

ЗАПРОВАДЖЕННЯ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ НА ПРИНЦИПАХ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета: наукове обґрунтування запровадження системи державно-приватного партнерства на засадах бюджетної медицини та добровільного медичного страхування.

Матеріали і методи. Дослідження ґрунтувалося на даних світової та вітчизняної літератури, базі фактичних даних діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я Сумської області, фінансових можливостях страхових компаній, що здійснюють страхові послуги на засадах добровільного медичного страхування в цій області. Застосовано метод системного підходу та методи медико-соціальних досліджень.

Результати. В ринкових умовах, за обмеженості державного фінансування охорони здоров'я, запровадження системи державно-приватного партнерства з використанням інституціональних підходів є одним з основних шляхів підвищення якості та доступності медичної допомоги. Розроблено модель управління системою охорони здоров'я в умовах бюджетно-страхової медицини на регіональному рівні.

Висновки. Використання системного підходу як методу дозволило визначити організаційно-управлінські засади функціонування бюджетно-страхової моделі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: державно-приватне партнерство, добровільне медичне страхування, бюджетно- страхова модель.

Здійснення в Україні ринкових перебудов позбавляє систему соціального забезпечення її основного гаранта – стабільних надходжень з держбюджету. Безоплатні соціальні послуги поступово замінюються платними. Ось чому в основі системи соціального захисту, що формується в нашій країні, повинні бути покладені страхові методи. Їх сутність полягає у розподілі матеріальної відповідальності, компенсації та мінімізації соціальних ризиків серед максимально можливої кількості учасників; тобто соціальний захист набуває форми організованої взаємодопомоги. Зазначене вище і створює необхідні підвалини для втручання держави у цей процес. Держава повинна нести відповідальність за управління соціальними ризиками, у т.ч. і в охороні здоров'я. А це концентрує спрямування механізмів державного управління реформуванням системи охорони здоров'я на соціальних проблемах у медичній галузі, створює таку форму, як система державно-приватного партнерства на засадах бюджетної медицини та добровільного медичного страхування.

У доповідях ВООЗ показано, що добровільне медичне страхування є додатковим джерелом фінансування охорони здоров'я у країнах Європи. Воно присутнє як у країнах з бюджетним фінансуванням, так і в країнах із соціальним медичним страхуванням. Добровільне медичне страхування становить менше 10% від загального фінансування охорони здоров'я у цих краї-

нах, за винятком Франції (12,2%) і Нідерландів (17,7%), і скеровано на осіб з прибутком, вищим за середній по країні.

Подальший розвиток цього виду страхування і розширення його використання активно дискутуються в країнах Європейського Союзу, оскільки воно, з одного боку, сприяє збільшенню притоку коштів в охорону здоров'я, розвитку високих медичних технологій і конкуренції серед постачальників медичних послуг, а з іншого – обмежує доступ бідних прошарків населення до певних видів медичної допомоги [6].

З цією метою у діяльність закладів охорони здоров'я передбачається запровадити сучасні економічні механізми, що дозволяють мотивувати постачальників медичних послуг як до підвищення якості, так і до поліпшення економічної ефективності своєї діяльності. Такий підхід повністю відповідає ключовим цінностям реформи системи охорони здоров'я в Європі, які закріплені у Хартії «Системи охорони здоров'я для здоров'я та добробуту», що прийнята на конференції Європейського бюро ВООЗ по системам охорони здоров'я 27 червня 2008 р. у м. Таллінні (Естонія).

Українськими авторами аналізується кілька напрямків запровадження державно-приватного партнерства в охороні здоров'я [1;2;4;5].

Метою роботи стало наукове обґрунтування запровадження системи державно-приватного партнерства (ДПП) на засадах бюджетної медицини та добровільного медичного страхування (ДМС). Дослідження проводилося в рамках існую-

чої медико-демографічної та соціально-економічної ситуації з урахуванням оптимізації системи медичної допомоги населенню.

