Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <https://www.mydisser.com/search.html>

СкороходАндрійВалерійовичМедикосоціальнеобґрунтуваннямоделідобровільногомедичногострахуваннявсистемібюджетностраховоїмедицининаприкладіСумськоїобластіДисертаціякандмеднаукНацмедакадпіслядипломосвітиімПЛШупикаКиївс

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДРОВ’Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

імені П. Л. ШУПИКА

*На правах рукопису*

**СКОРОХОД Андрій Валерійович**

УДК 614.2:368:616-082:336.14(477.52)

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**(НА ПРИКЛАДІ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ)**

14.02.03 – соціальна медицина

Дисертація на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

|  |  |
| --- | --- |
|  | Науковий керівник  Вороненко Юрій Васильович,  академік НАМН України,  д. мед. н., професор |

Київ – 2015

ЗМІСТ

|  |  |
| --- | --- |
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ | 4 |
| ВСТУП | 5 |
| РОЗДІЛ 1. СТРАХОВА МЕДИЦИНА У ФІНАНСОВОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ НАЦІОНАЛЬНИХ СЛУЖБ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я (огляд літератури) | 12 |
| 1.1. Підходи до фінансування охорони здоров’я на засадах добровільного медичного страхування в країнах світу та в Україні | 12 |
| 1.2. Соціальні гарантії в охороні здоров’я: передумови формування, організаційний та правовий аспекти | 28 |
| РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ ТА МЕТОДИЧНИЙ АПАРАТ ДОСЛІДЖЕННЯ | 38 |
| 2.1. Обґрунтування вибору Сумської області як об’єкту для проведення дослідження | 38 |
| 2.2. Програмно-цільова структура та методологія дослідження | 40 |
| РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ соціально-економічної ТА демографічної ситуації В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ПРОВІДНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ | 51 |
| 3.1. Оцінка соціально-економічної та демографічної ситуації | 51 |
| 3.2. Характеристика захворюваності населення | 59 |
| 3.3. Аналіз провідних ризиків, що впливають на здоров’я населення | 61 |
| РОЗДІЛ 4. ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕДУМОВ ЩОДО РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ | 71 |
| 4.1. Аналіз нормативно-правового забезпечення розвитку добровільного медичного страхування | 71 |
| 4.2. Оцінка особливостей ринку страхових медичних послуг | 83 |
| 4.3. Характеристика стану інформатизації системи охорони здоров’я | 91 |
| РОЗДІЛ 5. ОБЃРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ НА ЗАСАДАХ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА ТА ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПЛАТФОРМИ ЩОДО ЇЇ ВПРОВАДЖЕННЯ | 101 |
| 5.1. Обґрунтування моделі добровільного медичного страхування на засадах державно-приватного партнерства | 101 |
| 5.2. Обґрунтування інформаційної платформи щодо запровадження моделі добровільного медичного страхування на засадах державно-приватного партнерства | 118 |
| РОЗДІЛ 6. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАПРОПОНОВАНОЇ МОДЕЛІ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ | 132 |
| 6.1. Результати впровадження моделі добровільного медичного страхування на засадах державно-приватного партнерства в Сумській області | 127 |
| 6.2. Оцінка медичної, соціальної та економічної ефективності обгрунтованої моделі надання медичної допомоги | 136 |
| ЗАКЛЮЧЕННЯ | 147 |
| ВИСНОВКИ | 154 |
| ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ | 156 |
| ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 157 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ДМС | – | добровільне медичне страхування |
| ІРЛП | – | індекс розвитку людського потенціалу |
| ІС | – | інформаційна система |
| ООН | – | Організація Об’єднаних Націй |
| ПЗ | – | програмне забезпечення |
| СК | – | страхова компанія |
| СНД | – | Співдружність Незалежних Держав |
| УОЗ | – | управління охорони здоров’я |

ВСТУП

**Актуальність теми.** Вагомим чинником надання якісної медичної допомоги населенню у всіх країнах світу є рівень фінансування сфери охорони здоров’я [78, 114].

Державні витрати у структурі загальних витрат на охорону здоров’я за оцінками ВООЗ у 2010 р. в Україні становили лише близько 56%, тоді як у країнах – членах ЄС в середньому біля 76%. Україна значно поступається за обсягами фінансування переважній більшості країн Європейського регіону, а відсоток державних витрат на охорону здоров’я в Україні у структурі валового внутрішнього продукту складав лише 2,9% у 2002 р. та 4,0% - у 2012 р., що вкрай недостатньо для забезпечення прийнятного рівня задоволення потреб охорони здоров’я [58, 135].

