

– що надійшли від фізичних осіб; 14449,5 млн. грн. (66,5%) – що надійшли від юридичних осіб.

Протягом аналізованого періоду зросла кількість укладених договорів страхування на 75076,4 тис. одиниць (або на 77,5%), при цьому на 53268,3 тис. одиниць (у 3,8 рази) зросла кількість договорів з добровільного страхування, в тому числі: кількість укладених договорів страхування майна збільшилася на 21188,6 тис. одиниць (у 10,7 разів); кількість укладених договорів страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ збільшилася на 21015,4 тис. одиниць (у 12,3 разів); кількість укладених договорів страхування від нещасних випадків збільшилася на 5135,9 тис. одиниць (у 1,7 рази) [5].

Отже, страховий ринок являє собою складну багатофакторну динамічну систему взаємозв'язків щодо захисту економічних інтересів держави, юридичних осіб, населення та забезпечення стійкого функціонування ринкових інститутів.

Література

1. Страхування: підручник / [керівник авт. колективу і наук. ред. С.С. Осадець]. – [2-ге вид., допов. і перероб.]. – К.: КНЕУ, 2002. – 599 с.
2. Загородній А.Г. Фінансово-економічний словник / А.Г. Загородній, Г.Л. Вознюк. – Львів: Видавництво Національного університету “Львівська політехніка”, 2005. – 714 с.
3. Виговська В.В. Теоретичні аспекти визначення сутності страхового ринку / В.В. Виговська // Науковий вісник Полісся. – 2015. – № 4 (4). – С. 124-131.
4. Кривенцова А. Дослідження фінансової діяльності страхових компаній в Україні / А. Кривенцова // Схід. – 2015. – № 8 (140). – С. 26-31.
5. Підсумки діяльності страхових компаній за 9 місяців 2015 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: forinsurer.com/files/file.

Дикунов В. Г., ст. гр. ФСГзм-11
Спасів Н. Я., к.е.н., доцент

СПЕЦИФІКА ВЗАЄМОВІДНОСИН УЧАСНИКІВ СТРАХОВИХ ВІДНОСИН В МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННІ

Реформування економіки України в умовах становлення ринкових відносин потребує відповідних змін у системі соціального захисту населення. Перш за все це стосується охорони здоров'я громадян. Досвід розвинених країн світу доводить, що досягнення цієї мети можливе шляхом запровадження страхової медицини. Страхова медицина виступає реальною альтернативою бюджетному фінансуванню, яке вже не спроможне забезпечити конституційне право громадян на отримання безоплатного медичного обслуговування. Вирішення проблем переведення галузі охорони здоров'я на страхові засади

потребує подальшого дослідження ролі медичного страхування та взаємовідносин між його учасниками.

Враховуючи специфіку відносин у добровільному медичному страхуванні, крім страховика і страхувальника (застрахованого), у цих відносинах бере участь медична організація (а в окремих випадках й інші учасники), яка також має свій комерційний інтерес, що реалізується у процесі здійснення професійної діяльності. За таких умов у медичному страхуванні поєднуються інтереси в отриманні доходів страховика і медичної установи, яка надає послуги відповідно до укладеного договору на медичне обслуговування застрахованих осіб. Тому у взаємовідносинах має досягатися баланс економічних інтересів страховика, медичної установи і страхувальника (застрахованого).

Традиційно до суб'єктів медичного страхування відносять страховиків, страхувальників, застрахованих і лікувально-профілактичні установи (ЛПУ). Але для забезпечення виконання страховиками задекларованих в умовах ДМС зобов'язань, окрім названих, мають бути і додаткові, такі як асистуючі компанії, експерти якості медичної допомоги тощо [1].

Механізм взаємодії суб'єктів медичного страхування слід розглядати щодо їхніх прав і обов'язків, які виникають у процесі реалізації страхового захисту здоров'я громадян. Одним із головних суб'єктів медичного страхування є страховики, які самостійно розробляють умови добровільного медичного страхування і подають їх до уповноваженого органу при отриманні ліцензії на проведення цього виду страхування. Поряд зі страховиками до основних суб'єктів медичного страхування відносяться страхувальники. Це можуть бути юридичні особи і працездатні громадяни, які уклали зі страховиками угоди страхування або є ними згідно із законодавчими актами країни. До обов'язків страхувальників входить сплата страхових премій згідно з договорами страхування, здійснення заходів, спрямованих на усунення або зменшення негативного впливу ризиків на здоров'я, надання інформації про істотні характеристики ризику, що приймається на страхування. Застрахована особа не повинна створювати свідомо ризик втрати свого здоров'я, надавати недостовірні дані про його стан і можливі наявні ризики його погіршення тощо.

Одним із основних суб'єктів медичного страхування є лікувально-профілактична установа (приватно практикуючі лікарі). Медичні заклади, що надають послуги застрахованим, можуть бути різних форм власності. Вони є самостійними суб'єктами господарювання, укладають зі страховиками угоди на надання медичних послуг. Обов'язковою вимогою до ЛПУ, що працюють у системі медичного страхування, є проходження акредитації та ліцензування. ЛПУ мають право на видачу документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність застрахованих. Вони мають право одержувати від страховика оплату вартості медичних послуг, що надані застрахованому згідно з медико-

економічними стандартами лікування, вимагати розгляд претензій до медичних закладів комісіями за участі незалежних експертів.

Перелічені вище суб'єкти медичного страхування можна назвати основними, але, виходячи із сутності медичного страхування, слід вести мову і про додаткових (допоміжних) суб'єктів медичного страхування. До їх складу слід віднести асистуючі компанії. Для ефективної роботи асистанса необхідними умовами є: цілодобово працююча диспетчерська служба (мережа) у різних регіонах країни чи світу, яка забезпечена багатоканальним телефонним зв'язком і досвідченими працівниками (медиками, юристами, технічними спеціалістами), кожен з яких має володіти кількома мовами; численні договори про надання послуг з медичними установами і сервісними службами, які розміщені в районі, що охоплюється мережею конкретного диспетчерського пункту.

Отже, на нашу думку, до суб'єктів ДМС доцільно включати не лише страховиків, страхувальників та ЛПУ, а й асистуючі компанії, органи ліцензування, професійні об'єднання страховиків, державу як регуляторний орган, експертів з якості медичних послуг. Окрім того, форми взаємодії між суб'єктами ДМС визначають механізм здійснення оплати медичних послуг, який може здійснюватись різноманітними способами. При цьому найзручнішим методом оплати як для страховика, так і для страхувальника є оплата фактично наданих медичних послуг страховиком безпосередньо ЛПУ. Однак при цьому для страхової компанії є небезпека невідповідності між обсягами надходжень страхових премій та обсягами виплат. Саме тому для страховиків особливого значення набуває процес визначення та відбору ризиків, розрахунок обсягів покриття та розмірів премій для забезпечення фінансової стійкості страховика та рентабельності надання послуг із ДМС.

Література

1. Смірнова О.М. Проблематика розвитку ринку добровільного медичного страхування: податкова складова [Електронний ресурс] / О.М. Смірнова // Економічний вісник університету. – 2012. – № 19/1. – Режим доступу: <http://ndi-fp.asta.edu.ua/files/doc/publications/smirnova/2.pdf>.