вартість консультації лікаря онколога – 200 грн., лікаря радіолога теж 200 грн., одне обстеження на магнітно-резонансному томографі вартує від 600 грн., тобто всього 1000 грн. [12]. Слід звернути увагу на те, що це стосується лише мінімальної діагностичної процедури.

У ракурсі меценатства у рамках державно-приватного партнерства всі діти Кіровоградщини, в яких підозрюють розвиток онкологічної патології, з 2016 р. лікуватимуться в Центрі томотерапії безкоштовно. Також щороку 50 дорослих пацієнтів обласного онкодиспансеру зможуть безоплатно отримати медичну допомогу в УЦТ, що становить 2,5% від річної потужності закладу. Усього центр зможе прийняти до 2 тис. пацієнтів на рік.

Як бачимо, попри спробу розв'язати проблеми доступності медичних послуг через імплементацію механізму державно-приватного партнерства, останній не знайшов належного поширення в Україні та не вирішив питання нестачі фінансових ресурсів в охороні здоров'я.

Висновки. Викладене вище дозволяє зробити висновок, що в умовах впровадження інновацій у систему охорони здоров'я, слід враховувати місію закладу охорони здоров'я і зважати насамперед на інтереси пацієнта.

Орієнтація на покращення інноваційного клімату в закладах охорони здоров'я на засадах госпрозрахункової діяльності в будь-якому варіанті в кінцевому результаті буде забезпечуватись за рахунок пацієнтів, що неминуче призведе до обмеження доступності до медичної послуги. Така ситуація є загрозливою в плані потенційної небезпеки розвитку епідемій, депопуляції чи деградації населення.

Будь-які моделі госпрозрахункової діяльності в закладах охорони здоров'я орієнтуватимуть лікаря на зацікавленість у хворому пацієнтові, а не на здоров'я людини і не на профілактику захворювань.

На основі вищевикладеного вбачаємо за доцільне в основу інноваційного розвитку стратегії закладу охорони здоров'я закладати пріоритетну зацікавленість у превентивних медичних послугах над лікувальними.

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи означені ризики, вбачаємо за доцільне зосередити подальші дослідження на запровадженні соціально-превентивних методів управління інноваціями у закладах охорони здоров'я.

Література

1. Закон України "Про Державний бюджет України" 2000–2014 рр.
2. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>
3. Звіт Рахункової палати за 2013 рік. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16744990/Zvit_2013.pdf
4. Дерманська Л. В Особливості національної інноваційної системи в умовах глобалізації / Л. В. Дерманська // Стратегія розвитку підприємництва: теорія, організація, практика : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., (м. Тернопіль, 12–13 берез. 2009 р.). – Тернопіль : Вектор, 2009. – Ч. 2. – С. 134–136.
5. Новая система финансирования больниц привела к махинациям [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://top.rbc.ru/economics/17/05/2015/5555eabb9a794706628e8a21>
6. Снігур Х. А. Інноваційна політика підприємств у забезпеченні їх конкурентоспроможності / Х. А. Снігур // Світ фінансів. – 2011. – Вип. 4. – С. 200–204.
7. Предпосылки внедрения в России оплаты больничной помощи на основе клинко-статистических групп [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/organizacionno-metodicheskie_materialy/Son_KSG.pdf
8. Медичне страхування та його особливості в зарубіжних країнах / Українське агентство фінансового розвитку [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.ufin.com.ua/analit_mat/strah_gynok/084.htm
9. Офіційний сайт МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20150622_a.html
10. Господарський Кодекс України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/436-15>
11. УНІАН:<http://www.unian.ua/society/1092347-u-kirovogradi-vidkrili-ukrajinskiy-tsentr-tomoterapiji-dlya-likuvannya-onkologichnih-hvorih.html>
12. <http://tomocenter.com.ua/>

References

1. The Law of Ukraine "On State Budget of Ukraine" 2000–2014.
2. State Statistics Service of Ukraine [electronic resource]. – Access: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
3. Report of the Accounting Chamber of 2013. [Electronic resource]. – Access: http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16744990/Zvit_2013.pdf
4. Dermansky L.V. Features of the national innovation system in the context of globalization / L.V.Dermansky // Strategy of development of entrepreneurship theory, organization, practice: proceeds of the International Scientific and Practical Conference (Ternopil, 12–13 March 2009). – Ternopil: Vektor, 2009 – Part 2. – pp. 134–136.
5. The new system of hospital financing has led to fraud [electronic resource]. – Access : <http://top.rbc.ru/economics/17/05/2015/5555eabb9a794706628e8a21>

6. Snigur K.A. *Innovative policy of enterprises to ensure their competitiveness* / K.A. Snigur // *In the world of finance*. – 2011. – Vol. 4. – pp. 200–204.
7. *Prerequisites for introduction of payment for hospital care in Russia on the basis of clinical-statistic groups* [electronic resource]. – Access: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/organizacionno-metodicheskie_materialy/Son_KSG.pdf
8. *Health insurance and its features in foreign countries* / *Ukrainian Financial Development Agency* [electronic resource]. – Access: http://www.ufin.com.ua/analit_mat/strah_rynok/084.htm
9. *Official website of the Ministry of Health* [electronic resource]. – Access: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20150622_a.html
10. *Commercial Code of Ukraine* [electronic resource]. – Access: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/436-15>
11. UNIAN: <http://www.unian.ua/society/1092347-u-kirovogradi-vidkrili-ukrajinskiy-tsentr-tomoterapiji-dlya-likuvannya-onkologichnih-hvorih.html>

Редакція отримала матеріал 23 вересня 2015 р.