

**Нікіфорова Лілія Олександрівна**

*к.е.н., доцент кафедри економіки підприємства та виробничого  
менеджменту ВНТУ*

## **РЕОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ ЯК ІНКЛЮЗИВНОГО ІНСТИТУТУ В УКРАЇНІ**

Медичні послуги складають, один із основних суспільних інститутів, що забезпечує (гарантує) здоров'я громадян. Інститут гарантування здоров'я громадян має свої специфічні особливості, які принципово відрізняють його від інших. Ці особливості є однаковими для кожної із розвинених країн, хоч і реалізуються часто різними методами. В розвинених державах для безпеки здоров'я громадян використовуються два канали: перший – це невідкладна допомога та гарантований державою комплекс послуг, який, як правило, залежить від долі держбюджету у ВВП країни та від внутрішнього законодавства. Другий канал – це страхова медицина. Страхові поліси застосовують як роботодавці у якості бонусів працівникам, так і громадяни.

Головною ланкою в страхових медичних послугах є так звана «доказова медицина». Вона базується на класифікації хвороб за рівнями розуміння їх походження, наслідків та методів/технологій їх лікування [1]. Відмітимо, що сюди включаються також цілком фіксовані методи клінічної лабораторної діагностики. Виділимо шість основних етапів стандарту для розрахунку вартості медичних послуг.

Етап 1. Наявність Стандарту постановки діагнозу та обов'язковість його виконання. Який включає до себе, зокрема, віднесення хвороби до одного із класів хвороб за методами їх лікування (як правило, вирізняють чотири таких класи [2]). Це є найголовніший етап лікування, яких задає його успіх чи невдачу.

Етап 2. Наявність Стандартів технологій лікування та обов'язковість його виконання. Відхилення від цих Стандартів є кримінальним злочином. Стандарт

лікування може включати в себе декілька різних методів лікування для деяких хвороб. Стандарти технологій лікування формулюється в термінах логічно- та часово- впорядкованого переліку введення в пацієнта заданих хімічних речовин та/або здійснення фіксованих процедур над пацієнтом.

Етап 3. Стандарти технологій лікування надають можливість розрахувати вартість реалізації кожного методу/технології лікування для кожної із хвороб (кожного із діагнозів). Стандарти технологій лікування визначаються для хвороб, враховуючи доказовий клас, до якого вони віднесені. На цьому етапі визначаються величини коштів  $C_{ik}$ , де індекс  $i$  нумерує хвороби (діагнози), а індекс  $k$  нумерує методи/технології лікування даної хвороби (включаючи, звичайно, витрати на постановку вірного діагнозу).

Етап 4. Визначаються реальні статистичні характеристики для кожної із хвороб (для кожного із діагнозів). По суті, на цьому етапі визначаються величини ймовірності  $p_i$ , де індекс  $i$  нумерує хвороби (діагнози), включаючи також і невідкладну допомогу.

Етап 5. Визначення пакету гарантованих державою послуг. Для цього повинні бути вибрані, по перше, номенклатура хвороб  $\{g\}$ , де  $j \in 1, \dots, G$ , виліковування яких гарантується державою і, по друге, методи/технології їх лікування  $C_{jg}$ , де  $g$  є фіксованим. Тільки на цьому етапі можна буде визначити вартість  $C_g$  гарантованого державою пакету медичних послуг населенню, розрахованого на 1 громадянина:

$$C_g = \sum_{j=1}^G C_{jg} \cdot p_j \quad (1)$$

Відмітимо, що, для умов України, які характеризуються вкрай обмеженим бюджетом, що виділяється на медицину, потрібно розв'язувати таку оптимізаційну задачу:

$$g = \arg \max (C_g \leq C_0) = \arg \max \left( \sum_j C_{jg} \cdot p_j \leq C_0 \right) \quad (2)$$

де  $g$  є номенклатура хвороб;

$C_0$  – кількість бюджетних коштів, які виділено державою на 1 людину.

Підкреслимо, що у формулах (1) та (2) кількість хвороб є меншою за загальну кількість хвороб, які мають місце на території України (держава не гарантує громадянину захист від усіх можливих хвороб).

Етап 6. Для впровадження страхової медицини потрібно вміти розраховувати очікувані витрати на страховий випадок. Для цього передовсім повинен фіксуватися (визбиратися даним громадянином) перелік хвороб, які включаються у страховий випадок. Після цього фіксуються повинні фіксуватися (визбиратися даним громадянином) перелік методів/технологій лікування вибраних хвороб, які будуть оплачуватися страховою компанією. І, нарешті, повинні бути враховані як наявність хронічних хвороб у даного громадянина, так і стиль його життя. відмітимо, що деталі отриманого ринку із асиметрією інформації розглянуті ще в піонерській статті нобелівського лауреата Дж. Акерлофа [3].

Відсутність хоч одного із описаних вище етапів робить неможливим запровадження медичних послуг, які основані на доказовій медицині. Всі зацікавлені сторони на кожному із наведених вище етапів повинні узгоджувати свої інтереси в рамках рівноваги Неша [4]. Тільки в цьому випадку відповідні етапи можуть бути реалізовані. Внаслідок вищесказаного, інститут захисту здоров'я в Україні повинен формуватися як інклюзивний суспільний інститут.

*Список використаних джерел:*

1. Основы доказательной медицины. Учебное пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей / Под ред. Р.Г.Оганова. – М.: Силиция-Полиграф, 2010. – 136 с.
2. Evidence-based medicine. [Електронний ресурс] – доступ за адресою: [https://en.wikipedia.org/wiki/Evidence-based\\_medicine](https://en.wikipedia.org/wiki/Evidence-based_medicine).
3. George A. Akerlof. The Market for Lemons : Quality Uncertainty and the Market Mechanism The Quarterly Journal of Economics, v.84, August 1970, p.488-500.
4. Шиян А.А. Управление развитием социально-экономических систем. Теория игор: основы та застосування в економіці та менеджменті: Навчальний посібник. – Вінниця: ВНТУ, 2010. – 162 с.