

1. Бандурка О.М., Духов В.Є., Петрова К.Я., Червяков І.М. *Основи економічної безпеки: Підручник*. – Харків: Вид-во Нац. ун-ту внутр. справ, 2003. – 236 с. 2. Дубецька С.П. *Економічна безпека підприємств України // Недержавна система безпеки підприємництва як суб'єкт національної безпеки України: Збірник матеріалів науково-практичної конференції, Київ, 16–17 травня 2001р. / Редкол.: І.І. Тимошенко (голова) та ін. – К.: Вид-во Європ. ун-ту, 2003. – С.146–171.* 3. Кириєнко А.В. *Механізм досягнення і підтримки економічної безпеки підприємства: Дис... канд. екон. наук: 08.06.01. – К., 2000. – 186 с.* 4. Ліпкан В.А. *Безпекознавство: Навч. посібник* - К.: Вид-во Європ. ун-ту, 2003.-208 с. 5. Низенко Э.И. *Обеспечение безопасности предпринимательской деятельности: Учеб. пособие*. – К.: МАУП, 2003. – 124с. - Библиогр.: С.118–121. 6. *Основы экономической безопасности. (Государство, регион, предприятие, личность / Под ред. Е.А. Олейникова. – М.: ЗАО "Бизнес-школа "Интел-Синтез", 1997. – 288 с.* 7. Пастернак–Таранушенко Г. *Результати дослідження шляхів забезпечення економічної безпеки України // Економіка України. – 2000. – №11. – С.21–28.* 8. Соснин А.С., Прыгунов П.Я. *Менеджмент безопасности предпринимательства: Учеб. пособие*. – К.: Изд-во Европ. ун-та, 2002. – 357с. 9. Шембель Ю.С. *Прогнозування кризового стану підприємства та обґрунтування комплексу заходів антикризового управління: Автореф. дис...канд. екон. наук: 08.06.01//Національна металургійна академія України. – Дніпропетровськ, 2002. – 21с.* 10. Ярочкин В.И. *Система безопасности фирмы. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Ось-89, 2003. – 352 с.*

УДК 330

А.М. Кричківська, В.Г. Червецова, Л.Д. Болібрux, В.П. Новіков
Національний університет „Львівська політехніка”

ФАРМАКОЕКОНОМІКА: ФОРМУВАННЯ ВИТРАТ В СИСТЕМІ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

© Кричківська А.М., Червецова В.Г., Болібрux Л.Д., Новіков В.П., 2004

Аналізуються літературні дані та практичний досвід застосування методів фармакоеконіміки в створенні медичних експертних стандартів для системи страхової медицини України. Виявлені позитивні сторони застосування такої системи страхування в умовах ринкової економіки.

Literature dates and practical experience of using of pharmaceutical economy methods in the formation of medical expert standards for the system of medical insurance in Ukraine has been analyzed. Positive sides of using this insurance system under market economy circumstances have been established.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями. Однією з найважливіших задач сучасної медицини є створення оптимальної системи для забезпечення охорони здоров'я населення. Вирішенню цієї проблеми сприяє розвиток фармакоеконіміки – нової галузі фармацевтичної науки, яка вивчає співвідношення між держбюджетним фінансуванням на охорону здоров'я та реальними витратами на медичну діагностику, фармакотерапію, утримання хворого в лікувальному закладі тощо [1, 2, 3].

Аналіз досліджень та публікацій, в яких започатковано вирішення цієї проблеми. Як показує аналіз літературних даних [2] і практичний досвід, впровадження системи страхової медицини в Україні поки що не вийшло на державний рівень. Кошти, які виділяються державою, не забезпечують належну медичну допомогу як в ургентних випадках, так і при лікуванні хронічних хворих. Тому виникла необхідність в створенні альтернативного медичного забезпечення хворих,

яке б складалось з держбюджетних коштів, соціального страхування та відшкодувань безпосередньо хворим.

Цілі статті. Провести аналіз практичного досвіду застосування фармакоекономіки в створенні медичних експертних стандартів (МЕСів) для страхової медицини.