Матеріали і методи. Проведене дослідження ґрунтувалося на даних світової та вітчизняної літератури, базі фактичних даних діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я Сумської області, фінансових можливостях страхових компаній, що здійснюють страхові послуги на засадах ДМС в цій області. Застосовувалися метод системного підходу та методи медико-соціальних досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення. Державно-приватне партнерство регулюється Законом України «Про державно-приватне партнерство» [3]. Стаття 1 вищезазначеного Закону визначає ДПП як співпрацю між державою Україна, територіальними громадами, в особі відповідних органів державної влади та органів місцевого самоврядування, а також юридичними особами, крім державних і комунальних підприємств, або фізичними особами – підприємцями, що здійснюється на підставі договору в порядку, встановленому Законом або іншими нормативно-правовими актами. Отже, основними учасниками ДПП виступають державний і приватний партнери, де держава виступає замовником соціального проекту і визначає основні правила взаємодії з приватним інвестором; ефективний розподіл ризиків між сторонами, тобто ризик передається тій стороні, яка може ефективніше ним управляти; політична підтримка держави, яка є основою для вирішення усіх спірних питань при виконанні проектів ДПП.

Складним питанням стає корекція методів, засобів і форм управління для ефективного розподілу і використання ресурсів, успішного партнерства з різними суб'єктами, реформування окремих секторів. Крім адміністративних підходів, необхідно підключати нові механізми, що орієнтовані на ринок. Це значно ускладнює задачі і передбачає постійний моніторинг процесів, відпрацювання правил взаємодії, певних нормативів і стандартів для учасників ринку. Умови децентралізації піднімають питання про розподіл повноважень на різних рівнях управління, виборі рівня децентралізації, про те, які повноваження можуть бути передані, чи всі функції можуть бути децентралізовані.

Активний розвиток ДМС, формування його інституціональних основ породили ряд проблем, які вимагають глибокого спеціального аналізу, особливо у частині норм, правил, традицій («правил гри»), та організаційних форм, які притаманні страхуванню як особливому виду діяльності. До числа таких проблем належить використання страхування не тільки як засобу оптимізації оподаткування, але й як засобу удосконалення на-

дання медичної допомоги населенню, слабка діяльність страхових компаній як інвесторів охорони здоров'я, значні масштаби неризикового страхування, недостатня страхова культура населення.

Виходячи з теоретично обґрунтованих концептуальних підходів до запровадження страхової медицини, нами визначено пріоритетні проблеми та можливі шляхи їх реалізації. Ключовим моментом стало послідовне вирішення пріоритетної проблеми забезпечення пацієнтів доступною та якісною медичною допомогою шляхом оптимізації структури і процесів системи охорони здоров'я Сумської області та побудови співвідношень зі страховими компаніями на основі наукового аналізу даних.

Ми визначили напрямки перебудови та удосконалення системи в умовах запровадження ДПП на засадах бюджетної медицини та добровільного медичного страхування на регіональному рівні:

1. Структурна перебудова системи управління.
2. Удосконалення кадрового забезпечення.
3. Підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги.
4. Матеріально-технічне та технологічне забезпечення ЗОЗ.

Структурна перебудова системи управління торкається змін у діяльності як обласного управління охорони здоров'я, так і ЗОЗ зазначеної області, зокрема створення у складі обласного управління охорони здоров'я та лікувально-профілактичних закладах робочих груп з організації здійснення страхових послуг у складі кількох підгруп:

- координації діяльності з надання медичних послуг застрахованим;
- контролю за якістю надання страхових послуг;
- фінансового супроводу надання страхових послуг;
- запровадження медичних інформаційних систем у ЛПЗ та створення корпоративної комп'ютерної мережі з метою ефективного обміну даними між медичними закладами, департаментом охорони здоров'я та страховою компанією.

Матеріально-технічне та технологічне забезпечення. Складовими рішення цієї задачі є забезпечення ЗОЗ, що здійснюють надання медичної допомоги в межах бюджетно-страхової моделі, сучасними засобами діагностики та лікування за рахунок страхових компаній, запровадження сучасних медичних інформаційних систем в ЗОЗ та створення корпоративної інформаційної мережі для ефективного обміну даними та здійснення контролю за наданням медичної допомоги. Запровадження інформаційних систем надасть можливість підтримувати реєстр пацієнтів, що також підвищить ефективність усієї системи.

