Національний інститут раку, Київ

ЄВРОПЕЙСЬКА ПЕРСПЕКТИВА ОЦІНКИ ВИТРАТ ТА РЕНТАБЕЛЬНОСТІ ЛІКУВАННЯ РАКУ В УКРАЇНІ

Ю.Й. Михайлович, А.В. Гайсенко

Адреса:
Михайлович Юрій Йосипович
03022, Київ, вул. Ломоносова, 33/43
Національний інститут раку
Тел.: +38 (044) 257-60-68
E-mail: michailovich@unci.org.ua

Формування здоров'я популяції на 50% залежить від соціальних та економічних чинників. На сьогодні дуже гостро стоїть питання удосконалення фінансування охорони здоров'я, бо це є важливою передумовою подолання негативних явищ в економіці та суспільстві в цілому. Випереджаючі темпи зростання витрат на медичну допомогу порівняно з темпами збільшення приросту валового внутрішнього продукту країни, кризові явища у виробництві обумовлюють пошук шляхів зменшення витрат та раціонального використання наявних ресурсів. В Україні на сучасному етапі соціально-економічного розвитку відсутня концепція ціноутворення надання належної онкологічної допомоги та методика розрахунку необхідних економічно-обґрунтованих витрат для її фінансового забезпечення. Актуальність теми полягає в тому, що рівень забезпечення населення онкологічною допомогою прямо залежить від ефективності фінансування даної галузі. З цього приводу завжди виникали жваві аподиктичні дискусії у країнах із різним рівнем розвитку економіки. Але питання вибору найкращого виду фінансування досі відкрите. Існуюча система охорони здоров'я потребує оптимізації, новітніх адаптаційних технологій, які ґрунтуються на багатоканальній формі фінансування з державною часткою не менше половини, законодавчій базі та економічно зацікавленій спрямованості.

Ключові слова: *моделі системи охорони здоров'я, економічні витрати, економічна ефективність та рентабельність лікування раку, аналіз мінімізації вартості, аналіз ефективності витрат, вартісно-утилітарний аналіз, вартісний аналіз прибутку.*

Здоров'я нації – основа державотворення. Маючи інтегративний характер, воно віддзеркалює соціально-економічне, демографічне, санітарно-гігієнічне, екологічне благополуччя країни, є одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу. Здоров'я, за висловом Платона, існує не саме по собі, а є умовою існування ще більш значущої цінності – життя. Адже можна жити, будучи нездоровим, але не можна, будучи здоровим, не жити [3,7].

Відтворення продуктивних сил, чисельності працездатного населення, збереження генофонду нації є завданнями національної безпеки з метою досягнення економічної конкурентоспроможності нашої держави. Оскільки здоров'я є основним ресурсом держави, саме вона повинна забезпечувати право громадян на здоров'я.

Система охорони здоров'я (СОЗ) відіграє надзвичайно важливу роль у забезпеченні життєдіяльності будь-якого суспільства. Вирішення питання якості та ефективності медичної допомоги населенню, поліпшення якості життя хворого — це ті проблеми, з якими стикаються національні СОЗ усіх без винятку країн світу, незалежно від політичного та економічного устрою суспільства та організації у них СОЗ. Актуальним питанням, яке постає перед українською медичною спільнотою сьогодні, є реформування усієї СОЗ з метою забезпечення справедливості та доступності надання медичної допомоги, задоволення потреб населення в ефективній медичній допомозі з мінімальними фінансовими затратами, запобігання корупції та подолання її проявів, покращання показників здоров'я населення та якості життя хворих [7].

Успіх реформування, перш за все, залежить від моделі фінансування в державі, політичних та соціально-економічних умов, що склалися в країні.

Згідно з даними експертів ВООЗ, за характером фінансування виділяють чотири основні моделі СОЗ. Однозначних загальноприйнятих назв у цих моделей немає, проте описи їх основних параметрів викладаються науковцями, загалом, однаково. Це:

- державна (бюджетна) або система Беверіджа;
- система медичного соціального страхування, або система Бісмарка;
- приватна система (ринкова або платна, американська, система приватного страхування);
- система Семашко (радянська або пострадянська СОЗ) (таблиця) [1, 12].