Виклад основного матеріалу досліджень із повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. У 1998 – 2001 роках в Центральній транспортній клінічній лікарні (ЦТКЛ) на Львівській залізниці вперше на Україні був проведений експеримент з впровадження страхової медицини. До експерименту була залучена одна страхова компанія „ФІНЕКО”, але, як показав досвід, надалі до цієї справи можна залучати дві і більше страхових компаній.

На початку досліджень перед медичним та провізорським персоналом лікарні постало завдання проаналізувати нозології захворювань та створити МЕСи для подальшого їх використання в страховій медицині.

Виходячи з літературних даних [4, 5], було проаналізовано наявну класифікацію економічних витрат на фармакотерапію і діагностику, згідно з якою кошти на лікування хворого розподіляли за такими категоріями:

- релевантні та нерелевантні (relevant and non relevant medical costs);
- прямі медичні (direct medical costs);
- прямі немедичні (direct non-medical costs);
- непрямі (indirect costs).

До релевантних належать витрати, які є важливими для особи, для якої виконуються аналізи або ведуться дослідження. Ці витрати замовник оплачує самостійно. Релевантні витрати враховує виробник при формуванні ціни на свої лікарські засоби.

Прямі медичні витрати – це витрати, які мають безпосереднє відношення до лікування захворювання. Вони відшкодовуються з джерел, що виділяє страхова компанія або з державних коштів на страхову медицину.

До прямих немедичних витрат відносять витрати, які пов'язані з лікуванням даного хворого і враховують особливості захворювання у даного пацієнта. Вони відшкодовуються безпосередньо хворим або, як виняток, надходять з джерел соціального страхування чи інших джерел, наприклад, за рахунок спонсора.

Прямі немедичні витрати містять вартість доставки хворого до медичного закладу, вартість безрецептурних ліків, витрати на дієтичне харчування хворого, а також витрати на допомогу з непрацездатності.

Для створення МЕСів важливе значення мають прямі медичні витрати. Серед них розрізняють:

- фіксовані (fix costs);
- варіабельні (variable costs);
- середні (average costs);
- необчислювальні (intangible costs).

Фіксовані витрати незмінні і не залежать від результатів лікування. В ці витрати входять витрати закладу (інституціонарні) – опалення, водопостачання, освітлення, ремонт приладів і т.д. У ЦТКЛ вони були підраховані господарською частиною по відділеннях лікарні і подані на один ліжко-день перебування хворого. Як показує досвід, фіксовані витрати відрізнялись залежно від специфіки відділення.

В одному випадку обчислювались дні перебування хворого в стаціонарі до операції, проведення самої операції, час в реанімаційний та в післяопераційний період. В іншому випадку вираховувався весь термін перебування у терапевтичному відділенні (10–12 днів). Фіксовані витрати переглядались один раз на рік.

До категорії фіксованих прямих медичних витрат входять так звані фіксовані стандартні витрати, які передбачають витрати на конкретну технологію лікування, яка мінімально залежить від індивідуальних реакцій хворого. Вони містять вартість лікарських засобів, що призначаються за даною лікувальною схемою. В ці витрати, наприклад, могли входити: вартість антибіотика для профілактичного прийому в післяопераційний період, кількість флаконів ізотонічного розчину для післяопераційного промивання при трансуретральній резекції, визначення рівня ліпідів при лікуванні гіполіпідемії.

З визначенням суми на фіксовані витрати не виникало проблем.

Найскладніше у МЕСах було обрахування варіабельних витрат. Вони зумовлені біологічною різноманітністю хворих, їх індивідуальною реакцією на той чи інший препарат. Найчастіше варіабельні витрати пов'язані з підбором індивідуальної дози лікарського засобу з врахуванням віку, маси пацієнта або з необхідністю усунення побічної реакції на препарат.

З'ясувалось, що варіабельні витрати у МЕСах врахувати практично не можливо. Тому сума витрат після підрахунку множилась на коефіцієнт, закладений страховою компанією, що давало змогу скорегувати лікування конкретного хворого.