Надзвичайно важливим питанням є впровадження сучасних лікувально-діагностичних технологій, що підвищить рівень надання медичної допомоги.

Задача кадрового забезпечення та підвищення професійної майстерності фахівців передбачає сучасну підготовку лікарів-спеціалістів, лікарів загальної лікарської практики (сімейних) та лікарів-експертів, що вкрай потрібно при запровадженні моделі бюджетно-страхової медицини. Для цього передбачено:

- первинну підготовку лікарів-експертів у закладах післядипломної освіти;
- безперервну післядипломну підготовку спеціалістів шляхом організації дистанційного навчання.
- *Безперервне підвищення якості надання медичної допомоги.* Основними складовими вирішення даної задачі є:
 - запровадження стандартів надання медичної допомоги на основі сучасних клінічних рекомендацій;
 - запровадження системи клінічних протоколів;
 - удосконалення системи метрологічного забезпечення сучасного обладнання та введення цифрових методів діагностики;
 - стандартизація усіх етапів та складових страхового процесу;
 - акредитація ЗОЗ з урахуванням їх участі у страховому процесі.

Основна ціль системи ДПП полягає у покращанні здоров'я населення шляхом ефективного управління ризиками.

Результати дослідження дають підставу вважати цілями системи ДПП:

- забезпечення економічного та соціального захисту населення;
- покращення здоров'я людей та пропаганда здорового способу життя;
- поліпшення якості медичного обслуговування та забезпечення доступності отримання медичної допомоги населенню;
- забезпечення більш ефективного використання коштів на фінансування медичних закладів;
- залучення додаткових джерел фінансування для медичних закладів;
- створення позавідомчого контролю за якістю медичного обслуговування громадян;
- підвищення рівня страхової культури населення;
- легалізація співучасті населення у фінансуванні медичної допомоги;
- розвиток форм поєднання добровільного страхування та бюджетної медицини;
- реструктуризація системи медичного обслуговування, що забезпечує підвищення ефективності використання сукупного ресурсного потенціалу медичних закладів області;
- приведення обсягу соціальних гарантій у відповідність до обсягу фінансування.

В основу теоретичного концептуального обґрунтування створення якісно нової системи ДПП на засадах бюджетної медицини та ДМС покладалась принципи:

- пріоритет інтересів бюджетної охорони здоров'я, яка виступає замовником в угоді і визначає основні правила взаємодії зі страховими компаніями;
- ефективний розподіл ризиків між сторонами, тобто організація ефективного ризик-менеджменту;
- прозорість виконання угод, згідно з якими громадськість має доступ до інформації щодо діяльності страхових компаній та системи охорони здоров'я;
- партнерський, рівноправний характер відносин між страховими організаціями та органами охорони здоров'я;
- гарантованість фінансування надавачів медичних послуг з обох боків;
- медико-соціальна ефективність реалізації проекту ДПП;
- відповідальність сторін угоди за дотриманням договірних засад співробітництва та досягнення її кінцевої мети.

Наведене теоретичне обґрунтування концептуального підходу покладалось в основу розробки моделі управління системою охорони здоров'я в умовах бюджетно-страхової медицини на регіональному рівні (рис.).

Система ДПП складається з трьох підсистем. На першому рівні суб'єктом управління є координаційна рада – громадська організація, до складу якої входять представники обласної державної адміністрації та управління охорони здоров'я області, керівники страхових компаній, що здійснюють ДМС населення, та представники громадськості. Об'єктом управління є медичні заклади, що надають медичну допомогу застрахованим, та страхові компанії, залучені до системи ДПП. Другий рівень представлений управлінням охорони здоров'я області в якості суб'єкта управління та ЗОЗ в якості об'єкта. Третій рівень – це система управління ризиками, де суб'єктом управління є усі структури ДПП, а об'єктом – здоров'я населення та ризики його порушення.

