

УДК 368.9.06

Н.С. Зенченко, аспірант

Чернігівський державний технологічний університет, м. Чернігів, Україна

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ГОТОВНОСТІ РЕГІОНУ ДО СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

Запропоновано методику визначення рівня готовності регіонів України до надання медичної допомоги на засадах страхової медицини з використанням найбільш змістовної та доступної статистичної інформації.

Предложено методику определения уровня готовности регионов Украины к предоставлению медицинской помощи на основах страховой медицины с использованием наиболее содержательной и доступной статистической информации.

Proposed method for determining the level of preparedness of the regions of Ukraine to provide medical care based on medical insurance, using the most inclusive and accessible statistical information.

Постановка проблеми. За роки незалежності реальний стан вітчизняної здравоохорони не тільки не поліпшився, а й суттєво погіршився. Поглибилася диспропорція між гарантіями держави щодо медичного забезпечення населення та її фактичними можливостями, оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я відбувається повільними темпами, більшість обладнання є технічно і морально застарілим, рівень заробітної плати та забезпечення житлом медичних працівників є вкрай низьким, що обумовило дефіцит кадрів та їх безвідповідальне ставлення до пацієнта. Всі ці явища підкреслили необхідність реформування галузі і пошуку нових механізмів її забезпечення та реалізації конституційних прав громадян на отримання безкоштовної якісної медичної допомоги.

Більшість науковців та політиків вже давно визнали страхову медицину (СМ) як єдиний шлях, що зможе забезпечити подолання кризи вітчизняної охорони здоров'я. Але окрім того, що й досі відсутній закон, який регламентує обов'язкове медичне страхування (МС) всього населення, на заваді успішному впровадженню реформи та подальшому ефективному функціонуванню галузі на нових засадах може стати непідготовленість регіонів до цього процесу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблемам реформування галузі охорони здоров'я, СМ та МС присвячені наукові праці багатьох науковців, зокрема: В.Г. Бідного, В.М. Лехан, В.І. Куценко, О.П. Перетяки, В.Р. Григоровича, О.Є. Губар, М.М. Шутова, Д.В. Карамішева, А.І. Литвака, Є.О. Малік, М.В. Мниха, Н.Г. Нагайчук, Я.Ф. Радиша, В.В. Рудень та ін.

Підходи вчених до визначення територіальних відмінностей та диспропорцій розвитку охорони здоров'я регіону описані в працях Е.В. Ковжарової, Д.А. Арзянцевої, Т.М. Носуліч та ін.

Проте ретельний аналіз наукової літератури показав, що методика, яка б надавала можливість оцінити стан підготовки регіону до реформування галузі охорони здоров'я на страхових засадах, відсутня.

Постановка завдання. Метою цієї статті є розробка методики визначення рівня готовності регіону до СМ, що дозволить своєчасно виявити й усунути існуючі недоліки.

Виклад основного матеріалу. Готовність регіону до СМ, на думку автора, визначається готовністю до відповідних змін чотирьох суб'єктів МС: застрахованих (населення), страхувальників, страховиків та надавачів медичних послуг. Так, зацікавленість населення, що має бути застраховане, залежить від демографічних показників та рівня

здоров'я. Чим гірший стан здоров'я, тим більше витрачається особистих коштів на лікувально-профілактичні послуги, на медикаменти та інші засоби медичного призначення, відповідно населення більше готове до прийняття тих механізмів забезпечення галузі, що дозволять отримати доступні й якісні послуги, уникнути непередбачених фінансових витрат. Страхову культуру населення характеризує кількість застрахованих за договорами добровільного МС та членів лікарняних кас в області. З іншого боку, ці показники, разом з кількістю пролікованих за відповідними програмами, обсягом страхових премій (обсягом залучених коштів – для лікарняних кас) та обсягом страхових виплат (обсягом коштів витрачених на лікування – для лікарняних кас), є індикаторами діяльності страхових компаній, що здійснюють добровільне МС, і лікарняних кас. Інтерес роботодавців у забезпеченні своїх робітників медико-профілактичною допомогою належного рівня може бути доведений за допомогою розрахунку економічних втрат внаслідок захворюваності, інвалідності і смертності працездатного населення. Готовність надавачів медичних послуг характеризується показниками їх діяльності, кадрового та матеріально-технічного забезпечення – чим вони адекватніше потребам населення, тим вище ступінь готовності.