Доведено, що застосовування показника середніх витрат в даному випадку було б недоцільним. Ця стаття містила витрати на обстеження та лікування певної нозології у різних схемах, які могли суттєво відрізнитись як технологією застосування, так і якістю лікарських засобів. Наприклад, витрати на антибіотикотерапію пневмонії на сім днів можуть становити при лікуванні ампіциліном + ністатином (у табл.) 20 грн., при лікуванні макропенон + дифлюканом – 600 грн. Середнє значення цих двох сум для практичного застосування не придатне.

Тому було запропоновано хворих умовно поділити на три підгрупи за купівельною спроможністю: низька, середня і висока.

Згідно з цією класифікацією виявився можливим розподіл фармакотерапії на такі групи:

- 1) "життєво необхідну" фармакотерапію – для хворих з низькою купівельною спроможністю;
- 2) "оптимальну" фармакотерапію – для хворих з середньою купівельною спроможністю;
- 3) "ідеальну" фармакотерапію – для хворих з високою купівельною спроможністю.

На жаль, в нашій державі кількість громадян, які здатні самостійно фінансувати лікування, обмежена. Більшість населення належить до категорії громадян з низькою купівельною спроможністю. Лікування цих громадян фінансується за рахунок бюджетних коштів. Враховуючи, що Наказом МОЗ України та Міністерства економіки та з питань європейської інтеграції України від 03.12.2001 р. за номером 480/294 про обмеження переліку медикаментів, які можуть бути закуплені за бюджетні кошти [3], можна зробити припущення, що хворий з низькою купівельною спроможністю, потрапивши в стаціонар, буде позбавлений необхідних для нього ліків.

Щоб компенсувати рівень „життєво необхідної” фармакотерапії та довести його до рівня „оптимальної”, ми пропонуємо задіяти кошти страхової медицини.

Для цього у ЦКТЛ було проведено фармакоекономічний аналіз у три етапи:

Етап 1. Визначення структури захворюваності, провідних нозологій та їх динаміки. Кількість нозологій в кожному відділенні ЦКТЛ бралась з даних медичної статистики (історії хвороб, карти амбулаторних хворих). Кожній нозології був присвоєний відповідний код. Загальна кількість нозологій становила близько 1500 найменувань.

Етап 2. Аналіз медичних технологій, які використовуються при досліджуваному захворюванні. Провідні спеціалісти кожного відділення проводили експертну оцінку існуючих технологій лікування, погоджуючи їх з літературними даними та враховуючи специфіку даного регіону і власний досвід. На другому етапі були отримані переліки необхідних медикаментів і розхідного матеріалу для кожної нозології. У фармацевтичному відділенні лікарні обчислювалась сума вартості ліків і розхідного матеріалу на курс лікування та відповідно проводились розрахунки на один ліжко-день. Ці дані подавались у центр страхової медицини, де заносились в карти медикаментів. Такі карти наведені у табл. 1, 2, 3.

Таблиця 1

Карта медикаментів при виразковій хворобі шлунка

Виразкова хвороба шлунка (531) Сума за препарати : 6.1200 грн.					
№ п/п	Назва товару	Одиниця виміру	Кількість	Ціна, грн.	Сума, грн.
1	Альмагель флакони по 170 мл	упаковки	0,1000	3,4500	0,3500
2	Вікалін табл. № 10	упаковки	0,1000	0,7000	0,0700
3	Метацин амп. 0,1% р-ну по 1 мл № 10 д/ІН	упаковки	0,1000	0,7200	0,0700
4	Платифіліну гідротартрат амп. 0,2% р-ну по 1 мл № д/ІН	упаковки	0,1000	3,4100	0,3400
5	Солкосеріл амп. 2 мл № 25 д/ІН	упаковки	0,1000	75,3400	3,0100
6	Тіаміну хлорид амп. р-ну по 1 мл № 10	упаковки	0,1000	1,5000	0,1500
7	Ціметидин (тагамет, цінамет) табл. По 0,2 № 100	упаковки	0,1000	8,8700	0,0900
8	Церукал амп. по 2 мл № 10 д/ІН	упаковки	0,1000	13,4200	1,3400
9	Шприц одноразовий на 2,0 мл	штуки	5,0000	0,1400	0,7000