Це класичні моделі систем охорони здоров'я, однак практично в жодній з розвинутих країн СОЗ не представлена у чистому вигляді. У процесі розвитку, з урахуванням своєї специфіки, різні країни і різні суспільства формували власну модель медичного обслуговування та охорони здоров'я. Існуючі сьогодні СОЗ змодельовані відповідно до однієї або декількох систем, які з'явилися раніше і вдосконалювалися протягом відповідного часового періоду.

Таблиця Моделі систем охорони здоров'я за характером фінансування

Тип моделі	Державна (бюджетна)	Соціально-страхова		Ринкова	СОЗ країн пострадянського простору
Країна	Великобританія, Ірландія, Данія, Португалія, Італія, Греція	Франція, Японія, Бельгія, Швейцарія	Німеччина, Нідерланди, Австрія	США, Маршаллові Острови	Україна
Витрати на СОЗ, % від ВПП	9,8%	6,6–8,5%	11%	15%	2,8–3,5%
Фінансування, (%)	Державний бюджет	ОМС* — 50 ДМС* — 20 Державний бюджет — 10 Особисті кошти — 20	ОМС — 60 ДМС — 10 Державний бюджет —15 Особисті кошти — 15	Приватне страхування — 40, особисті кошти — 20, програми для людей похилого віку та малозабезпечених — 40	Державний бюджет за залишковим принципом
Контроль за ефективністю витрат	Держава через Міністерство охорони здоров'я (МОЗ)	Приватні страхові фірми та державна організація соціального страхування	Приватні та державні страхові фірми	Страховими фірмами	Держава через МОЗ, правоохоронні органи, громадські організації
Доступність медичного обслуговування	Загальна доступність	80% населення охоплене програмами ОМС	90% населення – ОМС, 10% — ДМС, 3% — з них має ОМС і ДМС	Обмежена платоспроможністю пацієнтів, програми для людей похилого віку та малозабезпечених розповсюджуються не на всіх бажаючих	Обмежена платоспроможністю пацієнтів (адже реально пацієнт сплачує і податки, і окремо сплачує за обстеження, купує ліки)
Регулювання цін на медичні послуги	Фінансові кошти розраховуються на основі нормативів, що враховують статево-віковий склад населення	Ціни регулюються урядом, переглядаються 2 рази на рік (і як правило — зростають)	Ціни виражені в «балах» переглядаються при зміні економічної ситуації	Регулювання практично відсутнє. Ціна регулюється в результаті угоди між пацієнтом і страховиком і ЛПЗ	Регулювання практично відсутнє. В приватних клініках пацієнт платить офіційно, а в державних – неофіційно

*ОМС — обов'язкове медичне страхування; **ДМС — добровільне медичне страхування.

В Україні протягом двадцяти років незалежності не була визначена модель фінансування охорони здоров'я. СОЗ продовжує фінансуватися за залишковим принципом, а функціонувати — за затратним [1].

На сьогодні найбільш оптимальним рівнем витрат на охорону здоров'я в економічно розвинених країнах прийнято вважати 10–12% від рівня національного доходу. Серед 53 країн Європейського регіону, за даними ВООЗ, наша держава посідає 32 місце за величиною видатків на охорону здоров'я у відсотках від валового внутрішнього продукту (ВВП) [1, 2].

В Україні за останні роки питома вага фінансових видатків на СОЗ у загальному обсязі ВВП значно не змінювалася і становила: 2,8% (2005 р.); 3,3% (2006 р.); 2,9% (2009 р.); 3,64% (2010 р.) — у той час як, за висновками ВООЗ, при витратах на охорону здоров'я менш ніж 5% від ВВП вона не здатна виконувати свої функції [1, 8].

У законопроекті на 2011 р. частка витрат на СОЗ нашої держави у структурі ВВП передбачена у розмірі 3,2%. На фінансування охорони здоров'я за загальним фондом заплановано 40,1 млрд грн., з них у Державному бюджеті — 8,9 млрд грн., у місцевих бюджетах — 31,2 млрд грн. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, неможливо очікувати ефективної роботи усіх галузей охорони здоров'я, якщо витрати на неї становлять менше 5% ВВП. Прогноз ВВП України на 2011 р. становить 1253 млрд грн., тоді 5% прогнозованого ВВП становили б 62,6 млрд грн., а отже, передбачені проектом бюджету видатки на охорону здоров'я у 22,5 млрд грн. будуть менші від потреби [8]. Як наслідок, відповідні галузі охорони здоров'я України в поточному році будуть недофінансовані.

