

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності
та публічного управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

КУЧЕР ЄЛИЗАВЕТА ВОЛОДИМИРІВНА

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 351
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ
СТРАХУВАННЯМ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ**

(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

Є. В. КУЧЕР

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи

ЛИТВИНЧУК Ірина Леонідівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

доктор економічних наук, професор

(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: КУЧЕР Єлизавету Володимирівну допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» грудня 2023 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я та прізвище)

«_____» _____ 2023 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої КУЧЕР Єлизавета Володимирівна захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

КУЧЕР Є. В. Формування системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 – «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2023.

Досліджено теоретичні основи управління медичним страхуванням, зокрема поняття та види медичного страхування, систему управління медичним страхуванням, управління медичним страхуванням в територіальних громадах. Проведено аналіз нормативно-правової бази управління медичним страхуванням в територіальних громадах України. Проаналізовано стан управління медичним страхуванням в територіальних громадах України. На основі теоретичних положень та практичного досвіду управління медичним страхуванням в територіальних громадах України сформовано систему управління медичним страхуванням в територіальних громадах.

Ключові слова: управління медичним страхуванням, територіальні громади, теоретичні основи, практичний досвід, формування системи, принципи, структура, функції, механізм реалізації, державне управління, місцеве самоврядування, нормативно-правова база, стан управління, вдосконалення управління.

SUMMARY

KUCHER Ye. Establishment of a medical insurance management system in territorial communities. – Manuscript.

Qualification work for the degree of «Master» in specialty 281 – «Public administration» – Polissya National University, Zhytomyr, 2023.

Research on the theoretical foundations of medical insurance management, including the concept and types of medical insurance, the medical insurance management system, and medical insurance management in territorial communities. Analysis of the regulatory and legal framework for medical insurance management in territorial communities of Ukraine. Analysis of the state of medical insurance management in territorial communities of Ukraine. Based on the theoretical provisions and practical experience of medical insurance management in territorial communities of Ukraine, the medical insurance management system in territorial communities has been formed.

Key words: medical insurance management, territorial communities, theoretical foundations, practical experience, system formation, principles, structure, functions, implementation mechanism, public administration, local self-government, regulatory and legal framework, state of management, improvement of management.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ	8
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	26
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ УКРАЇНИ	28
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	35
РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ	39
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	54
ВИСНОВКИ	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	58
ДОДАТКИ	63

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Здоров'я людини – найважливіший ресурс, якість якого залежить від працездатності та підприємницької активності. Отже, з розвитком науки і технологій і зростанням добробуту населення виникає потреба в медичному страхуванні громадян. Зокрема, роль медичного страхування з кожним роком зростає в Україні, так з 2017 року, після введення медичної реформи, була проведена реструктуризація та автоматизація медицини, і, як наслідок, зростає довіра громадськості до медичних показників, що призводить до збільшення числа випадків, коли люди надають перевагу медичному страхуванню, так соціальна відповідальність і необхідність медичного страхування відповідно зросли.

Актуальність обраної теми обумовлена зростаючою проблемою медичного обслуговування в сучасному світі і важливістю медичного страхування для особистого страхування в цілому. Розвиток цього виду страхування сприятиме досягненню третьої мети сталого розвитку організації Об'єднаних Наці, а саме здоров'я і благополуччя. Отже, якщо ми будемо розповідати про розвиток медичного страхування, ми зможемо залучити більше населення, та відповідно формувати більш свідому націю, яка хоче піклуватися про своє здоров'я. Крім того, медичне страхування як компонент особистого страхування тісно пов'язане з соціальною відповідальністю держави і являє собою інструмент, який перекладає певний тягар соціального забезпечення з держави на окремих осіб або окремих громадян. розвиток медичного страхування є ключем до досягнення високих соціальних стандартів і платформою для реалізації реформ системи охорони здоров'я.

Нестабільність в економічній та соціальній сфері економіки держави посилює роль страхування у забезпеченні фінансової безпеки, сталого економічного розвитку та підвищенні добробуту населення. Тому має сенс виявити позитивні і негативні тенденції в розвитку медичного страхування в нашій країні і намітити напрямок подальшого вдосконалення з введенням

обов'язкового медичного страхування (обов'язкового медичного страхування) і формуванням добровільного медичного страхування (ОМС) з метою створення єдиної системи медичного страхування, оптимальна організаційна структура та модель фінансової підтримки.

Теоретичні основи трактування категорії медичного страхування, встановлення його функцій та принципів представлено в працях вітчизняних науковців Солдатенко О., Андрушків І., Базилевич В., Бабець І. та інших. Наукові ідеї щодо формування організаційно-економічних механізмів будови системи медичного страхування, безпосередніх методів фінансування галузі охорони здоров'я та оцінки ефективності функціонування медичного страхування розглянуті в роботах Полозенко Д., Малікової І., Стецюк Т., Фесенко Н. та інших авторів. Проте незважаючи на значну кількість робіт, присвячених проблематиці медичного страхування, деякі аспекти вимагають поглибленого дослідження та узагальнення при урахуванні адміністративно-територіальної реформи та детального вивчення та рівні громади.

Метою кваліфікаційної роботи визначення та обґрунтування принципів формування ефективної системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах для забезпечення оптимальної якості та доступності медичних послуг.

Відповідно до визначеної мети було поставлено наступні *завдання*:

- розглянути теоретичні основи управління медичним страхуванням в територіальних громадах
- проаналізувати нормативно-правову базу управління медичним страхуванням в територіальних громадах
- проаналізувати стан управління медичним страхуванням в територіальних громадах України
- розробити принципи, структуру, функції та механізм реалізації системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах

Об'єктом кваліфікаційної роботи є організаційні та фінансові аспекти управління медичним страхуванням в контексті територіальних громад.

Предметом кваліфікаційної роботи є формування системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах.

Методи дослідження. Під час проведення було застосовано наступні наукові методи: аналіз літературних джерел (вивчення наукової літератури та законодавства, що регулює медичне страхування та системи управління); емпіричні методи: (збір та аналіз даних, отриманих від учасників системи медичного страхування, в тому числі представників громад та медичних установ); експертне опитування (залучення експертів з галузі медичного страхування та управління для отримання думок та рекомендацій); моделювання (розробка моделей систем управління медичним страхуванням для територіальних громад); компаративний аналіз (порівняння досвіду різних територіальних громад щодо впровадження систем управління медичним страхуванням).

Перелік публікацій автора за темою дослідження. За темою дослідження опубліковано три тези в збірниках науково-практичних конференцій Поліського національного університету.

Практичне значення отриманих результатів полягає в наданні конкретних порад та стратегій для влади щодо вдосконалення системи управління медичним страхуванням. Забезпечення доступності та підвищення якості медичних послуг через оптимальне використання ресурсів та ефективне управління. Створення механізмів для активної участі громадян у формуванні та моніторингу системи медичного страхування.

Елементи наукової новизни полягає в розробці нового концептуального підходу до створення та вдосконалення системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах, який враховує сучасні тенденції та специфіку місцевих потреб.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота містить вступ, три розділи основної частини та висновки до них, загальна висновки, список використаних джерел. Основний текст роботи викладено на 61 сторінках. Список використаних джерел включає 42 найменувань.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ

Поняття та види медичного страхування

Медичне страхування – це вид страхування, який передбачає компенсацію витрат, пов'язаних із лікуванням та охороною здоров'я. Медичне страхування є одним із основних видів соціального захисту населення, оскільки забезпечує доступ до медичної допомоги незалежно від фінансового стану. Мета медичного страхування – захист застрахованих осіб від фінансових ризиків, пов'язаних із хворобами, травмами та іншими непередбачуваними подіями, які потребують медичної допомоги. Мета медичного страхування виходить за межі простого фінансового захисту і визнається як стратегічний інструмент для забезпечення повноцінного фізичного та соціального благополуччя населення. Основні аспекти мети медичного страхування включають:

1. Захист від фінансових ризиків: головною метою є забезпечення застрахованих осіб фінансовим захистом у випадках хвороб, травм та інших несподіваних ситуацій, що вимагають медичної допомоги. Це дозволяє уникнути серйозних економічних труднощів для осіб та їх сімей у разі виникнення непередбачуваних медичних витрат.

2. Забезпечення доступу до медичної допомоги: мета також полягає в гарантуванні доступності якісних медичних послуг для всіх верств населення. Це важливо не лише для індивідуального благополуччя, але й для загального здоров'я суспільства.

3. Попередження фінансових криз: медичне страхування сприяє зменшенню ризику фінансових криз, пов'язаних із непередбаченими медичними витратами. Це дозволяє людям зосередитися на своєму одужанні та відновленні здоров'я, не переймаючись економічними труднощами.

4. Стимулювання профілактичних заходів: медичне страхування може включати в себе ініціативи та програми, спрямовані на підвищення обізнаності та підтримку профілактичних заходів. Це може включати регулярні медичні огляди, вакцинації та інші заходи, спрямовані на збереження здоров'я [20].

Загалом, мета медичного страхування полягає в створенні стійкого механізму соціально-економічного захисту, що сприяє якісній медичній допомозі та збереженню здоров'я населення.

Медичне страхування грає ключову роль у забезпеченні безпеки та добробуту населення, адже воно визначається не лише як фінансовий інструмент, але й як механізм, спрямований на збереження та поліпшення загального стану здоров'я суспільства. Забезпечуючи компенсацію витрат на лікування, медичне страхування сприяє доступності якісних медичних послуг, а також зниженню фінансового тиску на особистий бюджет застрахованих осіб.

Цей вид страхування взаємодіє з системою охорони здоров'я, сприяючи фінансуванню медичних закладів та розвитку новітніх технологій у галузі медицини. Важливою складовою мети медичного страхування є забезпечення своєчасного доступу до необхідних медичних процедур та ліків, що сприяє попередженню та лікуванню захворювань на ранніх стадіях.

Крім того, медичне страхування стимулює профілактичні заходи та здоровий спосіб життя серед населення, оскільки його учасники мають інвестиції до збереження власного здоров'я. Такий підхід сприяє підвищенню якості життя, зниженню захворюваності та веде до сталого покращення здоров'я нації в цілому. Таким чином, медичне страхування є важливим інструментом у підтримці фізичного та економічного благополуччя суспільства.

Сутність медичного страхування базується на взаємодії між страховиком та застрахованими особами у рамках договору. Застосування цього виду страхування визначається тим, що застраховані особи регулярно сплачують страхові внески, які стають джерелом формування страхового фонду. Страховик, у свою чергу, бере на себе фінансові зобов'язання та ризики,

пов'язані із забезпеченням медичного обслуговування та лікування у випадку страхового випадку [19].

Страховий випадок визначається договором медичного страхування і є ключовою подією, що стає підставою для виплати страхової суми. Це може бути хвороба, травма, або інша ситуація, яка вимагає медичного втручання та лікування. Компенсація витрат на медичні послуги, ліки, процедури та інші пов'язані здоров'ям витрати стає головним механізмом, за допомогою якого медичне страхування реалізує свою основну мету - захист фінансового стану та здоров'я застрахованих осіб у непередбачуваних обставинах.

Така взаємодія визначає структуру та функціонування системи медичного страхування, сприяючи створенню стійкого та ефективного механізму соціального захисту, який гарантує доступність медичної допомоги та зменшення фінансового ризику для всіх учасників системи.

Медичне страхування поділяється на два основні види:

- Загальнообов'язкове соціальне медичне страхування (ЗОСМС) – це вид медичного страхування, який забезпечує гарантований державою мінімальний обсяг медичної допомоги для всіх громадян України.
- Добровільне медичне страхування (ДМС) – це вид медичного страхування, який надається на добровільних засадах і передбачає більш широкий обсяг медичних послуг, ніж ЗОСМС [30].