Тому вважаємо доцільним проведення групування адміністративних територій за рівнем готовності до СМ з допомогою інтегральних показників (індексів), що характеризують рівень готовності кожного з суб'єктів МС і поєднують відібрані часткові показники.

Алгоритм цього дослідження повинен включати декілька етапів: 1) відбір найбільш інформативних показників, що характеризують готовність до СМ кожного з суб'єктів МС за допомогою методу експертних оцінок і враховуючи наявність статистичної інформації; 2) стандартизація показників; 3) розрахунок інтегральних індексів, що відображають рівень готовності до СМ кожного з суб'єктів МС; 4) вибір шкали оцінювання для кожного індексу; 5) розробка критеріїв для комплексної оцінки рівня готовності адміністративної території до СМ; 6) групування адміністративних територій за рівнем готовності до СМ.

Готовність роботодавців, що виступатимуть страхувальниками для працівників, як зазначалося, залежить від економічних втрат внаслідок смертності, інвалідності та тимчасової непрацездатності населення працездатного віку, тому до першої групи віднесемо такі показники: смертність населення працездатного віку в розрахунку на 1000 населення; кількість днів тимчасової непрацездатності у середньому на одного штатного працівника, годин; первинна інвалідність населення працездатного віку в розрахунку на 10000 відповідного населення.

Готовність страховиків оцінити важко, оскільки в Україні поширене МС лише на добровільних засадах. За таких умов логічно дослідити показники діяльності відповідних страхових компаній та лікарняних кас, тому вважаємо доцільним врахувати наступні показники:

- питома вага кількості застрахованих за програмами добровільного МС до загальної кількості населення, %;
- питома вага кількості членів лікарняних кас до загальної кількості населення, %;
- страхові премії в розрахунку на одного застрахованого за програмами добровільного МС, грн;
- обсяг залучених коштів у розрахунку на одного члена лікарняної каси, грн;
- страхові виплати в розрахунку на одного пролікованого застрахованого;
- обсяг витрачених коштів на одного пролікованого члена лікарняних кас, грн;
- обсяг коштів, що надійшли від страхових компаній до закладів охорони здоров'я за обслуговування застрахованих, як процентів від бюджетних видатків на охорону здоров'я;

– обсяг коштів, витрачених лікарняними касами на лікування, як процентів від бюджетних видатків на охорону здоров'я.

Перші чотири показники також характеризують страхову активність населення та їх можна було б віднести і до наступної групи, але оскільки вони більшою мірою залежать від діяльності страховиків у просуванні на ринку й популяризації серед населення відповідних продуктів, то більш доцільним за їх допомогою характеризувати готовність страховиків.

До третьої групи показників, що характеризують готовність населення до СМ, пропонуємо віднести наступні:

- народжуваність, на 1000 населення;
- смертність малюків, на 1000 народжених живими;
- захворюваність у розрахунку на 10000 населення;
- поширеність хвороб у розрахунку на 10000 населення;
- відсоток осіб, що отримали медичні послуги за програмами добровільного МС серед застрахованих за цими програмами, %;
- відсоток пролікованих членів лікарняних кас серед усіх членів лікарняних кас, %;
- середньомісячна номінальна заробітна плата в розрахунку на одного працівника, грн.

Чим гірші демографічні дані та показники здоров'я населення, тим більш воно готове до змін. Також логічно припустити, що чим більше осіб, які застраховані страховими компаніями або залучені до лікарняних кас, отримали медичну допомогу за рахунок коштів страховиків, тим більша мотивація населення до участі у страхових програмах. Рівень заробітної плати обумовлює можливість сплачувати страхові внески. Крім того, його зацікавленість в отриманні медичної допомоги за програмами добровільного МС залежить від рівня заробітної плати – чим вона більша, тим більше прагнення отримати послуги на більш високому рівні.