За даними моніторингу стану здоров'я населення, проведеного МОЗ України за перше півріччя 2010 р., надзвичайно актуальною проблемою для нашої країни залишаються злоякісні новоутворення, які є другою за значимістю причиною інвалідності та смертності після хвороб системи кровообігу. Всього на обліку в закладах охорони здоров'я у 2009 р. перебувало 2090,6 тис. хворих (на 100 тис. населення) з онкологічною патологією, з них з вперше виявленою – у 331,5 на 100 тис. За останній рік захворюваність на злоякісні новоутворення зросла на 0,1%, поширеність — на 3,4%. Поширеність злоякісних новоутворень у відсотках до всього населення в Україні була на рівні 1,78, у Європейському регіоні — 1,73 [9]. Злоякісні новоутворення у чоловічого населення України на 9,0% формують загальний тягар нездоров'я, виражений у показнику DALYs, у жіночого — на 10,4% [1, 8].

Окрім повноцінного фінансування, умовою для успішного функціонування онкологічної служби повинна бути достеменно опрацьована та визначена нормативно-правова база, яка включає комплекс ресурсів, таких як кадрові, матеріально-технічні, управління та керівництво, новітні технології, економічні оцінки.

Добре відомим є те, що на сьогодні витрати на лікування раку як в Україні, так і в світі зростають швидше, ніж економіка в цілому. Зокрема, це результат ціни на швидке впровадження нових технологій діагностично-лікувального процесу, у тому числі досягнень в таких галузях онкології, як променева та хіміотерапія. Звичайне розуміння передбачає і те, що високі ціни на хіміотерапевтичні препарати відображають витрати та ризики, пов'язані з розробкою, виробництвом і маркетингом нових високоефективних лікарських середників.

В умовах економічної нестабільності необхідно раціонально використовувати наявні ресурси. Спроба реформування СОЗ за десятирічний період у нашій державі, попри вражаючі цифри скорочення бюджетних витрат у 5–6 разів, була зведена до пристосування різних галузей медицини у межах запропонованого наявного фінансування. Дефіцит бюджетних коштів становить 85% від потреб системи охорони здоров'я [4]. Все більша частка амбулаторної та стаціонарної допомоги стає платною, що негативно позначається на її доступності для населення. Поширеною стала практика зволікань із зверненням населення до медичних закладів, збільшився відсоток важких та занедбаних випадків

злоякісних захворювань через низьку платоспроможність, особливо незахищених верств населення. Кризовий стан у СОЗ України, про який свідчать вищенаведені дані фінансування нижче 5% від ВВП, спонукає до пошуку додаткових фінансових джерел, розробки методик обгрунтованого обчислення необхідної суми коштів для фінансування окремо визначеної галузі охорони здоров'я [7].

Економічний аналіз структури профільної діяльності онкологічних закладів є одним із найголовніших підходів до раціонального використання ресурсів, що вирішує питання пошуку оптимальної моделі фінансового забезпечення, яка гарантувала б економічну стабільність у цілому в галузі та дозволила б підняти спеціалізовану медичну допомогу на більш якісний рівень. ВООЗ рекомендує визначати якість надання медичної допомоги у вигляді комплексу показників:

- ефективність — відношення витратних ресурсів до отриманих результатів;
- економічність — відношення ресурсних витрат до нормативної вартості;
- адекватність — співвідношення між наданою медичною допомогою та потрібною за стандартами [5, 10].

Для розуміння проблем вартості, рентабельності та економічної ефективності медико-соціального забезпечення хворих із злоякісними новоутвореннями розглянемо аналітико-статистичні дані медичного догляду онкологічних хворих країн з високорозвиненою СОЗ, а саме: США та Великобританії, оскільки у СОЗ Сполучених Штатів присутні елементи чотирьох базових моделей охорони здоров'я, а у Великобританії СОЗ — державна (бюджетна), яка є найбільш наближеною до нашої, української системи.

На підставі останніх даних про захворюваність на рак та виживаність затрати по догляду за онкологічними хворими та медичні витрати, пов'язані з діагностично-лікувальним процесом хворих на рак, у Сполучених Штатах за 2010 р. сягнули 124,6 млрд дол. Найбільш високі витрати були пов'язані з такими онкологічними захворюваннями: рак молочної залози (16,5 млрд дол.), колоректальний рак (14 млрд дол.), лімфоми (12 млрд дол.), рак легені (12 млрд дол.) і рак простати (12 млрд дол.) [20, 22].