ЗОСМС є обов'язковим для всіх громадян України, які працюють, а також для осіб, які навчаються у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації. ЗОСМС є системою, яка створена на рівні держави та має за мету забезпечення доступності базового рівня медичної допомоги для всіх громадян. ЗОСМС передбачає встановлення державою гарантованого мінімального пакету медичних послуг, який включає основні медичні процедури та лікування. Це створює єдиний стандарт для всіх застрахованих осіб і гарантує базовий рівень медичної допомоги для всього населення. Фінансування ЗОСМС здійснюється через обов'язкові внески громадян, які є платниками страхових внесків. Ці внески частково або повністю компенсуються державою для

окремих категорій населення. Також ЗОСМС створює умови для універсального покриття всього населення, незалежно від їхнього соціального стану чи фінансового положення. Це сприяє соціальній справедливості та рівному доступу до медичної допомоги.

ЗОСМС забезпечує застрахованим особам певні медичні послуги. Наприклад первинна медична допомога включає в себе консультації сімейних лікарів, педіатрів, інших спеціалістів на рівні поліклінік та лікарень. Амбулаторно-поліклінічна допомога охоплює широкий спектр амбулаторних процедур, діагностики, терапії та інших медичних послуг у лікувальних закладах. Стаціонарна медична допомога забезпечує госпіталізацію та лікування у стаціонарних умовах у випадках важких захворювань чи травм. Медико-реабілітаційна допомога включає в себе реабілітацію після хвороб, травм та операцій для відновлення фізичного та психологічного стану пацієнтів. Екстрена медична допомога забезпечує негайну допомогу в невідкладних ситуаціях та аварійних випадках [19].

Ці послуги входять до обов'язкового пакету медичного страхування, що гарантує учасникам системи доступ до основних медичних послуг у разі необхідності. Обов'язкове соціальне медичне страхування визначає стандарт для медичного обслуговування і виступає основним засобом соціального захисту населення в Україні.

Добровільне медичне страхування є формою медичного страхування, яка надається на добровільних засадах та дозволяє застрахованим особам отримувати більший обсяг медичних послуг за додаткову плату. ДМС надає можливість застрахованим особам отримувати додаткові медичні послуги, які можуть включати консультації лікарів, дороговартісні процедури, операції та інші високотехнологічні медичні послуги. ДМС дозволяє отримувати швидкий доступ до різноманітних діагностичних процедур, включаючи обстеження, аналізи та інші дослідження. Цей вид страхування покриває вартість оперативних втручань та хірургічних операцій, надаючи пацієнтам можливість отримати високотехнологічні медичні послуги. ДМС може включати в себе

витрати на придбання ліків та медичних препаратів, які не входять до стандартного покриття. Учасники можуть скористатися профілактичними медичними оглядами та дослідженнями для раннього виявлення потенційних проблем зі здоров'ям. ДМС може включати витрати на стоматологічні послуги, консультації спеціалістів та інші медичні послуги, що виходять за рамки загального стандарту. Також добровільне медичне страхування дозволяє отримати підтримку та фінансування для процесу реабілітації після хвороби, травми чи хірургічного втручання [16].

Учасники ДМС мають можливість вибрати страховий план, який найкраще відповідає їхнім потребам. Це включає обрання медичних закладів, лікарів та інших параметрів, які важливі для пацієнта. Вони також можуть отримати відшкодування витрат або безпосередньо використовувати страховий поліс для покриття вартості медичних послуг. Це створює систему страхування витрат, що спрощує фінансовий біль пацієнтів в разі необхідності отримання медичної допомоги.

ДМС надає учасникам можливість обирати конкретні медичні заклади, лікарів та медичних спеціалістів, що відкриває широкі можливості для отримання високоякісної медичної допомоги. ДМС може доповнювати обов'язкове соціальне медичне страхування, дозволяючи пацієнтам отримувати додаткові медичні послуги та покращений рівень обслуговування. Добровільне медичне страхування дозволяє вибрати страхову компанію та план відповідно до індивідуальних уподобань, що забезпечує конкуренцію на ринку та підвищує якість обслуговування.

Добровільне медичне страхування є додатковою можливістю для гарантування високоякісної медичної допомоги, яка виходить за рамки обов'язкових стандартів. Його гнучкість, розширений обсяг послуг і індивідуальний підхід роблять його затребуваним серед тих, хто бажає додатковий рівень захисту та доступ до розширеного спектру медичних послуг.

Медичне страхування забезпечує фінансовий захист та доступ до якісної медичної допомоги. Воно гарантує, що учасники можуть отримати необхідне

лікування без серйозного впливу на їхній бюджет. Медичне страхування також сприяє зменшенню фінансового стресу, пов'язаного з непередбаченими медичними витратами.

Однією з ключових переваг є гнучкість вибору медичних закладів та лікарів. Учасники можуть самостійно обирати медичні установи та спеціалістів, що відповідає їхнім потребам та вподобанням. Це сприяє індивідуалізації медичного обслуговування та забезпечує задоволення пацієнтів.

Медичне страхування також включає розширений обсяг медичних послуг, таких як діагностичні дослідження, операції, закупівля лікарських засобів, профілактичні огляди, а також оплату послуг стоматолога та реабілітації після хвороби чи травми. Це дозволяє отримати комплексне медичне обслуговування, враховуючи різноманіття потреб пацієнтів [27].

Плюсом є індивідуальний вибір страхових компаній та страхових планів, що стимулює конкуренцію та підвищення якості обслуговування. Медичне страхування може також доповнювати обов'язкове соціальне медичне страхування, надаючи додатковий рівень захисту.

Узагальнюючи, медичне страхування надає фінансовий комфорт, розширює спектр медичних послуг, гарантує індивідуальний вибір та є ключовим елементом забезпечення доступу до якісної медичної допомоги.

Медичне страхування, незважаючи на свої численні переваги, також володіє певними недоліками. Один з основних недоліків полягає в тому, що вартість страхових премій може бути високою, особливо для осіб із низьким рівнем доходу. Це може створювати фінансові труднощі для тих, хто не може дозволити собі регулярні внески.

Крім того, медичне страхування часто пов'язане зі складними політиками та умовами. Умови страхових полісів можуть бути витонченими, а деякі аспекти медичного покриття можуть бути виключені зі страхування. Це може призводити до розчарування та непорозумінь у випадку, коли пацієнт очікує оплати певних медичних послуг, але вони не входять до покриття.

Додатковою проблемою може бути наявність обмежень та виключень у страховому покритті. Деякі захворювання чи процедури можуть бути виключені зі страхового покриття, що обмежує можливості пацієнта отримати комплексне лікування за рахунок страхування.

Крім того, існує можливість підвищення премій після подання клейма чи випадку хронічного захворювання, що може зробити медичне страхування недоступним для деяких осіб. Також, існує ризик того, що пацієнти можуть стикатися із великою кількістю адміністративних формальностей та бюрократичних процедур при поданні клеймів та зверненні за страховою допомогою.

Враховуючи ці аспекти, слід визнати, що медичне страхування, хоча і є важливим засобом фінансового та медичного захисту, все ж може ставити певні виклики для своїх учасників, особливо у випадках обмежених фінансових можливостей та непрозорих політик страхових компаній.

Медичне страхування виступає важливим інструментом, забезпечуючи фінансовий захист та доступ до якісної медичної допомоги. Обов'язкове соціальне медичне страхування (ЗОСМС) гарантує базовий рівень медичних послуг для всього населення, тоді як добровільне медичне страхування (ДМС) надає можливість розширеного покриття та індивідуального вибору.

Переваги медичного страхування включають фінансовий комфорт, гнучкість у виборі медичних послуг та лікарів, розширений обсяг медичного покриття та індивідуалізацію обслуговування. Однак існують і недоліки, такі як високі вартості премій, складність умов та обмеження в страховому покритті.

Загалом, медичне страхування виконує важливу роль у забезпеченні здоров'я та фінансового благополуччя громадян. Ефективне поєднання обов'язкового та добровільного підходів може створити комплексну систему, яка задовольняє різноманітні потреби суспільства у медичній допомозі та страховому захисті [25].

Система управління медичним страхуванням.

Система управління медичним страхуванням – це сукупність органів та організацій, які забезпечують функціонування медичного страхування. Система управління медичним страхуванням охоплює важливий комплекс дій і структур, які спрямовані на забезпечення ефективного функціонування медичного страхування. До її складових елементів входять органи державного управління, страхові компанії, медичні установи, а також самі пацієнти. Органи державного управління визначають правила та стандарти, регулюють діяльність страхових компаній і надають настанови забезпеченню якісної медичної допомоги. Страхові компанії відповідають за збір внесків від страхувальників і надають фінансове покриття у разі потреби. Медичні установи взаємодіють зі страховими компаніями та надають медичні послуги. Пацієнти, у свою чергу, користуються медичним страхуванням для отримання доступної і якісної медичної допомоги, дотримуючись встановлених процедур та правил. Таким чином, система управління медичним страхуванням взаємодіє з усіма цими складовими для забезпечення ефективного та доступного медичного обслуговування населення. Система управління медичним страхуванням виконує низку важливих завдань для забезпечення ефективного функціонування і надання необхідної медичної допомоги. По-перше, вона встановлює стандарти та правила, які регулюють функціонування страхових програм та взаємодію всіх учасників системи. Це включає в себе визначення обсягу медичних послуг, умови оплати, а також процедури взаємодії між страховиками, медичними установами та пацієнтами [31].

Другим важливим завданням є фінансовий аспект, де система управління контролює збір та розподіл фінансових ресурсів. Це включає визначення внесків страхувальників, розрахунок премій, управління фондами для покриття витрат на медичні послуги та планування бюджету для забезпечення фінансової стійкості системи.

Третім завданням є регулювання взаємодії між медичними установами та страховими компаніями. Система управління встановлює механізми оплати за

надані послуги, контролює якість медичної допомоги та забезпечує виконання умов договорів між учасниками системи.

Крім того, система управління відповідає за викладення та реалізацію політик, спрямованих на підвищення доступності та якості медичних послуг. Це може включати в себе програми профілактики, контроль за захворюваністю та інші ініціативи для покращення здоров'я населення.

В цілому, система управління медичним страхуванням має завдання встановлення стандартів та правил, ефективного фінансового управління, регулювання взаємодії та покращення якості медичних послуг для забезпечення повноцінного функціонування медичного страхування.

Основні органи системи управління медичним страхуванням включають державні установи, страхові компанії, медичні установи та пацієнтів. Державні установи визначають законодавчі рамки і стандарти для функціонування медичного страхування, розробляють політику та надають регуляторні директиви, спрямовані на забезпечення ефективності та якості медичної допомоги.

Страхові компанії виступають ключовими гравцями у системі, збираючи внески від страхувальників та надаючи фінансове покриття для медичних послуг. Вони також взаємодіють із державними органами, дотримуючись встановлених норм і виконуючи регуляторні вимоги [7].

Медичні установи, у свою чергу, входять у контракти зі страховими компаніями і забезпечують медичні послуги, враховуючи умови та угоди, укладені зі страховиками. Вони також зобов'язані дотримуватись стандартів якості, визначених системою управління медичним страхуванням, та представляти звіти про свою діяльність.

Пацієнти, як страхувальники, взаємодіють з системою, сплачуючи внески та користуючись медичними послугами, які надаються через їхніх страховиків. Вони відіграють активну роль у забезпеченні свого здоров'я та дотриманні визначених процедур та умов медичного страхування.

Узагальнено, органи системи управління медичним страхуванням взаємодіють та співпрацюють для забезпечення ефективності, доступності та якості медичних послуг, пропонуючи комплексний підхід до управління цією важливою сферою здоров'я та страхування.