Таблиця 2

Карта медикаментів при гіпертонічній хворобі

Гіпертонічна хвороба (402) Сума за препарати : 14, 8200 грн.					
№ п/п	Назва товару	Одиниця виміру	Кільк.	Ціна, грн.	Сума, грн.
1	Атенолол табл. по 0,1 № 100	упаковки	0,0300	3,5000	0,1100
2	Ацетон (каптопріл) табл. № 100	упаковки	0,0300	26,3900	0,7900
3	Верапамілу г/х амп. 0,25 № 10	упаковки	0,1000	1,2700	0,1300
4	Гемі тон табл. По 0,075 мг № 100	упаковки	0,0200	21,6700	0,4300
5	Глюкоза флакони 5% р-ну по 200 мл д/ІН	флакони	1,0000	1,6000	1,6000
6	Дібазол амп. 1% р-ну по 5 мл № 10 д/ІН	упаковки	0,1000	1,6000	0,1600
7	Енап табл. 20 мг № 20	упаковки	0,1000	25,3600	2,5400
8	Кавінтон амп. 0,5 р-ну по 2 мл № 10 д/ІН	упаковки	0,1000	18,0700	1,8100
9	Калію хлорид флакони 4% р-ну по 100 мл	флакони	1,0000	0,5200	0,5200
10	Клофелін табл. по 0,000075 № 50	упаковки	0,0200	0,7800	0,0200
11	Корінфар драже по 0,01 № 100	упаковки	0,0300	9,3500	0,2800
12	Мікстура Павлова флакони по 400 мл	флакони	0,2000	0,5200	0,1000
13	Ніфедипін табл. по 10 мг № 40	упаковки	0,0750	2,1500	0,1600
14	Пан ангін драже № 50	упаковки	0,0600	4,6500	0,2800
15	Папаверину гідрохлорид ам 2% р-ну по 2 мл № 10 д/ІН	упаковки	0,1000	1,7000	0,1700
16	Система для переливання інфузійних розчинів	комплект	1,0000	2,1000	2,1000
17	Трирезид-к драже № 40	упаковки	0,0500	2,1100	0,1100
18	Фуросемід табл. по 0,04 № 50	упаковки	0,0200	2,6000	0,0500
19	Церебролізін амп. по 1 мл № 10 д/ІН	упаковки	0,1000	26,3900	2,6400
20	Цинаризин табл. по 0,25 № 50	упаковки	0,0600	2,8000	0,1700
21	Шприц однор. на 2,0 мл	штуки	3,0000	0,1400	0,4200
22	Шприц однор. на 5 мл	штуки	1,0000	0,2300	0,2300

Карта медикаментів при гострому міокардиті

Гострий міокардит (4229) Сума за препарати : 19,5800 грн.					
№ п/п	Назва товару	Одиниця виміру	Кількість	Ціна, грн.	Сума, грн.
1	Ібупрофен табл. по 0,4 № 100	упаковки	0,0300	3,2200	0,1000
2	Бензилпеніциліну натрієва сіль флакони по 500 т од д/ІН	флакони	4,0000	0,4000	1,6000
3	Глюкоза флакони 5% р-ну по 200 мл д/ІН	флакони	1,0000	1,6000	1,6000
4	Ериніт табл. по 0,01 № 50	упаковки	0,1200	3,5500	0,4300
5	Калію хлорид флакони 4% р-ну по 100 мл	флакони	1,0000	0,5200	0,5200
6	Нітрогліцерин табл. по 0,0005 № 40	упаковки	0,0500	0,8100	0,0400
7	Нітронг форте табл. по 0,0065 № 25	упаковки	0,1200	8,6300	1,0400
8	Нітросорбід табл. по 0,01 № 50	упаковки	0,0600	4,1800	0,2500
9	Панангін драже № 50	упаковки	0,0600	4,6500	0,2800
10	Преднізолон амп. по 30 мг по 1 мл № 3 д/ІН	упаковки	0,3000	5,7100	1,7100
11	Ретаболіл амп. 5% р-ну по 1 мл д/ІН	упаковки	1,0000	8,7100	8,7100
12	Система для переливання інфузійних розчинів	комплекти	1,0000	2,1000	2,1000
13	Шприц одноразовий на 2мл	штуки	2,0000	0,1400	0,2800
14	Шприц одноразовий на 5мл	штуки	4,0000	0,2300	0,9200

Таких карт передбачалось три. Залежно від вартості ліків, що були в них включені, вартість лікування варіювала, причому розбіжність могла становити від десятків до сотень гривень.