За прогностичними даними Національного інституту раку Сполучених Штатів, витрати на онкологічну допомогу у 2020 р. становитимуть 157,77 млрд дол., що на 33,20 млрд більше, ніж у 2010 р. Вартість лікування може збільшуватися щорічно на 2% за прогностичними оцінками (мінімальними) нижньої межі початкової та останньої фази лікування (у розумінні життєвого циклу онкологічного хворого). Якщо таке збільшення відбудеться, то загальна вартість витрат у 2020 р. буде зпрогнозована приблизно у 173 млрд дол., що на 39% більше, ніж у 2010 р. [22].

За даними репрезентативних вибірок опублікованих рецензованих джерел Управління національної статистики Великобританії (the Office for National Statistics, ONS), вартість витрат з причини раку у 2008 р. становила 18,33 млрд фунтів. За прогностичними оцінками ONS, ці витрати збільшаться до 2020 р. на 24 720 млн фунтів [15].

На підставі аналізу прямих та непрямих витрат експертами Національного інституту здоров'я США (the National Institutes of Health) визначено, що у США загальна вартість лікування раку в цілому у 2007 р. становила 219, 2 млрд дол. Прямі медичні витрати на онкологічну допомогу становили 89,0 млрд дол. З цієї загальної суми 18,2 млрд віднесено до непрямих витрат по захворюваності (витрати від втрати продуктивності праці через хворобу) та до непрямих витрат по смертності (тобто вартість втрати продуктивності праці через передчасну смерть) [14]. Прямі витрати для лікування раку в 19 окремих європейських країнах у 2004 р. становили близько 57 млрд євро (71 млрд. дол.) [24].

Очевидним є те, що вартість лікування раку різко зросла протягом останніх років, що стало значним фінансовим тягарем як для пацієнтів, так і для платників податків багатьох держав, незалежно від моделі СОЗ. Тому економічні оцінки вартості всього діагностично-лікувального процесу та відповідних медичних втручань за окремими нозологіями злоякісних новоутворень стали більш поширеними в онкології і найбільш повно висвітлюються в економічній літературі охорони здоров'я. Аналітичні дані витрат все ширше використовуються для інформування онкологічних хворих і лікарів, прийняття нових рішень та покриття відшкодування у зв'язку з витратами на лікування та соціальну реабілітацію в Австралії, Канаді, Великобританії та інших європейських країнах [14, 18].

Інноваційні заходи в галузі профілактики, діагностики та лікування раку можуть поліпшити виживаність пацієнтів та якість їх життя, проте вони можуть спричинити значні економічні витрати і, як свідчить світовий досвід, повинні бути проаналізовані та прораховані. У своїй практичній діяльності лікарю-онкологу все частіше доводиться оцінювати не тільки ефективність лікування, а й визначати його рентабельність (економічну ефективність), особливо коли йдеться про нові методи лікування. Тепер ефективність все частіше зіставляється із витратами [18, 23].

У медицині порівнюють витрати на лікування у грошовому еквіваленті з очікуваним успіхом лікування, що визначається тривалістю нормального життя. «Збережене нормальне життя» — економічний, а не побутовий термін. Один рік «збереженого нормального життя» — це один додатковий рік соціально-психологічного нормального життя однієї «середньостатистичної людини», якій планується призначити відповідне лікування. Термін «збережене нормальне життя» передбачає введення поправки на якість життя конкретного хворого після проведеного лікування [12, 26].

Оперуючи поняттям «рентабельність лікування», лікарі та працівники охорони здоров'я повинні чітко усвідомити, що після підрахунків усіх витрат потрібно вирішити, а чи потрібні вони. Для відповіді на це запитання необхідно орієнтуватися в таких поняттях, як «економія витрат», «рентабельність» та ризикова «приведена рентабельність» [12].