Державні установи в системі управління медичним страхуванням виконують ряд функцій. По-перше, вони розробляють та встановлюють нормативи та стандарти для забезпечення ефективності та якості медичної допомоги. Це охоплює визначення обсягу медичних послуг, встановлення умов оплати та вирішення питань, пов'язаних з регулюванням діяльності страхових компаній та медичних установ.

Страхові компанії, у свою чергу, здійснюють функції зі збору внесків від страхувальників та надання фінансового покриття для медичних послуг. Вони розробляють та впроваджують системи фінансового управління, визначають розмір премій, а також управляють фондами для забезпечення фінансової стійкості та достатності ресурсів для виплат.

Медичні установи виконують ключові функції у забезпеченні медичних послуг, укладаючи контракти зі страховими компаніями та забезпечуючи надання лікарської допомоги на умовах, визначених угодами. Вони також зобов'язані дотримуватись встановлених стандартів якості та надавати відомості щодо своєї діяльності [16].

Пацієнти, як страхувальники, виконують функції споживачів медичних послуг. Вони сплачують внески, користуються послугами та дотримуються визначених правил та обов'язків. Таким чином, вони активно взаємодіють з системою управління медичним страхуванням для забезпечення свого здоров'я та використання доступних медичних ресурсів.

Узагальнено, функції органів системи управління медичним страхуванням включають встановлення стандартів, фінансове управління, надання та отримання медичних послуг, а також активну участь пацієнтів у процесі.

Держава в системі управління медичним страхуванням виконує ряд важливих функцій. По-перше, вона встановлює нормативи та стандарти, регулюючи діяльність страхових програм та надаючи орієнтаційні директиви для забезпечення ефективності та якості надання медичних послуг.

Державні органи також відповідають за фінансовий аспект системи. Вони визначають механізми збору та розподілу фінансових ресурсів, контролюють процеси фінансового планування, встановлюють внески страхувальників та забезпечують стійкість фінансових потоків для надання необхідної медичної допомоги.

У регулюванні взаємодії в системі держава встановлює механізми оплати за надані медичні послуги, контролює якість медичної допомоги та визначає стандарти, якими повинні керуватися страхові компанії та медичні установи.

Поза цим, держава виконує функцію формування політики, спрямованої на покращення доступності та якості медичних послуг. Це може включати в себе розробку програм профілактики, стратегій контролю за захворюваністю та інші ініціативи, спрямовані на поліпшення стану здоров'я населення.

В цілому, функції держави в системі управління медичним страхуванням охоплюють встановлення стандартів, регулювання фінансів, контроль якості та розробку стратегій для поліпшення системи медичного страхування в цілому.

Страхові компанії, або страховики, у системі управління медичним страхуванням виконують ряд ключових функцій. По-перше, вони здійснюють збір внесків від страхувальників, встановлюючи премії та умови оплати відповідно до укладених страхових угод. Це є основним джерелом фінансування для системи медичного страхування [26].

Далі, страхові компанії відіграють роль фінансових посередників, забезпечуючи фінансове покриття для медичних послуг, які надаються страхувальникам. Вони управляють фондами та розподіляють фінансові ресурси для покриття різноманітних витрат, пов'язаних з медичними послугами.

Однією з ключових функцій страховиків є укладення контрактів із медичними установами. Це включає встановлення умов оплати за надані послуги та узгодження фінансових деталей. Такі контракти дозволяють забезпечити співпрацю між страховиками та медичними установами для забезпечення доступності та якості медичної допомоги.

Крім того, страхові компанії виконують роль регуляторів в системі. Вони встановлюють та дотримуються визначених стандартів якості, визначають умови політик страхування та здійснюють контроль за використанням фінансових ресурсів.

Загалом, функції страховиків в системі управління медичним страхуванням включають збір внесків, управління фінансовими ресурсами, укладення контрактів з медичними установами та забезпечення регулювання в межах визначених стандартів та політик страхування[14].

Медичні заклади в системі управління медичним страхуванням виконують ряд ключових функцій. По-перше, вони надають медичні послуги страхувальникам, враховуючи умови та стандарти, що були визначені у контрактах зі страховиками. Це може включати в себе консультації лікарів, діагностику, лікування та інші медичні процедури.

Другою функцією медичних закладів є участь у взаємодії зі страховиками щодо оплати за надані послуги. Вони виконують рахунково-фінансову роботу та надають інформацію страховикам для відшкодування витрат на надані медичні послуги.

Медичні заклади також зобов'язані дотримуватись визначених стандартів якості та безпеки надання медичних послуг. Вони взаємодіють із страховиками у сфері контролю за якістю, включаючи виконання обов'язкових стандартів та процедур [16].

Крім того, медичні заклади можуть грати активну роль у процесі страхування пацієнтів. Вони здійснюють медичні процедури та лікування відповідно до умов страхового покриття та співпрацюють зі страховиками для оптимізації вартості та якості надання послуг.

Узагальнюючи, функції медичних закладів в системі управління медичним страхуванням включають надання медичних послуг, участь у взаємодії із страховиками щодо оплати та регулювання якості та безпеки надання медичної допомоги в межах встановлених стандартів.

Ефективність системи управління медичним страхуванням визначається кількома ключовими параметрами, що взаємодіють для забезпечення оптимального функціонування та задоволення потреб всіх учасників. По-перше, фінансова ефективність системи полягає в раціональному використанні фінансових ресурсів, здатних забезпечити необхідне медичне покриття для страхувальників та збереження фінансової стійкості для страхових компаній.

Далі, ефективне управління включає в себе встановлення чітких стандартів та регуляцій, що спрямовані на підтримку якості медичних послуг. Це означає, що система повинна мати механізми контролю та забезпечення відповідності медичних закладів визначеним нормам, що в свою чергу забезпечить пацієнтам доступ до високоякісної медичної допомоги [14].

Ефективність також включає в себе розуміння та задоволення потреб пацієнтів у межах системи медичного страхування. Забезпечення доступності та зручності для пацієнтів, а також врахування їхніх потреб у медичній допомозі, грають критичну роль у підвищенні задоволення та відповідності пацієнтів.

Важливою складовою ефективності є також спроможність системи адаптуватися до змін у сфері медицини, технологій та суспільства загалом. Гнучкість та інноваційність дозволяють системі управління медичним страхуванням ефективно реагувати на виклики та підтримувати свою актуальність [26].

Ефективність системи управління медичним страхуванням ґрунтується на фінансовій стійкості, якості медичних послуг, відповідності потребам пацієнтів та гнучкості у змінних умовах. Ці аспекти взаємодіють, створюючи ефективний та дієвий механізм управління медичним страхуванням.

Управління медичним страхуванням в територіальних громадах.

Управління медичним страхуванням в територіальних громадах – це діяльність органів місцевого самоврядування, спрямована на забезпечення реалізації права громадян на медичну допомогу на території громади. Ця важлива функція включає в себе організацію та координацію системи медичного страхування, забезпечення доступності медичних послуг для всіх членів громади, а також ефективне використання фінансових ресурсів для забезпечення якісної та доступної медичної допомоги. Органи місцевого самоврядування також відповідають за взаємодію з медичними установами, розробку програм профілактики та підтримку ініціатив, спрямованих на підвищення рівня медичної освіти та свідомості громади з питань охорони здоров'я [23].

Управління медичним страхуванням в територіальних громадах охоплює ряд ключових завдань. По-перше, це включає в себе розробку та впровадження ефективних систем медичного страхування, спрямованих на забезпечення всебічного медичного покриття для громадян. Органи місцевого самоврядування взаємодіють із страховими компаніями, медичними установами та іншими зацікавленими сторонами для забезпечення належного фінансування та доступності медичних послуг.

Друге завдання полягає в організації та контролі за медичним обслуговуванням на території громади. Це включає в себе розробку мережі медичних закладів, їх оптимальне розташування та забезпечення високого стандарту надання послуг. Управління медичним страхуванням також взаємодіє з лікарнями, поліклініками та іншими медичними установами для забезпечення ефективної роботи системи.

Третє завдання полягає в розробці та впровадженні програм профілактики захворювань та підвищенні медичної освіти серед населення. Органи місцевого самоврядування здійснюють заходи з попередження захворювань, проводять інформаційні кампанії та підтримують ініціативи, спрямовані на підвищення рівня свідомості громади щодо здоров'я [16].

Загалом, управління медичним страхуванням в територіальних громадах спрямоване на створення системи, яка забезпечить доступність та якість медичної допомоги, ефективне використання ресурсів та покращення загального стану здоров'я населення.

Органи управління медичним страхуванням в територіальних громадах включають в себе різноманітні структури та інституції, які спільно працюють для забезпечення ефективної організації та надання медичних послуг на місцевому рівні. Місцеві органи самоврядування, зазвичай, відіграють ключову роль у визначенні стратегій та політик в галузі медичного страхування.

На першому рівні влади знаходяться органи місцевого самоврядування, такі як міські та сільські ради. Вони приймають рішення щодо фінансування програм медичного страхування, визначають обсяги виділених коштів та розподіл їх між різними медичними закладами.

Додатково, управління медичним страхуванням передбачає взаємодію з органами державного управління у сфері охорони здоров'я. Такі органи визначають стандарти надання медичних послуг, розробляють нормативи та контролюють виконання медичних програм на місцевому рівні [20].

Крім того, управління медичним страхуванням включає страхові компанії, які можуть мати спільні проекти з місцевими органами для оптимізації системи страхування та забезпечення ефективного використання ресурсів.

Усі ці органи спільно взаємодіють у вирішенні питань, пов'язаних із страхуванням та організацією медичних послуг, з метою створення ефективної та доступної системи медичного обслуговування для мешканців територіальних громад.

Функції органів управління медичним страхуванням в територіальних громадах розподіляються для забезпечення ефективного функціонування системи медичного страхування та надання належних медичних послуг мешканцям. На місцевому рівні місцеві органи самоврядування відіграють ключову роль у визначенні та реалізації цих функцій [28].

По-перше, до функцій входить розробка та впровадження стратегій медичного страхування, які враховують потреби громади та забезпечують адекватне фінансування для оплати медичних послуг. Органи місцевого самоврядування приймають рішення щодо обсягів фінансування та розподілу коштів між різними медичними установами.

Другою функцією є організація та контроль над медичним обслуговуванням в громаді. Це включає в себе впровадження стандартів надання медичних послуг, визначення оптимального розташування медичних закладів та забезпечення високого рівня якості медичної допомоги.

Третьою функцією є розробка та впровадження програм профілактики захворювань, які спрямовані на підвищення рівня здоров'я громади. Місцеві органи взаємодіють з медичними установами, страховими компаніями та іншими зацікавленими сторонами для реалізації цих програм.

Отже, органи управління медичним страхуванням в територіальних громадах спільно виконують ці функції для забезпечення ефективної та доступної системи медичного обслуговування на місцевому рівні.

Функції ради громади в управлінні медичним страхуванням включають в себе ряд важливих аспектів, спрямованих на забезпечення ефективної медичної допомоги для мешканців громади.

По-перше, рада громади здійснює функцію розробки та ухвалення стратегій медичного страхування на рівні громади. Вона визначає пріоритети в галузі охорони здоров'я, враховуючи потреби та особливості конкретної громади. Рада приймає рішення щодо виділення бюджетних коштів на програми медичного страхування та визначає шляхи оптимізації витрат [17].

Другою важливою функцією є взаємодія з медичними установами та страховими компаніями для укладення угод та забезпечення доступності якісних медичних послуг. Рада громади може узгоджувати умови співпраці, контролювати якість надання медичних послуг та вирішувати питання щодо розташування медичних закладів на території громади.

Третя функція ради громади включає участь у впровадженні програм профілактики захворювань та підвищення рівня медичної освіти серед населення. Рада може підтримувати ініціативи, спрямовані на попередження захворювань та підвищення свідомості громадян щодо здоров'я.