Висновки

У ринкових умовах, при обмеженості державного фінансування охорони здоров'я, запровадження системи ДПП з використанням інституціональних підходів є одним з основних шляхів підвищення якості та доступності медичної допомоги. Використання системного підходу, як методу, дозволило визначити організаційно-управлінські засади функціонування бюджетно-страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я обласного рівня.

Концептуальні підходи до формування державно-приватного партнерства в охороні здоров'я



Рис. Концептуальні підходи до формування ДПП

Список літератури

1. Вінник О. М. Договірні відносини державно-приватного партнерства: проблеми правового регулювання / О. М. Вінник // Вісн. вищої ради юстиції. – 2013. – № 2 (14). – С. 90–107.
2. Попченко Т. П. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / Т. П. Попченко. – К. : НІСД, 2011. – 41 с.
3. Про державно-приватне партнерство : Закон України № 2404-VI від 01.07.2010 р. // ВВР. – 2010. – № 40. – С. 524.
4. Рік 2009 – рік відкриття інвестицій державно-приватного партнерства (ДПП) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://kiev.trade.gov.pl/uk/aktualnosci/article/a,2897,Rik 2009 rikvidkrittia inviestitsii dierzhavno-privatnogho partnierstva DPP.html](http://kiev.trade.gov.pl/uk/aktualnosci/article/a,2897,Rik%2009%20rikvidkrittia%20inviestitsii%20dierzhavno-privatnogho%20partnierstva%20DPP.html);
5. Українські міста вивчали досвід Італії у сфері державно-приватного партнерства [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://euro2012.ukrinform.ua/news/11/p7273/>.
6. Voluntary Health Insurance in the European Union / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Open University Press, 2004. – 208 с.

ВВЕДЕНИЕ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ НА ПРИНЦИПАХ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА

Ю.В. Вороненко, А.В. Скороход

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: научное обоснование внедрения системы государственно-частного партнерства на основе бюджетной медицины и добровольного медицинского страхования.

Материалы и методы. Исследование основывалось на данных мировой и отечественной литературы, базе данных деятельности и ресурсного обеспечения учреждений здравоохранения Сумской области, финансовых возможностях страховых компаний, осуществляющих страховые услуги на основе добровольного медицинского страхования в этой области. Применялся метод системного подхода и методы медико-социальных исследований.

Результаты. В рыночных условиях, при ограниченности государственного финансирования здравоохранения, внедрение системы государственно-частного партнерства с использованием

институциональных подходов является одним из основных путей повышения качества и доступности медицинской помощи. Разработана модель управления системой здравоохранения в условиях бюджетно-страховой медицины на региональном уровне.

Выводы. Использование системного подхода как метода позволило определить организационно-управленческие основы функционирования бюджетно-страховой модели.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: государственно-частное партнерство, добровольное медицинское страхование, бюджетно-страховая модель.

INTRODUCTION OF THE BUDGET INSURANCE MODEL OF THE HEALTHCARE SYSTEM ON PRINCIPLES OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS

Y.V. Voronenko, A.V. Skorokhod

P.L. Shupyk's National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Purpose: scientific substantiation of introduction of public-private partnership on the basis of budgetary medicine and voluntary medical insurance.

Materials and methods. The study was based on the data of the global and national literature, evidence-based activity and resource providing for health care Sumy region facilities, financial possibilities of insurance companies, which are carrying out insurance services on the basis of voluntary medical insurance in this area. The method of the system approach and methods of medical and social researches has been applied.

Results. In market conditions of limited government funding of health care introduction of public-private partnership using the institutional approaches is one of the main ways of quality and accessibility of medical care improvement. The model of management health care system in the conditions of budgetary and health insurance at regional level has been developed.

Conclusions. Using of systematic approach as method has allowed to define organizational and managerial principles of budgetary-insurance model.

KEY WORDS: public-private partnerships, voluntary medical insurance, budgetary-insurance model.

Рукопис надійшов до редакції 23.05.2014 р.

Відомості про авторів:

Вороненко Юрій Васильович – д.мед.н, проф., акад. НАМН України, ректор Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Скоруход Андрій Валерійович – здобувач НМАПО ім. П.Л. Шупика. Тел.: 0508270700.