«Економія витрат» забезпечує застосування такого лікувального методу, який порівняно з іншими скорочує витрати на досягнення того самого або навіть кращого результату лікування. «Рентабельність», на відміну від економії витрат, може мати два зовсім різних значення. Перше — це витрати, які пов'язані з корисністю нового лікувального або діагностичного методу, додаткова корисність виправдовує додаткові витрати (витрачаються за звичайних методів діагностики і лікування). Друге — іноді новий метод приносить менше користі, ніж старий, але значно зменшує витрати. Ця особливість істотно важлива для практикуючого лікаря. Це означає, що аналіз рентабельності можна використовувати не лише для вирішення питання, як поліпшити лікування з мінімальними витратами, але й для того, як знизити витрати за мінімального погіршення якості лікування. «Приведену рентабельність» обчислюють шляхом порівняння в однакових умовах декількох лікувальних методів: один із методів виявляється дешевшим від інших у перерахунку на тривалість «збереженого нормального життя». Важливо зрозуміти, якщо один із методів є більш рентабельним у лікуванні даної хвороби, то це не виключає можливості використання й інших або альтернативних методів, які можуть мати навіть і нижчу рентабельність, через що рентабельність при одних показах не передбачає рентабельності при будь-яких інших ситуаціях [18, 17].

Можливо, що із стабілізацією економіки в Україні лікарі зможуть дозволяти собі не тільки вибирати лікувальний метод, але й поєднувати декілька методів, доповнюючи більш ефективними ті, що не принесли успіху.

У сьогоднішніх умовах недофінансування онкологічної галузі, необхідність обчислення показників економічної оцінки ефективності медичної допомоги хворим онкологічного профілю дозволять в конкретних клінічних умовах використати найбільш оптимальний вид лікування з урахуванням його ефективності та вартості [11].

Критеріями оцінки онкологічної служби повинні бути: подовження тривалості життя хворого онкологічного профілю, покращання якості життя, економія коштів, отримання прямого економічного прибутку [25].

До сучасних методів розрахунку та аналізу економічної ефективності лікування відносять:

- аналіз мінімізації вартості (cost minimization analysis) використовують для визначення найменших витрат при застосуванні того чи іншого методу лікування;
- аналіз ефективності витрат (cost-effectiveness analysis) виявляє ті види лікування, які будуть дорожчими, але збалансованими завдяки більш високій клінічній ефективності, критерії якої виражені в одному врятованому житті у рік, у подоланні одного загострення або попередженні пролонгації хвороби [2, 5, 17];
- вартісно-утилітарний аналіз (cost-utility analysis), ключовим моментом якого є вибір утилітарних показників, що в кількісній формі віддзеркалюють обумовлену станом здоров'я якість життя. Показники розташовують у порядку зменшення якості життя від повного здоров'я (1,00) до смерті (0,00). Для вимірювання аналізу вартості-користі застосовують критерій співвідношення тривалості життя до її якості («quality adjusted life years - QALY»). Це дозволяє характеризувати проведене лікування за прогнозуванням терміну виживаності та якості [18, 19]. На сьогодні вартість одного року життя з абсолютною його якістю часто використовується для економічної оцінки ефективності лікування. При цьому в США і в більшості розвинутих європейських країн вважається економічно ефективною вартість лікування <20 000 дол./QALY, прийнятною – від 20 000 дол./QALY до 40 000 дол./QALY (саме таку вартість мають більшість методів лікування), від 40 000 дол./QALY до 60 000 дол./QALY — пограничним рівнем, а > 60 000 дол./QALY — дорогим [17, 21];
- вартісний аналіз прибутку (cost-benefit analysis) дозволяє оцінити суспільну цінність медичних втручань шляхом виявлення, чи приносить грошовий прибуток вкладання коштів у конкретну медичну програму. Крім того, аналіз витрати-користь дозволяє оцінити вплив витрат, спрямованих на покращання якості життя, на зниження рівня захворюваності і смертності [5].

Запорукою відповідності об'ємів медичної допомоги та обсягів її фінансового покриття є створення національних рекомендацій та стандартів [16]. З метою ефективного впровадження їх у практику СОЗ є необхідним використання інтегрованих програм, які включають детально розроблений план та тісну взаємодію лікарів різних спеціальностей при вирішенні клінічних завдань, що також дозволяє значно скоротити витрати. Подальшим є здійснення розрахунків вартості медичних послуг за діагностично-лікувальними стандартами в загальному та окремо по кожному пролікованому хворому. Це дозволить об'єктивно оцінити розміри майбутніх бюджетних асигнувань, достатніх для утримання лікувально-профілактичних закладів у сучасних умовах за кошторисом, і на підставі виконаних розрахунків спільно з Міністерством охорони здоров'я наблизитися до виконання обгрунтованого планування об'ємів державного замовлення на відповідний період [6, 13, 16].