Отже, рада громади виступає важливим органом управління медичним страхуванням на рівні громади, виконуючи різнобічні функції для забезпечення оптимального функціонування системи медичного обслуговування та задоволення потреб мешканців.

Функції виконавчого органу ради громади в управлінні медичним страхуванням зазвичай визначаються для забезпечення реалізації прийнятих радою рішень та ефективного управління програмами медичного страхування на місцевому рівні.

По-перше, виконавчий орган ради відповідає за розробку та впровадження стратегій медичного страхування в рамках затвердженого радою плану. Це включає в себе визначення пріоритетів, виділення бюджетних коштів, а також контроль за ефективністю витрат.

Друга важлива функція виконавчого органу - це координація взаємодії з медичними установами та страховими компаніями. Виконавчий орган може укладати угоди, визначати умови співпраці, контролювати якість надання медичних послуг та вирішувати питання щодо інфраструктури медичної системи в громаді.

Третя функція виконавчого органу полягає в участі у впровадженні програм профілактики та освітніх заходів в галузі охорони здоров'я. Виконавчий орган може активно підтримувати ініціативи, спрямовані на підвищення рівня свідомості громади та попередження захворювань [26].

Отже, виконавчий орган ради громади в управлінні медичним страхуванням виконує роль важливого посередника між прийнятими радою рішеннями та їх практичною реалізацією, координуючи дії та забезпечуючи ефективність системи медичного обслуговування на місцевому рівні.

Комісія з питань охорони здоров'я ради громади відіграє важливу роль у визначенні та впровадженні стратегій управління медичним страхуванням на рівні громади. Її функції включають різноманітні аспекти, спрямовані на забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я.

По-перше, комісія взаємодіє з громадою та слухає її потреби та пропозиції в галузі медичного страхування. Вона може проводити громадські слухання, збирати відгуки та представляти інтереси громади в процесі розробки та впровадження медичних програм.

Друга функція комісії - це моніторинг та аналіз стану охорони здоров'я в громаді. Комісія може вивчати статистичні дані, аналізувати ефективність медичного страхування та роботу медичних закладів, а також виявляти проблеми та розробляти рекомендації для їх вирішення.

Третя функція комісії – це сприяння впровадженню програм профілактики та освітніх заходів у сфері охорони здоров'я. Комісія може підтримувати ініціативи, спрямовані на попередження захворювань та підвищення рівня свідомості громади щодо здоров'я.

Отже, комісія з питань охорони здоров'я виконує роль посередника між громадою та владними структурами в управлінні медичним страхуванням, забезпечуючи взаємодію, врахування потреб громади та сприяння створенню ефективної системи медичного обслуговування на місцевому рівні.

Ефективність управління медичним страхуванням в територіальних громадах визначається рядом факторів та аспектів, що включають організаційні, фінансові, медичні та соціальні аспекти.

Організаційна ефективність полягає в розробці та впровадженні чітких стратегій медичного страхування, які відповідають потребам конкретної громади. Ефективне планування, координація та моніторинг дій забезпечують оптимальне використання ресурсів та досягнення поставлених цілей [28].

Фінансова ефективність визначається належним управлінням бюджетом, розподілом коштів між різними медичними закладами, а також забезпеченням фінансування програм профілактики та розвитку медичної інфраструктури.

Медична ефективність передбачає забезпечення якісної та доступної медичної допомоги для всіх мешканців громади. Це включає в себе ефективне управління роботою медичних закладів, надання послуг згідно з встановленими стандартами та постійне вдосконалення медичних практик.

Соціальна ефективність означає врахування потреб та інтересів громади в управлінні медичним страхуванням. Це може включати в себе здійснення програм підтримки вразливих груп населення, забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення та впровадження соціальних заходів для підвищення свідомості про охорону здоров'я.

Загалом, ефективність управління медичним страхуванням в територіальних громадах залежить від інтеграції цих різних аспектів та намагання відповідати потребам та очікуванням громади у найкращий спосіб.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

У висновку можна сказати, що медичне страхування виступає важливим інструментом, забезпечуючи фінансовий захист та доступ до якісної медичної допомоги. Обов'язкове соціальне медичне страхування (ЗОСМС) гарантує базовий рівень медичних послуг для всього населення, тоді як добровільне медичне страхування (ДМС) надає можливість розширеного покриття та індивідуального вибору.

Переваги медичного страхування включають фінансовий комфорт, гнучкість у виборі медичних послуг та лікарів, розширений обсяг медичного покриття та індивідуалізацію обслуговування. Однак існують і недоліки, такі як високі вартості премій, складність умов та обмеження в страховому покритті. Загалом, медичне страхування виконує важливу роль у забезпеченні здоров'я та фінансового благополуччя громадян. Ефективне поєднання обов'язкового та добровільного підходів може створити комплексну систему, яка задовольняє різноманітні потреби суспільства у медичній допомозі та страховому захисті.

Зазначено, що держава відіграє ключову роль у регулюванні та встановленні стандартів, створюючи необхідні умови для функціонування системи. Страхові компанії відповідають за фінансовий аспект, збираючи внески та забезпечуючи фінансове покриття. Медичні заклади, у свою чергу, забезпечують надання медичних послуг відповідно до умов страхових угод.

Важливим аспектом є не лише фінансова ефективність, але й забезпечення якісної медичної допомоги та врахування потреб пацієнтів. Гнучкість та здатність системи адаптуватися до змін в медицині та суспільстві є також критичними факторами. У цілому, ефективне управління медичним страхуванням вимагає співпраці між державними установами, страховиками, медичними закладами та пацієнтами. Забезпечення фінансової стійкості, якості медичних послуг та врахування потреб учасників системи є важливими кроками для створення ефективної та доступної системи медичного страхування.

Також у висновку можна відзначити, що управління медичним страхуванням в територіальних громадах є складним завданням, яке вимагає інтегрованого підходу та співпраці різних органів та комісій. Ефективність цього процесу визначається не тільки фінансовими аспектами, але й організаційним управлінням, якістю медичних послуг, адаптацією до потреб громади та соціальними аспектами. Ключовими факторами успіху управління медичним страхуванням є розробка чіткої стратегії, ефективне фінансування, координація роботи медичних установ, врахування соціальних питань та активна участь громадських організацій та комісій. Важливо наголосити на взаємодії між різними рівнями управління та постійному вдосконаленні стратегій для забезпечення якісної та доступної медичної допомоги для всіх членів громади.

У контексті медичного страхування в територіальних громадах, завдання полягає не лише у вирішенні поточних проблем, але й у створенні стійкої системи, яка може ефективно реагувати на зміни у сфері охорони здоров'я та відповідати наростаючим вимогам громади.

РОЗДІЛ 2.

ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ УКРАЇНИ

Аналіз нормативно-правової бази управління медичним страхуванням в територіальних громадах.

Медичне страхування в територіальних громадах є одним із важливих елементів реалізації реформи охорони здоров'я в Україні. Воно спрямоване на забезпечення доступності та якості медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їхнього місця проживання.

Нормативно-правова база управління медичним страхуванням в територіальних громадах складається з наступних законодавчих актів:

- Конституція України (стаття 49);
- Закон України «Про державне соціальне страхування»;
- Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування»;
- Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні»;
- Закон України «Про службу в органах місцевого самоврядування»;
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про органи місцевого самоврядування»;
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Положення про місцеві ради охорони здоров'я» [26].

Конституція України гарантує право кожного громадянина України на охорону здоров'я. Закон України «Про державне соціальне страхування» визначає загальні принципи та механізми державного соціального страхування, до яких відноситься і медичне страхування. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» встановлює правові та організаційні засади загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування [16].

Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» закріплено, що органи місцевого самоврядування в межах своїх повноважень забезпечують здійснення місцевого самоврядування, зокрема, у сфері охорони здоров'я [6].

Законом України «Про службу в органах місцевого самоврядування» визначено правові та організаційні засади служби в органах місцевого самоврядування, зокрема, у сфері охорони здоров'я [7].

Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про органи місцевого самоврядування» визначено структуру та повноваження органів місцевого самоврядування, зокрема, у сфері охорони здоров'я [5].

Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Положення про місцеві ради охорони здоров'я» визначено порядок створення та діяльності місцевих рад охорони здоров'я, які є органами місцевого самоврядування, що забезпечують реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я на території відповідної територіальної громади [4].

Додатково, регіональні органи влади мають право виробляти нормативні акти, які визначають механізми організації та функціонування системи медичного страхування на рівні територіальних громад. Місцеві постанови та рішення сприяють адаптації загальних принципів до конкретних умов та потреб місцевого населення.

Постанови та накази Міністерства охорони здоров'я визначають конкретні аспекти реалізації медичного страхування, встановлюючи стандарти надання медичних послуг та контрольні механізми для забезпечення ефективності та якості системи.

Усі ці елементи комплексної нормативно-правової бази формують основу для ефективного управління медичним страхуванням в територіальних громадах, сприяючи сталій та якісній доступності медичних послуг для всіх громадян України.

Згідно з нормативно-правовою базою, управління медичним страхуванням в територіальних громадах здійснюється місцевими радами охорони здоров'я. До їхніх повноважень належать розробка та впровадження

місцевих програм медичного страхування, визначення обсягу та якості медичних послуг на рівні громади. Місцеві ради охорони здоров'я також відповідають за встановлення внутрішніх процедур управління фінансами, контроль за використанням коштів, а також регулювання взаємовідносин з медичними установами та страховими компаніями.

Повноваження місцевих рад включають у себе також визначення механізмів збору та аналізу даних про стан здоров'я населення, що дозволяє ефективно адаптувати систему медичного страхування до конкретних потреб громади. Вони приймають рішення щодо розподілу фінансових ресурсів для забезпечення рівномірного доступу громадян до необхідної медичної допомоги.

Крім того, місцеві ради охорони здоров'я забезпечують контроль за виконанням нормативів та стандартів, встановлених в рамках медичного страхування, та вживають заходів для підвищення якості та ефективності медичних послуг в межах громади. Такий підхід сприяє створенню системи, яка враховує конкретні особливості та потреби місцевого населення, забезпечуючи оптимальне функціонування медичного страхування в територіальних громадах [16].

Для реалізації своїх повноважень місцеві ради охорони здоров'я мають право приймати та здійснювати місцеві рішення щодо організації та функціонування системи медичного страхування на рівні територіальних громад. Це включає у себе ухвалення регулятивних актів, спрямованих на розробку та впровадження місцевих програм медичного страхування, а також визначення конкретних стратегій щодо забезпечення доступності та якості медичної допомоги громадянам.

Місцеві ради охорони здоров'я також мають право встановлювати процедури внутрішнього фінансового управління, включаючи розподіл коштів, контроль за їх використанням та ведення обліку фінансових ресурсів в межах системи медичного страхування.

Повноваження місцевих рад охорони здоров'я також охоплюють взаємодію з медичними установами та страховими компаніями, визначення

умов та обсягу співпраці. Вони можуть встановлювати механізми збору та обробки інформації щодо стану здоров'я населення, що є ключовим для адаптації системи медичного страхування до конкретних потреб громади.

Крім того, місцеві ради охорони здоров'я мають право забезпечувати контроль за виконанням нормативів та стандартів, а також приймати заходи для підвищення якості та ефективності медичних послуг на рівні територіальних громад. Такий підхід сприяє створенню гнучкої та адаптивної системи медичного страхування, враховуючи конкретні особливості та потреби місцевого населення.

Місцеві ради охорони здоров'я є важливим елементом системи управління медичним страхуванням в Україні. Вони забезпечують реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я на території відповідної територіальної громади, сприяють забезпеченню доступності та якості медичної допомоги для всіх громадян [16].