Готовність надавачів медичних послуг до ефективної роботи на нових засадах пропонуємо оцінити за наступними показниками:

- кількість надлишкових (недостатніх) лікарняних ліжок порівняно з потрібною. Потреба в ліжках визначається за наступною формулою [1, с. 104]

$$L_c = \frac{H \times P \times C}{340 \times 100}, \quad (1)$$

де L_c – число необхідних ліжок;

H – кількість населення;

P – відсоток населення, яке направляється на госпіталізацію;

C – пересічна тривалість перебування одного хворого на ліжку в стаціонарі,

– кількість днів простою (перевантаження) лікарняного ліжка;

– коефіцієнт координації стаціонарозамінюючих технологій (СЗТ), що розраховується за формулою [2, с. 65]

$$w_{\text{СЗТ}} = \frac{N_{\text{ЦД}}}{N_{\text{СЗТ}}}, \quad (2)$$

де $w_{\text{СЗТ}}$ – коефіцієнт координації СЗТ;

$N_{\text{ЦД}}$ – кількість хворих у цілодобовому стаціонарі;

$N_{\text{СЗТ}}$ – кількість хворих у денних стаціонарах та стаціонарах вдома;

– % укомплектованості штатних лікарських посад з урахуванням сумісництва;

– % укомплектованості штатних посад середнього медичного персоналу з урахуванням сумісництва;

- фактична кількість штатних посад лікарів загальної практики/сімейної медицини, як % від нормативно встановленої;
- фактична кількість штатних посад середнього медичного персоналу загальної практики/сімейної медицини, як % від нормативно встановленої;
- частка населення прикріпленого до закладів загальної практики/сімейної медицини у % від усього населення;
- фінансування видатків на охорону здоров'я в розрахунку на 1 жителя;
- фінансування сімейної медицини з місцевого бюджету на 1 жителя прикріпленого населення.

Враховуючи те, що обрані показники мають різні одиниці виміру, необхідно провести їх стандартизацію, взявши за базу порівняння середнє значення показника для сукупності. Але, щоб привести до однозначної характеристики показники-стимулятори і показники-дестимулятори, для дестимуляторів стандартизований показник обчислюють як обернену величину [3, с. 403]

$$X'_{ij} = \frac{X_{ij}}{\bar{X}_{ij}}, \quad (3)$$

$$X''_{ij} = \frac{\bar{X}_{ij}}{X_{ij}}, \quad (4)$$

де X'_{ij} – стандартизований i -тий показник-стимулятор для j -тої адміністративної території;

X''_{ij} – стандартизований i -тий показник-дестимулятор для j -тої адміністративної території;

X_{ij} – фактичне значення i -того показника для j -тої адміністративної території;

$\bar{X}_{ij}$ – середнє значення показника X_{ij} .

Для розрахунку інтегральних індексів використаємо багатовимірну середню. Оскільки всі показники системи вважаються рівноважними, то формули інтегральних індексів мають наступний вигляд:

1) індекс готовності роботодавців до СМ:

$$R_j = \frac{\sum_{i=1}^k r_{ij}}{k}, \quad j = 1 \dots m, \quad (5)$$

де R_j – індекс, що характеризує готовність роботодавців для j -тої адміністративної території;

r_{ij} – стандартизований i -тий показник, що характеризує готовність роботодавців для j -тої адміністративної території;

k – кількість показників, $i = 1 \dots k$;

2) індекс готовності страховиків до СМ:

$$S_j = \frac{\sum_{i=1}^k s_{ij}}{k}, \quad j = 1 \dots m, \quad (6)$$

де S_j – індекс, що характеризує готовність страховиків для j -тої адміністративної території;

S_{ij} – стандартизований i -тий показник, що характеризує готовність страховиків для j -тої адміністративної території;

k – кількість показників, $i = 1 \dots k$;

3) індекс готовності населення до СМ:

$$N_j = \frac{\sum_{i=1}^k n_{ij}}{k}, j = 1 \dots m, \quad (7)$$

де N_j – індекс, що характеризує готовність населення для j -тої адміністративної території;

n_{ij} – стандартизований i -тий показник, що характеризує готовність населення для j -тої адміністративної території;

k – кількість показників, $i = 1 \dots k$;

4) індекс готовності надавачів медичних послуг до СМ:

$$M_j = \frac{\sum_{i=1}^k m_{ij}}{k}, j = 1 \dots m, \quad (8)$$

де M_j – індекс, що характеризує готовність надавачів медичних послуг для j -тої адміністративної території;

m_{ij} – стандартизований i -тий показник, що характеризує готовність надавачів медичних послуг для j -тої адміністративної території;

k – кількість показників, $i = 1 \dots k$.