Метою стандартизації методик розрахунків тарифів на медичні послуги, що надаються в бюджетних закладах, є впорядкування існуючих методів та створення єдиної системи розрахунків шляхом встановлення нормативних вимог, які повинні бути прийняті за стандарт. Розрахунок тарифів на медичні послуги повинен здійснюватися на основі фактичних досліджень на первинному, вторинному та третинному рівнях.

ВИСНОВКИ

На наш погляд, для поліпшення економічної ефективності та рентабельності лікування раку в Україні пропонуємо:

Заклади охорони здоров'я повинні розпочати процес бенчмаркінга (безупинний систематичний пошук еталонів і впровадження найкращих практик) елементів передової практики у діагностиці та лікуванні раку з числа відповідних вимог доказової медицини високорозвинених СОЗ європейських країн з подальшою їх адаптацією та впровадженням. Ця оцінка повинна передбачати обізнаність пацієнта, ранню діагностику, доступ до нових методів лікування раку, новітні соціально-економічні технології та конфігурації в національній системі онкологічної служби.

При плануванні майбутніх фінансових витрат Міністерству охорони здоров'я доцільно розглянути пріоритети суспільного здоров'я і враховувати економічні наслідки такого захворювання, як рак. Регулярно проводити аналіз соціально-економічних витрат на лікування онкологічних захворювань та здійснювати перегляд нормативно-правової бази.

Управлінням охорони здоров'я регіональних державних адміністрацій бажано зосередити найбільше уваги на поліпшенні якості надання онкологічної допомоги у тих напрямах соціальної та клінічної медицини, які можуть сприяти найбільшому скороченню захворюваності та смертності, а саме: профілактичних заходів, ранньої діагностики, скринінгу, соціальної реабілітації.

На законодавчому рівні включити показники індикаторів результату якості медичної допомоги хворим онкологічного профілю у річні звіти лікувально-профілактичних закладів.

Розмежувати та конкретизувати онкологічну допомогу населенню на первинному, вторинному, третинному рівнях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Економіка військової системи охорони здоров'я: навчальний посібник. (2010) Котуза А.С. (ред.) УВМА, Київ, 396 с.

2. Корнацький В.М., Шевченко О.М. (2005) Вартість на ціноутворення кардіологічної допомоги в Україні. Київ, 172 с.

3. Ларионова И.С. (2007) Философия здоровья. Учебное пособие. Москва, Гардарики, 224 с.

4. Лехан В.М. (2001) Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я України. «Сфера», Київ, 176 с.

5. Магуайр Е., Гендерсон Д.Ж., Муні Г. (1998) Економіка охорони здоров'я. (Пер. з англ.). Основи, Київ, 313 с.

6. Михайлов Ф.Б. (2000) Методика расчета тарифа на медицинские услуги в стационарах (кардиологического профиля). Эконом. здравоохранения, 2,3: 14–17.

7. Москаленко В.Ф. (2008) Принципи побудови оптимальної системи охорони: український контекст. «Книга плюс», Київ, 320 с.

8. Офіційний сайт МОЗ України http://www.moz.gov.ua

9. Підсумки діяльності у сфері охорони здоров'я України за перше півріччя 2010 року. (2010) Київ, МОЗ України, 59 с.

10. Попченко Т.П. (2008) Реформування системи охорони здоров'я як один з механізмів протидії корупції. Стратегічні пріоритети. 4(9): 129–136.

11. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. (2002) Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж. (ред.). Пер. с англ., Москва, «Весь мир», 352 с.

12. Berrino F., Verdecchia A. et al. (2009) Comparative cancer survival information in Europe. Europ. J. Cancer, 45: 901–908.

13. Campbell L.D., Hotchkiss R., Bradshaw N. et al. (1998) Integrated care pathways. BMJ, 316: 133–137.

14. Dan Greenberg, Craig Earle et al. (2010) When is Cancer Care Cost-Effective? A Systematic Overview of Cost-Utility Analyses in Oncology. J. Natl. Cancer Inst., 102: 82–88.

15. Department of Health, Programme budget data, 2010 (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents /digitalasset/dh_111236.pdf).

16. Drummond M.F., Mason A.R. (2007) European Perspective on the Costs and Cost-Effectiveness of Cancer Therapies. J. of clin. Oncol., 25(2): 191–195.