За таких умов особливо актуальним стає пошук альтернативних джерел фінансування галузі з метою поліпшення рівня економічної доступності медичного обслуговування населення. Одне з провідних місць у вирішенні цієї проблеми може зайняти бюджетно-страхова медицина, запровадження якої в Україні стало предметом численних наукових дискусій [44, 85, 119]. Однак до цього часу в системі бюджетно-страхової медицини є недосконалою організаційна форма функціонування такого важливого додаткового джерела фінансування як добровільного медичного страхування (ДМС).

Правовою основою становлення добровільного медичного страхування в Україні є Закон України «Про страхування» (1993), який відповідає соціальним перетворенням суспільства у векторі ринкових реформ. Набув чинності і Закон України «Про державно-приватне партнерство» (2010), який надає можливість застосування механізмів співпраці держави з приватним сектором, у тому числі і в сфері охорони здоров’я.

В Україні проведено ряд досліджень стосовно запровадження добровільного медичного страхування [25, 94, 121], але вони носять фрагментарний характер і не торкаються, зокрема, державно-приватного партнерства (ДПП), яке знайшло поширення в країнах Європи [39, 109, 130].

Відсутність в Україні наукових досліджень, що стосуються управління організацією надання медичної допомоги на засадах бюджетної медицини та ДМС, за принципом ДПП та необхідність розв’язання важливої науково-прикладної проблеми медико-соціального обґрунтування моделі ДМС в системі бюджетно-страхової медицини обумовила наступні напрями дослідження: комплексний аналіз соціально-економічної, медико-демографічної ситуації та провідних факторів ризику, які впливають на здоров’я населення; дослідження передумов щодо розвитку ДМС шляхом аналізу нормативно-правового забезпечення, особливостей ринку страхових медичних послуг та стану інформатизації системи охорони здоров’я.

**Зв’язок роботи з науковими програмами і темами.** Дисертаційна робота виконувалась відповідно до плану наукових досліджень Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика і є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри управління охорони здоров’я «Розробка стратегічних моделей удосконалення управління якістю медичної допомоги та покращення здоров’я населення України», № державної реєстрації 0109U008304, термін виконання 2009-2014 рр.

Дисертант є виконавцем підрозділу фінансування охорони здоров’я на засадах бюджетно-страхової медицини.

**Мета дослідження:** обґрунтування функціонально-структурної моделі добровільного медичного страхування на засадах державно-приватного партнерства в системі бюджетно-страхової медицини (на прикладі Сумської області).

**Для досягнення поставленої мети необхідно було вирішити такі завдання**:

* вивчити, за даними наукової літератури, підходи до фінансування охорони здоров’я на засадах добровільного медичного страхування та організації медичної допомоги в країнах світу та Україні;
* провести аналіз соціально-економічної, медико-демографічної ситуації в Сумській області та провідних факторів ризику, які впливають на здоров’я населення;

− дослідити передумови щодо розвитку добровільного медичного страхування в Сумській області шляхом аналізу нормативно-правового забезпечення, особливостей ринку страхових медичних послуг та стану забезпеченості інформаційними системами охорони здоров’я;

− обґрунтувати функціонально-структурну модель добровільного медичного страхування на засадах державно-приватного партнерства та інформаційну систему щодо її запровадження;

* оцінити ефективність обґрунтованої моделі надання медичної допомоги та результати її впровадження в Сумській області.

**Об’єкт дослідження:** система охорони здоров’я населення Сумської області.

**Предмет дослідження:** соціально-економічний, медико-демографічний стан населення; ризики формування захворюваності населення; система фінансування закладів охорони здоров’я в регіоні; нормативно-правове забезпечення розвитку добровільного медичного страхування та діяльність страхових компаній щодо надання послуг населенню Сумської області.

База наукового дослідження - заклади охорони здоров’я (86) та страхові компанії (17) Сумської області. Дослідження проводилося у 2008-2012 роках.