Отримані значення індексів готовності пропонуємо розбити на дві групи, що відповідають градації шкали оцінювання: високий та низький. Величина інтервалу визначається за формулою [4, с. 80]

$$i = \frac{X_{\max} - X_{\min}}{n}, \quad (9)$$

де i – величина інтервалу;

$X_{\max}$ – максимальне значення інтегрального індексу для всіх територіальних одиниць;

$X_{\min}$ – мінімальне значення інтегрального індексу для всіх територіальних одиниць;

n – число груп.

Комплексну оцінку рівня готовності територіально-адміністративних одиниць до СМ пропонуємо здійснювати за наступними критеріями:

1. Дуже низький рівень – всі інтегральні індекси вказують на низький рівень готовності суб'єктів МС.

2. Низький рівень – один з чотирьох показників вказує на високий рівень готовності відповідного суб'єкта МС.

2.1. Низький з високим рівнем готовності населення.

2.2. Низький з високим рівнем готовності роботодавців.

2.3. Низький з високим рівнем готовності страховиків.

2.4. Низький з високим рівнем готовності надавачів медичних послуг.

3. Середній рівень – два з чотирьох показників вказують на низький рівень готовності відповідних суб'єктів МС.

3.1. Середній з низьким рівнем готовності населення і роботодавців.

3.2. Середній з низьким рівнем готовності населення і страховиків.

- 3.3. Середній з низьким рівнем готовності населення і надавачів медичних послуг.
- 3.4. Середній з низьким рівнем готовності роботодавців і страховиків.
- 3.5. Середній з низьким рівнем готовності роботодавців і надавачів медичних послуг.
- 3.6. Середній з низьким рівнем готовності страховиків і надавачів медичних послуг.
- 4. Високий рівень – один з чотирьох показників вказує на низький рівень готовності відповідного суб'єкта МС.
 - 4.1. Високий з низьким рівнем готовності населення.
 - 4.2. Високий з низьким рівнем готовності роботодавців.
 - 4.3. Високий з низьким рівнем готовності страховиків.
 - 4.4. Високий з низьким рівнем готовності надавачів медичних послуг.
- 5. Дуже високий рівень – всі інтегральні індекси вказують на високий рівень готовності відповідних суб'єктів МС.

Висновки. Запропонована методика дає можливість оцінити готовність до СМ адміністративно-територіальної одиниці не тільки в цілому, а й у розрізі кожного суб'єкта МС, що дозволяє сформувати адекватну регіональну політику щодо реформування охорони здоров'я на страхових засадах. Застосування такої методики є можливим як для порівняння готовності регіонів України, так і для порівняння готовності районів та міст кожного з них. Після введення обов'язкового МС, за аналогією можна буде оцінювати ефективність системи СМ, використовуючи вищевказані показники, індекси та критерії оцінки. Додатковою перевагою є можливість співставлення результатів у динаміці, за певні проміжки часу.

Список використаних джерел

- 1. Вардинець І. С. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: підручник / І. С. Вардинець. – Тернопіль: Лілея, 2002. – 152 с.
- 2. Столяров Г. С. Статистика охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. для самост. вивч. дисц. / Г. С. Столяров, Ю. В. Вороненко, М. В. Голубчиков. – К.: КНЕУ, 2000. – 187 с.
- 3. Рождественська Л. Г. Статистика ринку товарів і послуг: навч. посіб. / Л. Г. Рождественська. – К.: КНЕУ, 2005. – 419 с.
- 4. Болюх М. А. Економічний аналіз: навч. посіб. / М. А. Болюх, В. З. Бурчевський. – К.: КНЕУ, 2003. – 556 с.