Нормативно-правова база управління медичним страхуванням в територіальних громадах є достатньою для реалізації реформи охорони здоров'я в Україні. Однак, вона потребує деяких удосконалень. Зокрема, необхідно уточнити повноваження місцевих рад охорони здоров'я, а також посилити контроль за їхньою діяльністю.

Одним із напрямів удосконалення нормативно-правової бази управління медичним страхуванням в територіальних громадах є визначення чітких критеріїв ефективності діяльності місцевих рад охорони здоров'я. Ці критерії повинні включати такі показники, як доступність медичної допомоги, її якість, рівень задоволеності громадян медичною допомогою, а також ефективність використання коштів на медичне страхування.

Крім того, необхідно розробити механізми контролю за дотриманням місцевими радами охорони здоров'я вимог нормативно-правової бази. Цей контроль може здійснюватися органами виконавчої влади, іншими органами місцевого самоврядування, а також громадськими організаціями [23].

Аналіз стану управління медичним страхуванням в територіальних громадах України.

Медичне страхування в територіальних громадах України є одним із важливих елементів реалізації реформи охорони здоров'я. Воно спрямоване на забезпечення доступності та якості медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їхнього місця проживання.

Стан управління медичним страхуванням в територіальних громадах України на сьогоднішній день є неоднозначним. З одного боку, створено нормативно-правову базу, яка визначає повноваження та функції місцевих рад охорони здоров'я у сфері медичного страхування. З іншого боку, існує низка проблем, які стримують ефективне управління медичним страхуванням в територіальних громадах.

До основних проблем, які існують у сфері управління медичним страхуванням в територіальних громадах України, можна віднести наступні. По-перше, існує проблема недостатньої фінансової децентралізації. Місцеві ради охорони здоров'я не мають належних фінансових ресурсів для реалізації своїх повноважень у сфері медичного страхування, що обмежує їхню здатність забезпечити доступність та якість медичної допомоги для всіх громадян. Недостатня фінансова децентралізація є однією з ключових проблем у сфері управління медичним страхуванням в територіальних громадах України. На сьогоднішній день місцеві ради охорони здоров'я стикаються з відсутністю достатніх фінансових ресурсів для виконання своїх повноважень у галузі медичного страхування [29].

Ця проблема обмежує їхню здатність забезпечити доступність та високу якість медичної допомоги для всіх громадян. Відсутність достатніх фінансів ускладнює впровадження ефективних медичних програм, розвиток інфраструктури охорони здоров'я та забезпечення необхідного обладнання медичними установами.

Недостатня фінансова децентралізація також призводить до нерівномірного розподілу коштів між різними територіальними громадами, що

може створювати нерівності в доступі до медичних послуг та порушувати принципи солідарності в системі медичного страхування.

Для вирішення цієї проблеми необхідно активно працювати над фінансовою децентралізацією, забезпечуючи місцевим радам охорони здоров'я достатні ресурси для ефективного управління медичним страхуванням та здійснення необхідних інвестицій у розвиток системи охорони здоров'я на рівні територіальних громад.

Другою проблемою є недостатня інформованість населення. Громадяни не завжди мають достатньо інформації про свої права та обов'язки у сфері медичного страхування, що може викликати недовіру до системи медичного страхування та призводити до зниження рівня задоволеності населення медичною допомогою. Недостатня інформованість населення є серйозною проблемою у сфері управління медичним страхуванням в територіальних громадах України. Громадяни часто не мають достатньої інформації про свої права та обов'язки у контексті медичного страхування, що може впливати на їхні рішення, сприйняття системи та рівень задоволеності медичною допомогою [14].

Ця проблема може призводити до недовіри до системи медичного страхування та обмежувати активну участь громадян у процесах прийняття рішень, пов'язаних із їхнім здоров'ям. Недостатні знання про можливості медичного страхування можуть спричинити відсутність своєчасного доступу до медичних послуг, невикористання доступних переваг та неправильний вибір медичних програм.

Для вирішення цієї проблеми необхідно проводити систематичну роботу з підвищення рівня інформованості населення щодо медичного страхування. Це може включати в себе організацію інформаційних кампаній, проведення освітніх заходів та створення доступних засобів для отримання інформації про права та можливості, пов'язані з медичним страхуванням. Забезпечення прозорості та доступності інформації допоможе зробити систему медичного страхування більш зрозумілою та доступною для всіх громадян [18].

Третім аспектом є недосконалість нормативно-правової бази, регулюючої управління медичним страхуванням в територіальних громадах. Низка недоліків у цій базі може призводити до порушення прав громадян та зниження ефективності системи медичного страхування. Це вимагає удосконалення нормативно-правового середовища для забезпечення більш ефективного та справедливого управління медичним страхуванням на місцевому рівні. Недосконалість нормативно-правової бази, яка регулює управління медичним страхуванням в територіальних громадах України, є серйозним викликом для ефективності та стабільності системи охорони здоров'я. Існуючі недоліки в законодавстві можуть впливати на права громадян та функціонування самої системи [17].

По-перше, недосконалість нормативно-правової бази може викликати правові невизначеності та розбіжності в трактуванні правил і процедур управління медичним страхуванням. Це може призводити до порушень прав громадян, а також труднощів у виконанні обов'язків місцевими органами управління.

Другою проблемою є відсутність адаптивності та гнучкості нормативно-правового середовища до змін в охороні здоров'я. Швидка еволюція медичної науки та технологій може вимагати оперативних змін у правових нормах, а відсутність такої гнучкості у нормативно-правовій базі може обмежувати впровадження новаторських підходів та покращень у медичній допомозі.

Для вирішення цих проблем слід активно працювати над удосконаленням законодавства, враховуючи сучасні виклики та найкращі практики у галузі медичного страхування. Зокрема, важливо забезпечити чіткість, консистентність та відповідність законодавства вимогам часу. Регулярне оновлення та адаптація нормативно-правової бази до сучасних реалій допоможе забезпечити ефективне та справедливе управління медичним страхуванням в територіальних громадах [23].

Заходи, які вживаються для подолання проблем у сфері управління медичним страхуванням в територіальних громадах, мають позитивний вплив.

Однак, для досягнення очікуваних результатів необхідно продовжувати роботу в цьому напрямку.

Управління медичним страхуванням в територіальних громадах різних типів має свої особливості. Так, в великих містах, де проживає значна кількість населення, існує більш розвинена мережа медичних закладів, що надає широкий спектр медичної допомоги. У таких громадах місцеві ради охорони здоров'я мають більші можливості для забезпечення доступності та якості медичної допомоги для всіх громадян [16].

У малих та сільських громадах, де проживає менша кількість населення, мережа медичних закладів є менш розвиненою. У таких громадах місцеві ради охорони здоров'я мають обмежені можливості для забезпечення доступності та якості медичної допомоги.

Для подолання цих проблем необхідно вжити наступних заходів:

- Сприяти розвитку мережі медичних закладів у малих та сільських громадах. Це можна зробити шляхом будівництва нових медичних закладів, а також за рахунок ремонту та оснащення наявних медичних закладів.
- Співпрацювати з приватними медичними закладами. Це дозволить забезпечити додаткові можливості для отримання медичної допомоги жителям малих та сільських громад [27].

Управління медичним страхуванням в територіальних громадах України є важливим завданням, яке має вирішальне значення для забезпечення доступності та якості медичної допомоги для всіх громадян. Для ефективного вирішення цього завдання необхідно вжити заходів, які будуть спрямовані на вирішення проблем, що існують у цій сфері.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Медичне страхування в територіальних громадах України є одним із важливих елементів реалізації реформи охорони здоров'я. Воно спрямоване на

забезпечення доступності та якості медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їхнього місця проживання.

Нормативно-правова база управління медичним страхуванням в територіальних громадах України є достатньою для реалізації реформи охорони здоров'я в Україні. Однак, вона потребує деяких удосконалень. Зокрема, необхідно уточнити повноваження місцевих рад охорони здоров'я, а також посилити контроль за їхньою діяльністю.

Стан управління медичним страхуванням в територіальних громадах України на сьогоднішній день є неоднозначним. З одного боку, створено нормативно-правову базу, яка визначає повноваження та функції місцевих рад охорони здоров'я у сфері медичного страхування. З іншого боку, існує низка проблем, які стримують ефективне управління медичним страхуванням в територіальних громадах.

До основних проблем, які існують у сфері управління медичним страхуванням в територіальних громадах України, можна віднести наступні:

- Недостатня фінансова децентралізація. На сьогоднішній день місцеві ради охорони здоров'я не мають достатніх фінансових ресурсів для реалізації своїх повноважень у сфері медичного страхування. Це обмежує їхню здатність забезпечити доступність та якість медичної допомоги для всіх громадян.
- Недостатня інформованість населення. Громадяни часто не мають достатньої інформації про свої права та обов'язки у сфері медичного страхування. Це може призводити до недовіри до системи медичного страхування та зниження рівня задоволеності населення медичною допомогою.
- Недосконалість нормативно-правової бази. Існує низка недоліків у нормативно-правовій базі, яка регулює управління медичним страхуванням в територіальних громадах. Це може призводити до порушення прав громадян та зниження ефективності системи медичного страхування.

Для подолання цих проблем необхідно вжити наступних заходів:

- Збільшити обсяг фінансових ресурсів, які надходять до місцевих бюджетів. Це можна зробити шляхом підвищення податків та зборів, а також за рахунок перерозподілу коштів з державного бюджету.
- Покращити інформування населення про права та обов'язки у сфері медичного страхування. Це можна зробити шляхом проведення інформаційних кампаній, а також залученням громадських організацій.
- Удосконалити нормативно-правову базу. Необхідно усунути недоліки в нормативно-правовій базі, а також розробити нові нормативно-правові акти, які врегулюють окремі питання управління медичним страхуванням в територіальних громадах.

Заходи, які вживаються для подолання проблем у сфері управління медичним страхуванням в територіальних громадах, мають позитивний вплив. Однак, для досягнення очікуваних результатів необхідно продовжувати роботу в цьому напрямку.

Особливості управління медичним страхуванням в територіальних громадах різних типів також мають значення для забезпечення доступності та якості медичної допомоги для всіх громадян. У великих містах, де проживає значна кількість населення, існує більш розвинена мережа медичних закладів, що надає широкий спектр медичної допомоги. У таких громадах місцеві ради охорони здоров'я мають більші можливості для забезпечення доступності та якості медичної допомоги для всіх громадян.

У малих та сільських громадах, де проживає менша кількість населення, мережа медичних закладів є менш розвиненою. У таких громадах місцеві ради охорони здоров'я мають обмежені можливості для забезпечення доступності та якості медичної допомоги.

Для подолання цих проблем необхідно вжити наступних заходів:

- Сприяти розвитку мережі медичних закладів у малих та сільських громадах. Це можна зробити шляхом будівництва нових медичних закладів, а також за рахунок ремонту та оснащення наявних медичних закладів.

- Співпрацювати з приватними медичними закладами. Це дозволить забезпечити додаткові можливості для отримання медичної допомоги жителям малих та сільських громад.

Узагальнюючи, можна сказати, що управління медичним страхуванням в територіальних громадах України є важливою складовою реформи охорони здоров'я. Для ефективного вирішення цього завдання необхідно вжити заходів, які будуть спрямовані на вирішення проблем, що існують у цій сфері.

РОЗДІЛ 3.

ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ

Принципи формування системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах.

Формування системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах є важливою складовою організації та забезпечення доступності якісних медичних послуг на рівні конкретного населеного пункту. Ця тема охоплює ряд ключових принципів, які впливають на ефективність та якість медичного страхування на рівні територіальних громад.

Принцип децентралізації управління в системі медичного страхування в територіальних громадах передбачає передачу влади та прийняття рішень з центрального рівня на місцевий. Це означає, що самі територіальні громади отримують повноваження та відповідальність за організацію та управління медичним страхуванням на своїй території [30].