**Методи дослідження.** В основу методології дослідження було покладено системний підхід, а основними методами стали наступні:

* бібліосемантичний – для узагальнення міжнародного та вітчизняного досвіду щодо організації медичної допомоги та фінансування охорони здоров’я на засадах добровільного медичного страхування;
* статистичний – для збору даних, обчислення та оцінки соціально-економічних та медико-демографічних показників, визначення ефективності запропонованої моделі;
* аналітичний – для дослідження передумов щодо розвитку добровільного медичного страхування, зокрема, аналізу нормативно-правового забезпечення, особливостей ринку страхових медичних послуг та стану інформатизації системи охорони здоров’я;
* концептуального моделювання – для створення та опису властивостей функціонально-організаційної моделі добровільного медичного страхування на основі державно-приватного партнерства;
* системного аналізу – для проведення оцінки системи охорони здоров’я, визначення функціональних та структурних зв’язків між її елементами та концептуального обґрунтування моделі надання медичної допомоги на засадах добровільного медичного страхування та державно-приватного партнерства;
* програмно-цільовий – для розробки конкретних рекомендацій щодо запровадження моделі добровільного медичного страхування на основі державно-приватного партнерства в практику охорони здоров’я;
* соціологічний – для дослідження інформованості медичних працівників та пацієнтів з питань надання медичної допомоги на основі добровільного медичного страхування та оцінки ефективності запропонованої системи;
* економічний – для аналізу витрат на діяльність нової моделі державно-приватного партнерства на основі бюджетної медицини та добровільного медичного страхування та оцінки її економічної ефективності;
* експертних оцінок – для вивчення доцільності та ефективності запропонованої моделі.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в тому, що вперше в Україні:

* визначено основні групи факторів ризику за критерієм пріоритетного впливу на стан здоров’я населення: соціально-економічні індикатори розвитку економіки; стан екології; рівень розвитку охорони здоров’я та ризики, пов’язані з розповсюдженістю окремих захворювань;
* удосконалено методологічний підхід щодо оцінки соціально-економічних та медико-демографічних параметрів на рівні області, на базі якого можна прогнозувати основні ризики виникнення хвороб для запровадження добровільного медичного страхування;

− доведено причинно-наслідковий зв᾽язок між розвитком добровільного медичного страхування та наявністю сформованої нормативно-правової бази, розвиненого ринку страхових медичних послуг та стану інформатизації системи охорони здоров’я;

− обґрунтована функціонально-структурна модель добровільного медичного страхування на засадах державно-приватного партнерства, що удосконалює процес управління медичною сферою та збільшує обсяги її фінансування;

− обґрунтована інформаційна система, як необхідна складова запровадження моделі добровільного медичного страхування на засадах державно-приватного партнерства, що удосконалює діяльність провайдерів медичних послуг та страхових компаній.

**Теоретичне значення одержаних результатів** полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині удосконалення організації медичної допомоги населенню на основі моделі добровільного медичного страхування на засадах державно-приватного партнерства.

**Практичне значення одержаних результатів**  полягає в тому, що вони стали підставою для:

- впровадження в органах та закладах охорони здоров’я на регіональному рівні елементів моделі надання медичної допомоги населенню на основі державно-приватного партнерства та управління нею;

- впровадження системи регулювання та контролю за партнерським функціонуванням бюджетної та страхової форм надання медичної допомоги;

- запровадження нових форм інформаційного забезпечення процесу надання медичної допомоги на основі застосування розробленої інформаційної системи.

Результати дослідження використано на регіональному рівні при:

* запровадженні системи надання медичної допомоги населенню Сумської області із залученням фінансових можливостей страхових компаній, що здійснюють добровільне медичне страхування;
* підготовці розпоряджень голови Сумської обласної державної адміністрації «Про розвиток добровільного медичного страхування в Сумській області» (2010) та «Про затвердження плану заходів щодо введення добровільного медичного страхування» (2010) щодо реалізації пілотного проекту на території області з бюджетно-страхової моделі фінансування медичних закладів.

**Особистий внесок здобувача.** Автором самостійно визначені мета та завдання дослідження, розроблена його програма; обрано методи для вирішення поставлених завдань, здійснено збір та накопичення даних з первинної документації, розроблені анкети та проведено соціологічне дослідження серед медичних працівників та пацієнтів, проаналізовано і систематизовано результати розрахунку ризиків виникнення захворювань серед населення Сумської області, обґрунтована та розроблена модель добровільного медичного страхування на засадах державно-приватного партнерства, узагальнено результати, сформовано висновки, розроблено практичні рекомендації, що знайшло відображення в опублікованих наукових працях за напрямком дослідження.