17. Drummond M., Sculpher M. et al. (2005) Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2005, 396 p.

18. Grusenmeyer P.A., Wong Y.N. (2007) Interpreting the economic literature in oncology. J. Clin. Oncol., (25): 196–202.

Організація протиракової боротьби

КЛИНИЧЕСКАЯ ОНКОЛОГИЯ, № 2 (2), 2011

19. Johannesson M. (1994) The concept of cost in the economic evaluation of health care: a theoretical injury. Int. J.Technol. Assess. Health Care. 10(4): 675–683.
20. Mariotto A.B., Yabroff K.R., Shao Y. et al. (2011) Projections of the Cost of Cancer Care in the United States: 2010–2020. J. Natl. Cancer Inst., 103(2): 117–28.
21. Meropol N.J., Schrag D., Smith T.J. et al. (2009) American Society of Clinical Oncology Guidance Statement: The Cost of Cancer Care. J. Clin. Oncol., 27: 3868–3874.
22. Nick Mulcahy. (2011) Cost of Cancer in the United States to Go Up, Up, Up. J. Natl. Cancer Inst., 103: 117–128.
23. Ward E., Halpern M., Schrag N. et al. (2008) Association of insurance with cancer care utilization and outcomes. CA Cancer J. Clin, 58: 9–31.
24. Wilkinson E. (2009) Questions remain over validity of EUROCARE data. The Lancet, 374(9694): 964–965.
25. World Health Organization. Palliative Care (Cancer Control: knowledge into action: WHO Guide for Effective Programmes; module 5), Geneva, WHO, 2007. 41 p.
26. Yabroff K.R., Lamont E.B., Mariotto A. et al. (2008) Cost of care for elderly cancer patients in the United States. J. Natl. Cancer Inst., 100: 630–641.

Европейская перспектива оценки затрат и рентабельности лечения рака в Украине

Ю.И. Михайлович, А.В. Гайсенко
Национальный институт рака, Киев

Резюме. Формирование здоровья населения на 50% зависит от социальных и экономических факторов. На сегодня очень остро стоит вопрос усовершенствования финансирования здравоохранения, потому что это является важной предпосылкой преодоления негативных явлений в экономике и обществе в целом. Опережающие темпы роста расходов на медицинскую помощь по сравнению с темпами увеличения прироста валового внутреннего продукта страны, кризисные явления в производстве обусловливают поиск путей уменьшения затрат и рационального использования имеющихся ресурсов. В Украине на современном этапе социально-экономического развития отсутствует концепция ценообразования оказания онкологической помощи и методика расчета необходимых экономически обоснованных затрат для ее финансового обеспечения. Актуальность темы заключается в том, что уровень обеспечения населения онкологической помощью напрямую зависит от эффективности финансирования данной отрасли. По этому вопросу всегда возникали аподиктические дискуссии в странах с различным уровнем развития экономики. Вопрос выбора наилучшего вида финансирования до сих пор является открытым. Существующая система здравоохранения требует оптимизации, новейших адаптационных технологий, основанных на многоканальной форме финансирования с государственной долей не менее половины, законодательной базе и экономически заинтересованной направленности.

Ключевые слова: модели системы здравоохранения, экономические издержки, экономическая эффективность и рентабельность лечения рака, анализ минимизации стоимости, анализ эффективности затрат, стоимостно-утилитарный анализ, стоимостной анализ прибыли.

European perspective for assessment of the costs and cost-effectiveness of cancer therapies in Ukraine

Y.I. Michailovich, A.V. Gaisenko
National Cancer Institute, Kyiv

Summary. Formation of population health depends on many factors they may be divided into two classes: social and economic that share is 50%. Today, the issue of improving health financing is very important because this is essential to overcome the serious negative effects, both in economy and in society overall. Rapid growth in spending on medical care compared with rates of gross domestic product, crises in many regions of the country cause finding ways to reduce costs and efficient use of available resources. At the present stage of socio-economic development of Ukraine the reasonable pricing concept by providing appropriate cancer care is absent and as well as in this stage has not the method of calculation necessary economically justified costs for their financial support. The relevance of this theme is that the level of cancer care directly depends on the efficiency of industries financing. In countries with different levels of economic development, there were lively discussions about this issue. Nevertheless, the issue of selecting the best type of financing is still open. The current health care system needs improvement the latest adaptive and assistive high technology. This system should be based on a multichannel form of funding health care systems from the state's share of 50%, based on legislative framework that has an economic orientation.

Key words: models of health care system, economic costs, economic efficiency and profitability of cancer treatment, cost minimization analysis, cost-effectiveness analysis, cost-utility analysis, cost-benefit analysis.