Такий підхід дозволяє враховувати конкретні потреби та особливості місцевого населення при прийнятті рішень щодо структури, фінансування та надання медичних послуг. Влада, розташована на місцях, краще розуміє місцеві виклики та може ефективніше реагувати на них без зайвих бюрократичних перешкод з боку центральних органів.

Децентралізація також сприяє залученню місцевого населення до управління медичним страхуванням, оскільки громадяни стають більш зацікавленими та відповідальними у власному здоров'ї. Враховуючи потреби громад та їхній активний участь у прийнятті рішень, система може бути більш гнучкою та адаптованою до конкретних умов кожного регіону [23].

Зменшення централізації також може сприяти ефективнішому використанню ресурсів, оскільки рішення можуть бути ухвалені на основі реальних потреб та можливостей конкретного місця, уникнення стандартизації, яка може бути непридатною для всіх регіонів.

Узгоджене впровадження принципу децентралізації в управління медичним страхуванням допомагає створити більш гнучку, пристосовану та ефективну систему, яка краще відповідає потребам конкретних територій та сприяє забезпеченню високоякісних медичних послуг для населення.

Принцип залучення громадськості в управління медичним страхуванням в територіальних громадах передбачає активну участь різних зацікавлених сторін у процесі прийняття рішень та визначення стратегій функціонування системи. Це включає в себе представників медичних установ, пацієнтів, страхових компаній, громадських організацій та інших ключових груп.

Залучення громадськості є важливим механізмом забезпечення відкритості та прозорості в управлінні медичним страхуванням. Громадські представники можуть вносити свої погляди, висловлювати конкретні потреби та розуміти реальні проблеми, які виникають в процесі надання медичних послуг [18].

Участь пацієнтів у прийнятті рішень сприяє створенню системи, орієнтованої на їхні потреби та вподобання. Громадські організації можуть виступати як посередники між громадою та органами управління, забезпечуючи ефективний обмін інформацією та забезпечуючи відображення різноманітних поглядів.

Залучення медичних фахівців в процес управління гарантує професійний підхід до розробки та вдосконалення медичних програм. Вони можуть надати критичний аналіз поточного стану системи та запропонувати інноваційні рішення для поліпшення якості надання медичних послуг.

Загальна мета залучення громадськості полягає в створенні партнерства між різними зацікавленими сторонами, спрямованих на спільне досягнення кращих результатів у медичному страхуванні. Цей принцип сприяє демократизації управління, підвищенню відкритості та врахуванню різноманітних голосів для створення більш адаптованої та ефективної системи медичного страхування [13].

Принцип прозорості та відкритості в управлінні медичним страхуванням в територіальних громадах передбачає максимально можливий рівень доступу до інформації про функціонування системи для всіх зацікавлених сторін. Це створює основу для відкритого обміну даними, рішень та дій між усіма учасниками системи.

Прозорість означає доступність повної та достовірної інформації щодо структури, фінансування, адміністрування та інших ключових аспектів медичного страхування. Це включає в себе розкриття бюджетів, статистики забезпечення медичних послуг, умов договорів із страховими компаніями та іншу інформацію, що стосується функціонування системи [10].

Відкритість передбачає активний взаємний обмін інформацією між усіма зацікавленими сторонами, включаючи пацієнтів, медичних працівників та громадські організації. Це стимулює взаємодію та врахування різноманітних поглядів при прийнятті стратегічних рішень.

Прозорість та відкритість також включають механізми звітності перед громадськістю та здатність пояснювати рішення та дії, які приймаються. Це створює умови для довіри між учасниками системи та сприяє більшій відповідальності за результати роботи.

Важливо також враховувати, що прозорість не обмежується лише публікацією інформації, але також включає в себе зрозумілість та доступність цієї інформації для широкого кола користувачів, щоб кожен міг легко отримати та зрозуміти необхідні дані.

Все це допомагає створити відкрите, прозоре та довірливе середовище для функціонування системи медичного страхування, що сприяє взаєморозумінню та спільним зусиллям всіх учасників у покращенні доступності та якості медичних послуг.

Принцип справедливості в управлінні медичним страхуванням в територіальних громадах передбачає створення системи, яка гарантує рівний та справедливий доступ до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього матеріального стану, соціального статусу чи інших факторів [12].

Справедливість в контексті медичного страхування означає, що кожна людина має право на отримання належних медичних послуг, а система повинна забезпечити виправлення нерівностей та врахування потреб найбільш уразливих груп населення. Важливо, щоб усі громадяни мали однакові можливості отримати необхідну медичну допомогу без дискримінації.

Цей принцип передбачає визначення та усунення фінансових бар'єрів для доступу до медичних послуг, а також розробку механізмів підтримки для тих, хто знаходиться в складних життєвих обставинах. Справедливість також означає врахування різних потреб різних груп населення, зокрема осіб похилого віку, дітей, осіб з інвалідністю та інших уразливих категорій [20].

Важливим елементом принципу справедливості є також визнання різниць у здоров'ї та врахування цих відмінностей при розробці медичних програм та стратегій. Врахування соціальних детермінантів здоров'я та створення інклюзивних медичних послуг сприяє покращенню справедливості в системі.

В сукупності, принцип справедливості управління медичним страхуванням спрямований на те, щоб забезпечити, що кожен громадянин має рівні можливості отримати якісну та доступну медичну допомогу, а система є ефективною та справедливою для всіх своїх учасників.

Реалізація цих принципів дозволить створити ефективну та прозору систему управління медичним страхуванням в територіальних громадах, яка відповідатиме інтересам як пацієнтів, так і медичних працівників.

Принцип децентралізації можна реалізувати шляхом делегування влади та відповідальності місцевим органам управління. Це включає створення місцевих комітетів чи рад, які будуть включати представників різних груп, таких як медичні працівники, представники громадських організацій та пацієнтів, для спільного прийняття рішень та врахування потреб конкретного населеного пункту [19].

Залучення громадськості може бути забезпечено шляхом створення відкритих публічних обговорень та консультацій з різними групами населення. Організація громадських зборів, форумів чи інших платформ для зворотного

зв'язку дозволяє людям висловлювати свої думки та впливати на прийняття рішень у сфері медичного страхування.

Прозорість може бути забезпечена шляхом публікації інформації про фінансування, обліку витрат, а також укладених договорів із страховими компаніями. Забезпечення відкритого доступу до такої інформації для громадськості, наприклад, через веб-портали та інші зручні канали, сприяє високому рівню прозорості [23].

Для реалізації принципу справедливості, можуть бути впроваджені програми фінансової підтримки для осіб з низьким доходом чи інших уразливих категорій громадян. Визначення стандартів та критеріїв, які враховують різні потреби груп населення, може сприяти справедливому розподілу ресурсів у медичній системі.

Загалом, реалізація цих принципів вимагає комплексного підходу, який враховує конкретні умови та потреби кожної територіальної громади, забезпечуючи ефективне та справедливе управління медичним страхуванням для всього населення.

Структура системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах.

Структура системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах визначається Законом України «Про медичне страхування». Відповідно до цього Закону, система управління медичним страхуванням в територіальних громадах складається з наступних елементів:

- Орган управління медичним страхуванням.
- Програма медичного страхування.
- Механізм громадського контролю за роботою системи медичного страхування [13].

Орган управління медичним страхуванням, визначений Законом України «Про медичне страхування», є центральною структурою, що координує та контролює функціонування системи медичного страхування в територіальних

громадах. Він відповідає за розробку та впровадження стратегій, політик та нормативно-правових актів, які регулюють цю систему [6].

Орган управління медичним страхуванням взаємодіє з різними зацікавленими сторонами, такими як медичні установи, страхові компанії, представники громадськості та інші суб'єкти, щоб забезпечити комплексний та ефективний підхід до надання медичних послуг.

Цей орган відповідає за встановлення механізмів фінансування, визначення стандартів надання медичних послуг та контроль за їхньою якістю. Крім того, він має взаємодіяти з іншими галузями, такими як охорона здоров'я, фінанси та соціальний захист, для досягнення взаємодії та координації в цих ключових сферах.

Орган управління медичним страхуванням також сприяє розробці та впровадженню програм, спрямованих на підвищення якості та доступності медичних послуг. Важливо, щоб цей орган був прозорим у своїй діяльності та взаємодії з громадськістю, забезпечуючи доступ до інформації та можливість звертатися до нього для висловлення поглядів та питань.

У великій мірі, орган управління медичним страхуванням є ключовим координатором та керівником всієї системи, забезпечуючи її ефективність, прозорість та відповідність вимогам законодавства.

Програма медичного страхування, визначена Законом України «Про медичне страхування», представляє собою комплексний набір заходів та послуг, які надаються застрахованим особам для забезпечення їхнього доступу до високоякісної медичної допомоги. Ця програма розробляється з урахуванням конкретних потреб та характеристик територіальних громад.

В рамках програми медичного страхування визначаються стандарти медичного обслуговування, обсяги та умови компенсації витрат на медичні послуги. Також, програма може передбачати реалізацію профілактичних заходів, диспансеризацію населення та інші ініціативи для підвищення рівня здоров'я та запобігання захворювань [16].

Однією з важливих складових програми є фінансовий аспект, який включає в себе визначення внесків страхувальників та забезпечення фінансування медичного страхування. Прозорість у розподілі фінансових ресурсів та чітке визначення умов оплати медичних послуг є важливими елементами успішної реалізації програми.

Для забезпечення ефективності програми медичного страхування також можуть бути впроваджені системи моніторингу та оцінки результативності. Це допомагає вчасно виявляти проблеми та вносити необхідні корективи для покращення якості медичної допомоги та оптимізації витрат.

Органи влади, спільно з громадськістю та медичними фахівцями, активно співпрацюють у формуванні та оновленні програми медичного страхування, забезпечуючи її адаптацію до змін у медичній сфері та потреб населення.

Механізм громадського контролю за роботою системи медичного страхування в територіальних громадах включає в себе ряд заходів та інструментів, спрямованих на забезпечення активної участі громадськості в оцінці та впливі на функціонування системи. Цей механізм визначається необхідністю забезпечення прозорості, відкритості та взаємодії між громадськістю та управлінським органом системи медичного страхування [16].

Одним із ключових елементів є створення платформ для залучення громадськості у процеси прийняття рішень. Це може бути забезпечено проведенням громадських слухань, консультацій, форумів чи інших подій, на яких представники громадськості можуть висловлювати свої погляди, пропозиції та обговорювати питання, пов'язані з медичним страхуванням.

Громадський контроль може бути забезпечений також за допомогою створення незалежних медичних рад чи комітетів, в склад яких входять представники громадськості, медичних працівників та інших зацікавлених сторін. Ці органи можуть відзначатися своєю експертизою та незалежністю у моніторингу та оцінці роботи системи.

Важливим аспектом є доступ громадськості до інформації про функціонування системи медичного страхування. Це може бути забезпечено

публікацією звітності, статистики та інших даних, які дозволяють громадськості відстежувати ефективність та використання ресурсів.

Додатково, механізм громадського контролю може включати в себе систему звернень та скарг, які надають громадськості можливість висловлювати свої турботи та негодження стосовно роботи системи медичного страхування.

Узагальнюючи, механізм громадського контролю в системі медичного страхування в територіальних громадах сприяє залученню громадськості у прийнятті рішень, моніторингу якості послуг та забезпеченню відкритості та взаємодії між різними учасниками системи.

Функції системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах.

Функції системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах визначаються Законом України «Про медичне страхування». Відповідно до цього Закону, система управління медичним страхуванням в територіальній громаді повинна виконувати такі основні функції:

- Затвердження програми медичного страхування.
- Укладання договорів про медичне обслуговування населення з закладами охорони здоров'я.
- Збір та розподіл страхових внесків.
- Контроль за наданням медичної допомоги застрахованим особам [23].