Розроблені автором наукові положення та отримані дані є самостійним внеском у вирішення проблеми організації медичної допомоги населенню Сумської області на засадах бюджетно-страхової медицини.

У роботах, опублікованих у співавторстві, здобувачеві належить формулювання мети та завдань дослідження, визначення механізмів реалізації моделі державно-приватного партнерства та проведення аналізу результатів.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та результати дослідження оприлюднювалися на: Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю “Інноваційна система управління охороною здоров’я: галузь, регіон, лікарня” (Київ, 2011 р.), науковому семінарі Міжнародного науково-навчального центру інформаційних технологій і систем НАН України (Київ, 2012 р.),

**Публікації.** Результати дослідження знайшли відображення у 5 наукових статтях, опублікованих у фахових виданнях, з них в одноосібному авторстві – 3, в іноземних виданнях – 1.

**Структура та обсяг дисертації**. Дисертація складається із вступу, шести розділів, заключення, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (143 найменування, з них 44 – зарубіжних авторів). Робота ілюстрована 11 рисунками і 14 таблицями. Загальний обсяг складає 149 сторінок.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням виявлено особливості фінансування сучасної системи охорони здоров’я на регіональному рівні та доведено її неспроможність забезпечити потреби населення в якісній медичній допомозі. Науково обґрунтовано та розроблено якісно нову модель фінансового забезпечення закладів охорони здоров’я на основі добровільного медичного страхування, бюджетної медицини та державно-приватного партнерства, впровадження основних елементів якої довело її медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. За результатами аналізу соціально-економічної, медико-демографічної ситуації в Сумській області встановлено, що частка осіб працездатного віку в міських поселеннях становить 63,0±2,3% від загальної кількості населення, у сільській місцевості – 55,2±2,2%, осіб молодших за працездатний вік 13,8±0,8% та 14,1±0,9% відповідно, що свідчіть про наявність потенціалу для розвитку програм добровільного медичного страхування; найбільший ризик захворіти у адміністративних районах (місто Суми – 96,53±7,3%; Кролевецький район –76,43±6,2%; Охтирський район – 72,95±6,1%) із наявними факторами екологічного забруднення й нижчим соціально-економічним розвитком.

2. Визначено основні групи факторів ризику за критерієм пріоритетного впливу на стан здоров’я населення: соціально-економічні індикатори розвитку економіки (Rпкк=0,90; D=81,0%); стан екології (Rпкк=0,80; D=64,0%); рівень розвитку охорони здоров’я (Rпкк=0,75; D=56,2%) та ризики, пов’язані з розповсюдженістю окремих захворювань і смертністю від них (Rпкк=0,52; D=27,0%). Підтверджено найбільший ризик захворіти на хвороби системи кровообігу (31,35% у 2008 р. до 31,87% – у 2012 р.), в структурі яких виділяється найбільший відсоток хворих на гіпертонічну хворобу (13,20% у 2008 р. та 14,33% – у 2012 р.).

3. Доведено, що в Сумській області існують достатні передумови розвитку добровільного медичного страхування на засадах державно-приватного партнерства у вигляді сформованого нормативно-правового забезпечення; п’яти відсотків населення області, яке користується програмами добровільного медичного страхування; інформаційно-технологічної платформи (забезпеченість персональними комп’ютерами понад 80%; 70% закладів підключені до мережі Інтернет).

4. Обґрунтовано функціонально-структурну модель добровільного медичного страхування на засадах державно-приватного партнерства, організація діяльності якої забезпечується координаційною радою при обласній державній адміністрації, до складу якої входять представники провайдерів медичних послуг, громадськості та страхових компаній. Головною функцією координаційної ради є здійснення нагляду за дотриманням угод реалізації загальної діяльності бюджетної медицини та добровільного медичного страхування, а державно-приватне партнерство розглядається як соціальна ієрархічна складова управління системою надання медичної допомоги.

5. Обґрунтовано модель інформаційно-програмного забезпечення підтримки функціонування системи добровільного медичного страхування, в основу якої покладено принцип управлінського обліку, із сформованим інформаційним блоком, в якому якісно новим елементом є інформаційно-довідкова система, що включає дані щодо контрактів, резервування, провайдерів послуг, заявки на організацію послуг, біллінг, шпиталізацію, специфікацію та спеціально організований контакт-центр. Новим елементом моделі є наявність менеджера по роботі зі страховими компаніями, який генерує інформаційно-довідкові джерела та готує варіанти управлінських рішень.