Етап 3. Визначення шляхів фінансування. На сучасному етапі економічного розвитку України можна виділити такі шляхи фінансування:

- бюджетні кошти (обсяг асигнувань на лікувальний заклад, у тому числі на відділення, ліжко-день, зокрема, на лікарські засоби);
- самофінансування хворим, яке сьогодні є найпоширенішим;
- кошти страхових компаній.

Поєднання та перерозподіл вищевказаних шляхів фінансування дали можливість створення трьох карт за однією нозологією.

Перша карта складалась для лікування страхового хворого, який фактично самофінансував лікування на першому етапі. Друга карта – для хворого, що лікувався за кошти держбюджету. Третя – для хворих з так званим „змішаним” видом фінансування (держбюджет + власні кошти).

Страхові кошти, які були отримані від хворих, що могли собі забезпечити „ідеальну фармакотерапію” (Карта N1), частково, за рахунок відсотка націнки, могли перерозподілятися на „оптимальну фармакотерапію” (Карта N3) та суттєво доповнювати бюджетні кошти на „життєво необхідну фармакотерапію” (Карта N2).

Наприклад, хворий-залізничник за необхідності міг лікуватись не пірацетамом, а ноотропілом чи кавінтоном, які оплачувались коштами страхової компанії.

Слід зазначити, що на той час страхування в Україні велось лише у терміновій формі, а довгострокове (нагромаджувальне) страхування не провадилось. На даному етапі, в зв'язку зі стабілізацією національної валюти, ряд компаній провадять нагромаджувальне страхування, що є додатковим стимулом для населення вкладати кошти у медичне страхування.

За фармакологічними картами у центрі страхової компанії створювались карти лікування (табл. 4).

Для зручності користування та більшої інформативності така карта поділялась на три частини. Перша частина містила паспортні дані:

- вид лікування
- група нозології
- код нозології
- важкість захворювання
- код курсу лікування
- номер страхового полісу
- П І Б хворого
- тривалість лікування (обстеження)
- код відділення
- ГНОЗ

Друга частина містила послуги параклінічних відділень. В цю частину вносились стандартні дослідження, які необхідні та/або фактично виконані з обов'язковим підписом працівника, який надавав параклінічну послугу.

Третя частина містила шифр та найменування медикаментів згідно із стандартом за даною нозологією. В цій частині передбачалась фіксація розподілу коштів (держбюджет, страхова компанія, пацієнт), що дало можливість підрахувати фактично витрачені кошти та їх співвідношення зі стандартом. У графу про виконання матеріально-відповідальна особа вносила кількість фактичних затрат за особистим підписом.

Висновки. Набутий у ЦКТЛ досвід яскраво виявив позитивні сторони застосування системи медичного страхування та необхідність створення системи державного медичного страхування. На базі однієї лікарні за три роки було обстежено та проліковано на порядок більше хворих, ніж дозволяли бюджетні кошти.