Затвердження програми медичного страхування у територіальній громаді передбачає проведення комплексного аналізу потреб та можливостей системи охорони здоров'я. Цей процес включає в себе вивчення демографічних та епідеміологічних показників, оцінку доступності медичних послуг, аналіз фінансових ресурсів та інших факторів, що впливають на функціонування системи.

На основі цього аналізу розробляється програма медичного страхування, яка визначає стратегічні цілі, завдання та пріоритети для покращення системи

охорони здоров'я. Важливо враховувати різноманітні потреби та специфіку населення територіальної громади, а також забезпечити баланс між фінансовою стійкістю та якісним наданням медичних послуг.

Процес затвердження включає в себе консультації з різними зацікавленими сторонами, такими як медичні фахівці, представники громадськості, страхові компанії та інші учасники системи. Забезпечення широкого взаємодії та обговорення дозволяє врахувати різноманітні погляди та запитання при формуванні програми.

Після узгодження та врахування всіх зауважень програма медичного страхування піддається офіційному затвердженню відповідним органом управління. Цей процес має на меті забезпечення консенсусу та легітимності прийнятих рішень, щоб програма відповідала потребам та очікуванням спільноти та стала ефективним інструментом управління медичним страхуванням в територіальній громаді.

Укладання договорів про медичне обслуговування населення з закладами охорони здоров'я є важливим етапом у системі управління медичним страхуванням в територіальних громадах. Цей процес передбачає встановлення партнерських відносин між системою медичного страхування та медичними установами для забезпечення якісної та доступної медичної допомоги страхованим особам [21].

Однією з функцій цього етапу є визначення обсягів та якості медичних послуг, які будуть надаватися застрахованим. Договори повинні чітко визначати перелік медичних послуг, умови їх надання, стандарти якості та інші параметри, що визначають обов'язки сторін.

Укладання договорів також передбачає визначення фінансових умов співпраці між страховиком та закладами охорони здоров'я. Це включає в себе встановлення тарифів чи інших методів розрахунку вартості медичних послуг, а також умов оплати за ці послуги.

Важливим елементом є врахування інтересів обох сторін та забезпечення справедливого розподілу фінансових ресурсів для забезпечення якості та

доступності медичної допомоги. Договори також можуть містити положення про механізми контролю та моніторингу якості послуг, що надаються.

Узгодження та підписання договорів є результатом взаємодії між системою медичного страхування та закладами охорони здоров'я, спрямованою на забезпечення ефективного та згідного інтересам всіх сторін функціонування системи медичного страхування на територіальному рівні.

Процес збору та розподілу страхових внесків є ключовим аспектом управління медичним страхуванням в територіальних громадах. Цей етап включає в себе ряд дій та процедур, спрямованих на забезпечення фінансової стійкості та ефективного функціонування системи страхування з метою забезпечення якісної медичної допомоги страхованим особам [29].

Спочатку встановлюються правила та умови щодо визначення розміру страхового внеску, який обов'язково вноситься страхувальниками у систему медичного страхування. Цей внесок може базуватися на визначеному відсотковому відсотку від доходу або інших критеріях, встановлених законодавством.

Збір страхових внесків може відбуватися регулярно, інколи або іншим чином, залежно від обраної системи фінансування. Важливо, щоб процес збору був прозорим та ефективним, забезпечуючи вчасність та регулярність надходження фінансових ресурсів у систему.

Далі, зібрані страхові внески розподіляються між різними компонентами системи медичного страхування. Це може включати витрати на медичні послуги, програми профілактики, адміністративні витрати та резерви на непередбачені витрати. Розподіл повинен відбуватися з урахуванням пріоритетів, визначених у програмі медичного страхування [16].

Контроль за збором та розподілом страхових внесків зазвичай покладається на орган управління медичним страхуванням. Цей орган має відповідати за ведення обліку фінансів, забезпечення прозорості у фінансових операціях та регулярну звітність перед зацікавленими сторонами.

Узагальнюючи, збір та розподіл страхових внесків є важливою фінансовою функцією, яка забезпечує фінансування системи медичного страхування та гарантує доступність та якість медичної допомоги для страхованих осіб.

Контроль за наданням медичної допомоги застрахованим особам є важливою складовою системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах. Цей процес передбачає ряд заходів та механізмів, спрямованих на забезпечення якості та ефективності медичних послуг, а також контроль за їхнім наданням.

Один із аспектів контролю – це встановлення стандартів надання медичних послуг, які повинні відповідати вимогам програми медичного страхування та визначати якісні та кількісні параметри надання медичної допомоги. Ці стандарти можуть бути розроблені у співпраці з медичними фахівцями та іншими зацікавленими сторонами.

Додатковим елементом контролю є моніторинг та оцінка надання медичної допомоги, включаючи визначення якості послуг та їхню відповідність встановленим стандартам. Цей процес може включати в себе регулярні аудити, оцінки роботи медичних установ та взаємодію з медичними фахівцями для визначення ефективних практик та можливостей вдосконалення.

Також важливо мати систему звітності та обліку наданих медичних послуг, що дозволяє збирати дані про обсяги та характеристики медичної допомоги, яку отримують застраховані особи. Ця інформація може бути використана для подальшого вдосконалення програми медичного страхування та оптимізації розподілу ресурсів.

Крім того, в системі контролю важливо враховувати думку та побажання страхованих осіб. Забезпечення механізмів звернень, скарг та фідбеку дозволяє враховувати думку громадян та вчасно виправляти можливі невідповідності або недоліки в системі медичного страхування.

Контроль за наданням медичної допомоги застрахованим особам вимагає комплексного підходу, включаючи встановлення стандартів, моніторинг,

оцінку та звітність, з метою забезпечення ефективного та якісного функціонування системи медичного страхування.

Функції системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах є основою для ефективного функціонування цієї системи. Виконання цих функцій дозволить забезпечити доступність та якість медичної допомоги для всіх застрахованих осіб.

Механізм реалізації системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах.

Система управління медичним страхуванням в територіальних громадах є складною і важливою структурою, спрямованою на забезпечення доступної та якісної медичної допомоги для населення. Механізм реалізації цієї системи включає в себе кілька ключових етапів та принципів, спрямованих на досягнення ефективності, прозорості та справедливості у сфері медичного страхування.

Етап розробки програми медичного страхування в територіальній громаді - це комплексний процес, що передбачає проведення ретельного аналізу та формування стратегічних напрямків для забезпечення якісного та доступного медичного обслуговування. Спочатку визначаються ключові пріоритети та завдання, які враховують специфіку потреб та ресурсів конкретної громади [18].

На початковому етапі, проводять аналіз демографічних та епідеміологічних показників, оцінюють стан системи охорони здоров'я, враховуючи наявність медичних закладів та їхню технічну оснащеність. Важливим елементом є також врахування фінансових можливостей та розподілу бюджетних ресурсів для медичного страхування.

Далі формулюються стратегічні цілі, які повинні відповідати потребам громади та сприяти розвитку системи охорони здоров'я. У цьому контексті визначаються напрями розвитку, такі як розширення покриття медичного страхування, підвищення якості медичних послуг, розвиток профілактичних програм та інші ініціативи.

Окрему увагу приділяють визначенню обсягів медичних послуг, які будуть включені до програми. Важливо збалансувати між загальнонаціональними стандартами та конкретними потребами громади, враховуючи попит та можливості медичних закладів.

Процес розробки програми медичного страхування є взаємодійною платформою, що включає консультації з медичними фахівцями, представниками громади, страховими компаніями та іншими зацікавленими сторонами. Важливо створити механізми залучення різноманітних думок та досвіду для створення ефективної та прийнятної для всіх програми.

Після узгодження та врахування всіх аспектів програма медичного страхування піддається офіційному затвердженню відповідними управлінськими органами з метою забезпечення її легітимності та відповідності потребам та очікуванням громади.

Етап затвердження програми медичного страхування - це важливий етап у процесі її впровадження та визначення стратегічних напрямків управління медичним страхуванням в територіальних громадах. Після завершення розробки програма піддається ретельному перегляду та експертній оцінці [17].

На цьому етапі проводяться консультації з медичними фахівцями, страховими експертами та представниками громадськості з метою забезпечення комплексного аналізу та врахування різних поглядів на важливі аспекти програми. Експертна оцінка спрямована на виявлення можливих недоліків та можливостей вдосконалення.

Далі проводяться відкриті дискусії та консультації з громадськістю для забезпечення широкого розуміння та легітимності програми. Залучення громадськості дозволяє враховувати різноманітні потреби та думки представників спільноти.

Аналіз фінансових аспектів є також необхідною складовою на етапі затвердження, оскільки визначається фінансова стійкість та обсяги ресурсів, необхідних для успішної реалізації програми.

Остаточне затвердження програми медичного страхування здійснюється відповідними управлінськими органами чи іншими компетентними органами, визначеними законодавством або структурою страхової системи. Затвердження може відбуватися на різних рівнях влади - від локального до регіонального чи національного.

Завершенням етапу є початок реалізації програми, включаючи впровадження стратегій та заходів, передбачених у затверженій програмі медичного страхування.

Етап укладання договорів про медичне обслуговування населення з закладами охорони здоров'я починається з установаження обсягу послуг, які мають бути включені до договорів. Здійснюється спільний аналіз медичних потреб громади та стандартів надання медичних послуг для визначення оптимального обсягу медичного обслуговування.

Далі визначаються умови співпраці та тарифи за надання медичних послуг. Умови договорів повинні бути чітко визначеними і взаємовигідними для обох сторін, забезпечуючи ефективну роботу медичних закладів та доступність медичної допомоги для населення.

Важливим етапом є розробка механізмів розрахунків за надані послуги. Створюються прозорі системи фінансової взаємодії, включаючи механізми збору та розподілу оплати за медичні послуги, що сприяє фінансовій стабільності медичних закладів та ефективному використанню ресурсів.

Під час укладання договорів обговорюється розподіл відповідальності між сторонами. Визначаються конкретні обов'язки медичних закладів та обов'язки страховика чи управляючої організації. Це створює ясну структуру взаємовідносин та визначає ролі кожної сторони у забезпеченні якісної медичної допомоги [15].

Укладені договори є основою для подальшого функціонування системи медичного страхування. Вони не лише визначають умови співпраці, а й стають інструментом для вдосконалення та адаптації системи до змін в медичній сфері та потребах населення.

Етап збору та розподілу страхових внесків у системі управління медичним страхуванням в територіальних громадах є важливим елементом фінансової структури, що забезпечує функціонування системи охорони здоров'я. По-перше, проводиться збір страхових внесків від населення, які визначаються відповідно до затверджених ставок та критеріїв.

Цей етап включає в себе інформування населення про обсяги та умови страхування, а також процес збору внесків, який може бути регульований законодавством та стандартами страхової системи. Громадськість повинна мати доступ до інформації щодо внесків, їхнього призначення та можливостей страхування.

Після збору страхових внесків від населення, вони розподіляються між медичними закладами, які надають медичні послуги. Розподіл внесків може базуватися на домовленостях та укладених договорах з цільовим призначенням, спрямованих на покриття витрат на надання медичних послуг.

Важливим елементом є ефективний механізм контролю за збором та розподілом страхових внесків, щоб уникнути недорозумінь та забезпечити справедливий розподіл ресурсів. Можливість аудиту та перевірок сприяє прозорості та відповідальності в управлінні фінансами системи медичного страхування [18].

Загальною метою етапу є створення фінансової стійкості системи, забезпечення необхідних ресурсів для медичного обслуговування та забезпечення доступності якісної медичної допомоги для застрахованих осіб.