6. За результатами експертної оцінки запропонованої моделі добровільного медичного страхування на засадах державно-приватного партнерства доведено високий ступінь узгодженості думок експертів (w=0,84) щодо рівня медичної (сумарно 43±2,7 бали з 50), соціальної (сумарно 27±2,2 балів з 30) та економічної (сумарно 17±0,8 балів з 20) ефективності.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати проведеного наукового дослідження дозволяють запропонувати для впровадження в практику організації медичної допомоги населенню сучасну функціонально-структурну модель добровільного медичного страхування на засадах бюджетної медицини та державно-приватного партнерства, для чого необхідно:

* Міністерству охорони здоров’я України:

- при розробці нормативно-правових документів враховувати основні положення запропонованої моделі;

- розробити пропозиції щодо нормативно-правових засад взаємодії органів управління охорони здоров’я із страховими компаніями з питань впровадження державно-приватного партнерства.

2. Проблемній комісії МОЗ та НАМН України "Соціальна медицина":

- пропонувати виконання окремих наукових досліджень з проблем добровільного медичного страхування на засадах бюджетної медицини та державно-приватного партнерства.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Опитування медичного персоналу та пацієнтів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.eu–shc.com.ua/ua/news/22–8–2008/22/ — Заголовок з екрану.

2. Баєва О. Аналіз соціально-економічного досвіду із запровадження страхової медицини [Електронний ресурс] / О. Баєва. — Режим доступу : <http://www.info–library.com.ua/index.phppagemagazine&show> – Заголовок з екрану.

3. Кісельов Є. М. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в Україні / Є. М. Кісельов, С. В. Бурлаєнко, І. Г. Кірпа // Фінансові послуги. — 2009. — № 1. — С. 24 – 27.

4. Нагайчук Н. Г. Суб’єктна складова добровільного медичного страхування / Н. Г. Нагайчук // Вісник КНТЕУ. — 2006. — № 1. — С. 64 – 69.

5. Стецюк Т. І. Показники розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні / Т. І. Стецюк // Наука й економіка. — 2009. — № 4 (16), Т. 1. — С. 143 – 147.

6. Черешнюк Г. С. Проблеми впровадження добровільного медичного страхування та шляхи їх розв’язання / Г. С. Черешнюк, І. В. Сергета // Фінансові послуги. — 2006. — № 2. — С. 22 – 26.

7. Про страхування: закон України № 85/96–ВР від 07.03.1996 р. // Відомості Верховної Ради України. — 1996. — № 18. — С. 78.

8. Life expectancy at birth / World Health Organization, 2011.

9. Щепин О. П. Общественное здоровье и здравоохранение / О. П. Щепин, В. А. Медик. — Санкт–Петербург : ГЭОТАР–Медиа, 2011. — 592 с.

10. Медик В. А. Заболеваемость населения: История, современное состояние и методология изучения / В. А. Медик. — Санкт–Петербург : Медицина, 2003. — 512 с.

11. Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения / Т. М. Максимова. — М. : ПЕР СЭ, 2002. — 192 с.

12. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности / Всемирная организация здравоохранения. — Женева, 2000. — 232 с.

13. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. 2002 г. / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2000. – Европейская серия. – № 97. – 156 с.

14. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе: Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения / Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005.

15. Здоровье–21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ / Европейская серия по достижению здоровья для всех. – Копенгаген, 1999. — № 6. — 310 с.

16. Health care systems in transition: Slovenia / Т. Albreht [et al.] // Health Systems in Transition. — 2002. — № 4 (3). — Р. 1 – 89.

17. Health Insurance Institute of Slovenia (2006) [Електронний ресурс] / Health Insurance Institute of Slovenia, Ljubljana. – Режим доступу : http://www.zzzs.si. – Заголовок з екрану.

18. Couffinhal A. Health system financing in Estonia / А. Couffinhal, Т. Habicht. – WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2005.

19. Foubister T. Health care financing in ten central and eastern European countries [Неопубликованные данные] / Т. Foubister, S. Thomson, Е. Mossialos. – 2004.

20. Health care systems in transition : Estonia / М. Jesse [et al.] // (2004). Health Systems in Transition. — 2004. — № 6 (11). — Р. 1 – 142.

21. Les professions de santé, éléments d’information statistiques / S. Audric, Х. Niel, D. Sicart, А. Vilain // Solidarité et santé. – Paris : DREES, 2001. — № 1. — Р. 115 –135.