Таблиця 4

Карта лікування при опіку ока

ФІНЕКО		КАРТА ЛІКУВАННЯ				ТРАНСМЕДСТРАХ			
Лікувально-профілактична установа: Центральна транспортна клінічна лікарня									
Найменування курсу лікування – Опік ока									
Вид лікування - Дор. Станц.		Важкість захворювання - 0							
Група нозологій - 17		Код нозології - 940		Код курсу лікування -					
№ полісу - _____ Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____									
Дата початку лікування ____/____/ 200__ р. закінчення лікування ____/____/ 200__ р.									
Тривалість лікування / обстеження, діб : згідно МЕС - 3 фактично - _____									
Код відділення - 313, 580 гноз									
№ п/п	Шифр послуг параклінічних від.	Найменування послуг	За стандартом		Фактично	Позначки про викон.			
			основна нозол.	супутні нозол.		код медпрацівн.	підпис		
1	140/010	ЕКГ дослідження	1	0					
2	130/030	Визначення цукру крові	1	0					
3	140/010	Загальний аналіз крові	1	1					
4	140/090	Загальний аналіз сечі	1	1					
5	140/170	Досл. калу на яйця глист	1	0					
6	150/050	Визн. резус-фактора	1	0					
7	330/015	Прийом лікаря	1	2					
№ п/п	Шифр медикаментів	Найменування медикаментів	За стандартом		Фактично			Позначки про виконання	
			основна нозол.	супутні нозол.	ЛПУ	страх. компан.	пацієнт	код медпрацівн.	підпис
1	0140-002-7	Марля	1						
2	0140-003-9	Вата	10						
3	084A-001-7	Гепарін	2						
4	087A-001-9	Поліглокін	1						
5	111B-016-0	Бісептол - 480	6						

Практичний досвід свідчить, що в умовах ринкової економіки для визначення потреби в лікарських засобах, включаючи вартісні аспекти, особливо ідентифікацію всіх витрат на рівні лікувального закладу, необхідно використовувати методичні підходи фармакоекономіки та досвід зарубіжних страхових компаній.

1. Закон України „Про лікарські засоби” від 04.04.1996 // Відомості Верховної ради України. – 1996. – №22. – С. 86. 2. Заліська О.М. Фармакоекономіка: Теоретичні основи фармакоекономіки: Навч. посібник / За ред. Б.Л. Парновського. – Львів: „Простір-М”, 2000. – Ч.1. – 64 с. 3. Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство економіки та з питань європейської інтеграції України. Наказ № 480/294 від 03.12.2001 “Про затвердження переліку вітчизняних та імпортованих лікарських засобів і виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню” // Сборник нормативных документов по аптечному делу в Украине. – К.: Фирма „Горизонт”. – 2002. – С. 97–128. 4. Johansson M., O'Breen B.D. // Med. Decision Making. – 1998. – №18. – P.1–3. 5. Goold S.D., Vijan S. // J. Lab. Clin. Med. – 1998. – №132 (5). – P. 376–382.

УДК: 346.546:346.546.4:346.546.7

Н.Л. Станько

Національний університет “Львівська політехніка”

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ПІДТРИМКИ ТА СТВОРЕННЯ КОНКУРЕНТНОГО СЕРЕДОВИЩА

© Станько Н.Л., 2004

Наведено відмінності у теоретичному та практичному підході щодо трактування терміна „монопольна фірма” та „домінуюча фірма”. Сформульовано визначення терміна „суб'єкт господарювання з ринковою владою”. Визначено елементи моніторингової діяльності, а також функції та обов'язки органів, які беруть участь у формуванні конкурентних відносин в національній економіці.

The article direct to the theoretical and practical differences between terms of “monopoly firm” and “dominant firm”. The author formulations the definition of the “person with market power”. In this article there is definition of monitoring activity elements, the functions and responsibilities organs, which take part in formation competitive relations in national economy.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Проблеми створення та підтримки конкурентного середовища в національній економіці дедалі частіше набувають актуальності, оскільки суб'єкти господарювання зацікавлені здійснювати господарську діяльність, перебуваючи у конкурентних взаємовідносинах зі своїми контрагентами. У процесі глобалізації національної економіки та інтеграції насамперед у європейське співтовариство виникають проблеми забезпечення сприятливих умов для створення конкурентного середовища та практичних механізмів регулювання конкурентних взаємовідносин, які існують паралельно з недосконалістю інформаційного забезпечення діяльності. Проблеми потребують вирішення як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми. Для вирішення проблем конкурентних взаємовідносин необхідно вивчати, з одного боку, економічні, а з іншого – правові аспекти організування та регулювання конкуренції на товарних ринках. З економічної точки зору вагомий внесок у розв'язання окреслених питань внесли