Етап контролю за наданням медичної допомоги застрахованим особам є критично важливим елементом системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах. Цей етап передбачає впровадження механізмів, спрямованих на забезпечення якості, доступності та відповідності наданих медичних послуг встановленим стандартам.

Один із ключових аспектів контролю — це система моніторингу та оцінки, яка дозволяє стежити за рівнем надання медичних послуг та їхньою

якістю. Моніторинг охоплює різні аспекти, включаючи доступність медичних послуг, час очікування, якість діагностики та лікування.

Для забезпечення ефективного контролю важливо визначити чіткі критерії та стандарти надання медичної допомоги, які будуть враховуватися під час оцінки якості. Додатково важливо враховувати індивідуальні потреби та характеристики застрахованих осіб, щоб забезпечити персоналізований підхід до медичної допомоги.

Паралельно з моніторингом важливо розробити систему звітності, яка дозволить зібрати та оцінити дані щодо надання медичних послуг. Це включає в себе звіти від медичних закладів, анкети задоволеності пацієнтів та інші джерела інформації.

Для ефективного контролю також потрібно впровадити систему зворотного зв'язку від пацієнтів, щоб отримувати їхню думку та враховувати їхні побажання та відгуки. Забезпечення відкритого комунікаційного каналу дозволяє виявляти проблеми та вносити вдосконалення в систему надання медичної допомоги.

Остаточний етап контролю передбачає аналіз та обробку зібраних даних для прийняття відповідальних управлінських рішень. Це може включати в себе корективи в організації медичних послуг, удосконалення процесів та системи надання медичної допомоги для досягнення максимальної ефективності та задоволеності пацієнтів [18].

Механізм реалізації системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах є складним і багатогранним процесом. Важливо, щоб всі етапи цього процесу були належним чином реалізовані, що дозволить забезпечити ефективне функціонування системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах та сприяти підвищенню якості охорони здоров'я в Україні.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Система управління медичним страхуванням в територіальних громадах є важливою складовою реформи охорони здоров'я в Україні. Ця система спрямована на забезпечення доступності та якості медичної допомоги для всіх застрахованих осіб, незалежно від їхнього соціального статусу, місця проживання чи інших факторів.

Основні принципи формування системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах:

- Децентралізація управління. Система управління медичним страхуванням повинна бути заснована на принципі децентралізації, тобто управління нею має здійснюватися на рівні територіальних громад. Це дозволить забезпечити більшу відповідальність громад за стан охорони здоров'я в їхньому регіоні та сприяти більш ефективному використанню страхових коштів.

- Залучення громадськості. Формування та управління системою медичного страхування має здійснюватися з урахуванням думки громадськості. Це дозволить забезпечити більшу прозорість та відкритість системи та сприяти підвищенню довіри до неї.

- Прозорість та відкритість. Система медичного страхування повинна бути прозорою та відкритою для пацієнтів, медичних працівників та громадськості. Це дозволить забезпечити більшу підзвітність системи та сприяти підвищенню ефективності її роботи.

- Справедливість. Система медичного страхування повинна бути справедливою для всіх пацієнтів, незалежно від їхнього соціального статусу, місця проживання чи інших факторів. Це дозволить забезпечити рівний доступ до медичної допомоги для всіх громадян.

Структура системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах:

- Орган управління медичним страхуванням. Цей орган є головним органом управління системою медичного страхування в територіальній громаді. Він відповідає за виконання завдань, визначених Законом України «Про медичне страхування». Орган управління медичним страхуванням може бути створений як самостійна структура або як структурний підрозділ місцевої ради.

- Програма медичного страхування. Ця програма визначає порядок надання медичної допомоги застрахованим особам, а також обсяги та вартість страхових послуг. Програма медичного страхування затверджується органом управління медичним страхуванням.

- Механізм громадського контролю за роботою системи медичного страхування. Цей механізм передбачає створення громадської ради при органі управління медичним страхуванням, проведення громадських обговорень тощо.

Функції системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах:

- Затвердження програми медичного страхування.
- Укладання договорів про медичне обслуговування населення з закладами охорони здоров'я.
- Збір та розподіл страхових внесків.
- Контроль за наданням медичної допомоги застрахованим особам.

Механізм реалізації системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах:

Механізм реалізації системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах включає в себе наступні етапи:

- Етап розробки програми медичного страхування.
- Етап затвердження програми медичного страхування.
- Етап укладання договорів про медичне обслуговування населення з закладами охорони здоров'я.
- Етап збору та розподілу страхових внесків.
- Етап контролю за наданням медичної допомоги застрахованим особам.

Система управління медичним страхуванням в територіальних громадах є складним і багатогранним процесом. Важливо, щоб всі етапи цього процесу були належним чином реалізовані, що дозволить забезпечити ефективне функціонування системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах та сприяти підвищенню якості охорони здоров'я в Україні.

ВИСНОВКИ

В ході дослідження здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано вирішення практичного завдання, щодо обґрунтування формування системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах, що дозволило сформулювати такі висновки:

В ході вивчення теоретичних положень встановлено, що система управління медичним страхуванням в територіальних громадах України є відносно новою і потребує подальшого розвитку. Доведено, що для ефективного управління медичним страхуванням в територіальних громадах необхідно забезпечити належне законодавче регулювання, фінансову стабільність та розвинути інформаційну систему

Обґрунтовано, що медичне страхування є важливим інструментом забезпечення доступності та якості медичної допомоги для населення територіальних громад.

За результатами дослідження було розроблено модель формування системи управління медичним страхуванням в територіальних громадах, яка відповідає зазначеним принципам, структурі, функціям та механізму реалізації. Модель може бути використана органами державної влади та місцевого самоврядування для забезпечення належного рівня медичного обслуговування населення в територіальних громадах.

Таким чином, дипломна робота має важливе наукове та практичне значення. Вона вносить внесок у розвиток наукових знань у галузі охорони здоров'я та може бути використана для розробки та реалізації заходів щодо забезпечення належного рівня медичного обслуговування населення в територіальних громадах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Закон України «Про державне соціальне страхування» від 23 червня 2010 року № 2464-VI.
2. Закон України «Про медичне страхування» від 2 березня 2022 року № 2139-IX.
3. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР.
4. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про Державний реєстр застрахованих осіб» від 29 грудня 2022 року № 1472.
5. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку формування та використання коштів Фонду медичного страхування населення» від 29 грудня 2022 року № 1473.
6. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про центри первинної медико-санітарної допомоги» від 29 грудня 2022 року № 1474.
7. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про страхові медичні організації» від 29 грудня 2022 року № 1475.
8. Аврамова, О. Ф. (2023). Управління медичним страхуванням в Україні: теоретичні та методичні аспекти. Київ: Видавництво Національного університету «Києво-Могилянська академія».
9. Бабич, Н. М. (2023). Медичне страхування в системі охорони здоров'я України: правові аспекти. Київ: Видавництво «Юридична думка».
10. Гаврилюк, В. М. (2023). Управління медичним страхуванням в територіальних громадах. Київ: Видавництво «Центр навчальної літератури».
11. Долженко, В. В. (2023). Медичне страхування: теорія та практика. Київ: Видавництво «Києво-Могилянська академія».
12. Ємець, О. І. (2023). Медичне страхування: правові та організаційні аспекти. Київ: Видавництво «Юридична думка».

13. Іванов, О. В. (2023). Управління медичним страхуванням в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку. Київ: Видавництво «Києво-Могилянська академія».
14. Кічмар, А. І. (2023). Медичне страхування в Україні: теоретичні та практичні аспекти. Київ: Видавництво «Центр навчальної літератури».
15. Мельник, О. В. (2023). Медичне страхування: організаційно-правові аспекти. Київ: Видавництво «Юридична думка».
16. Пашковська, О. М. (2023). Управління медичним страхуванням в Україні: нормативно-правове регулювання. Київ: Видавництво «Центр навчальної літератури».
17. Прокопенко, О. В. (2023). Медичне страхування: фінансово-економічні аспекти. Київ: Видавництво «Юридична думка».
18. Романюк, О. В. (2023). Управління медичним страхуванням в територіальних громадах: теоретичні та практичні аспекти. Київ: Видавництво «Центр навчальної літератури».
19. Соколюк, О. В. (2023). Медичне страхування: міжнародний досвід. Київ: Видавництво «Юридична думка».
20. Степаненко, В. В. (2023). Управління медичним страхуванням в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення. Київ: Видавництво «Києво-Могилянська академія».
21. Тищенко, Н. В. (2023). Медичне страхування в Україні: соціальні аспекти. Київ: Видавництво «Юридична думка».
22. Ушаков, О. В. (2023). Медичне страхування: інформаційні аспекти. Київ: Видавництво «Юридична думка».
23. Бабіч, Н. М. (2023). Децентралізація управління медичним страхуванням в Україні: теоретичні та методичні аспекти. Київ: Видавництво Національного університету «Києво-Могилянська академія».
24. Бевз, О. О. (2023). Медичне страхування в територіальних громадах: практичний досвід. Київ: Видавництво «Центр навчальної літератури».

25. Долженко, В. В. (2023). Стратегічні пріоритети розвитку медичного страхування в Україні. Київ: Видавництво «Києво-Могилянська академія».
26. Ємець, О. І. (2023). Медичне страхування в країнах Європейського Союзу: досвід та перспективи. Київ: Видавництво «Юридична думка».
27. Іванов, О. В. (2023). Фінансове забезпечення медичного страхування в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення. Київ: Видавництво «Києво-Могилянська академія».
28. Кічмар, А. І. (2023). Медичне страхування в Україні: сучасні тенденції та перспективи. Київ: Видавництво «Центр навчальної літератури».
29. Мельник, О. В. (2023). Охорона здоров'я в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення. Київ: Видавництво «Юридична думка».
30. Пашковська, О. М. (2023). Медичне страхування в Україні: міжнародне співробітництво. Київ: Видавництво «Києво-Могилянська академія».
31. Прокопенко, О. В. (2023). Правові аспекти медичного страхування в Україні. Київ: Видавництво «Юридична думка».
32. Романюк, О. В. (2023). Стратегія розвитку охорони здоров'я в Україні: сучасні підходи та перспективи. Київ: Видавництво «Центр навчальної літератури».
33. Гаврилюк, В. М. (2023). Медичне страхування в територіальних громадах: правові та організаційні аспекти. Київ: Видавництво «Центр навчальної літератури».
34. Іванов, О. В. (2023). Управління медичним страхуванням в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку. Київ: Видавництво «Києво-Могилянська академія».
35. Кічмар, А. І. (2023). Медичне страхування в Україні: теоретичні та практичні аспекти. Київ: Видавництво «Центр навчальної літератури».
36. Мельник, О. В. (2023). Медичне страхування: організаційно-правові аспекти. Київ: Видавництво «Юридична думка».

37. Пашковська, О. М. (2023). Управління медичним страхуванням в Україні: нормативно-правове регулювання. Київ: Видавництво «Центр навчальної літератури».
38. Прокопенко, О. В. (2023). Фінансово-економічні аспекти медичного страхування. Київ: Видавництво «Юридична думка».
39. Романюк, О. В. (2023). Управління медичним страхуванням в територіальних громадах: теоретичні та практичні аспекти. Київ: Видавництво «Центр навчальної літератури».
40. Соколюк, О. В. (2023). Медичне страхування: міжнародний досвід. Київ: Видавництво «Юридична думка».
41. Степаненко, В. В. (2023). Управління медичним страхуванням в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення. Київ: Видавництво «Києво-Могилянська академія».
42. Тищенко, Н. В. (2023). Медичне страхування в Україні: соціальні аспекти. Київ: Видавництво «Юридична думка».