

УДК 006.015.5:368

*О. О. Гаманкова,  
д. е. н., професор, завідувач кафедри страхування,  
ДВНЗ «Київський економічний університет імені Вадима Гетьмана», м. Київ  
Л. В. Пархета,  
аспірант кафедри страхування,  
ДВНЗ «Київський економічний університет імені Вадима Гетьмана», м. Київ*

## **НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПОСЛУГ З ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

*O. Gamankova  
Doctor of Economics, Professor, Head of the Department of Insurance,  
«Kyiv Economic University named by name Vadim Hetman», Kyiv  
L. Parkheta  
Postgraduate student of the Department of Insurance,  
«Kyiv Economic University named by name Vadim Hetman», Kyiv*

### **DIRECTIONS OF IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF SERVICES FOR VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE**

*У статті обґрунтовано необхідність забезпечення управління якістю страхових послуг суб'єктів сфери страхування в Україні. Уточнено сутність та характеристики якості страхової послуги, виділено фактори впливу на якість послуг. Визначено, що забезпечення якості послуги, що задовольняє споживачів, є найважливішою складовою частиною нецінової конкуренції в страхуванні. Зазначено, що якість медичної послуги можна розглядати з одного боку, як відповідальність визначеним стандартам, тобто пристосування послуг до вимог або рекомендацій, та з іншого боку, як корисність для споживача, відповідність його вимогам. У статті виділено параметри якості послуг медичного страхування. Доведено, що процес андеррайтингу забезпечує ефективну оцінку ризиків, визначення адекватних умов страхування, розробку та реалізацію плану превентивних заходів із зниження ризиків, в результаті чого досягається формування збалансованого та рентабельного страхового портфеля, а також встановлення адекватних страхових тарифів.*

*The article substantiates the necessity of ensuring the quality management of insurance services of subjects of the insurance sphere in Ukraine. The essence and characteristics of the quality of insurance services are specified, the factors influencing the quality of services are highlighted. It is determined that quality assurance of service satisfying consumers is the most important part of non-price competition in insurance. It is noted that the quality of medical services can be considered on the one hand as the responsibility to certain standards, that is, the adaptation of services to requirements or recommendations, and on the other hand, as the utility for the consumer, the compliance with his requirements. The article highlights the parameters of the quality of health insurance services. It is proved that the underwriting process provides an effective risk assessment, the definition of adequate insurance conditions, the development and implementation of a plan for preventive measures to reduce risks, resulting in the formation of a balanced and profitable insurance portfolio, as well as the establishment of adequate insurance tariffs. It is determined that*

*one of the areas that will improve the quality of medical insurance services may be the development and use of scientifically sound methods and criteria for assessing the activities of an insurance company and an insurance company that will, in turn, ensure satisfaction of the needs of insured persons. In the development of reliable methods and criteria for evaluating the effectiveness of the work of health centers, both health care authorities and the TPI themselves are interested in having control over quality, volume, terms and conditions of medical care provision.*

**Ключові слова:** андерайтинг, страхування, страховик, страхувальник, страхова послуга, якість страхової послуги, характеристики якості, фактори впливу на якість послуг, добровільне медичне страхування.

**Key words:** underwriting, insurance, insurer, insure, insurance service, quality of insurance services, quality characteristics, factors influencing the quality of the services, voluntary medical insurance.

**Постановка проблеми.** В сьогоденнішніх умовах розвитку страхового ринку якість страхових послуг є ключовим елементом стратегії суб'єктів страхової сфери, спрямованої на підвищення рівня їх конкурентоспроможності. Інструментом підвищення конкурентоспроможності діяльності суб'єктів страхової сфери є система управління якістю. Виробництво страхових послуг високої якості підвищить цільову спрямованість стратегічних дій, забезпечить оптимальне співвідношення економічних інтересів усіх учасників страхової угоди та ефективне вирішення соціально-економічних проблем[1].

**Аналіз останніх публікацій.** Проблеми розвитку медичного страхування знайшли своє висвітлення в роботах таких вітчизняних учених як О.М.Залетов, О.В.Кнейслер, М.В.Мних, М.І.Мальований, В.В.Рудень, Т.І.Стецюк, та ін. Дослідженню андерайтингу відводиться важлива роль у роботах вчених-економістів, серед яких Ю.Брігхем, А.І.Балабанов, В.Д.Базилевич, Н.Г.Нагайчук, Н.В.Ткаченко, В.В.Шахов, Р.Т.Юлдашев, Л.А.Юрченко та ін. Проте свого додаткового дослідження потребують напрями підвищення якості послуг з добровільного медичного страхування.

**Мета дослідження.** Полягає у аналізі та визначенні напрямів підвищення якості послуг з добровільного медичного страхування.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Якість страхової послуги є одним із найважливіших чинників, який дає можливість залучити нових клієнтів та сформувати прихильність до певної страхової компанії. Послуги за ДМС є вагомим сегментом ринку страхових послуг, метою якого є забезпечення застрахованим повної або часткової компенсації витрат, пов'язаних із захворюванням. Такі послуги, як і будь-які інші послуги чи товари, мають певну споживчу цінність або якість[1].

Поняття «якість» являє собою сукупність характеристик об'єкта, що відносяться до його здатності задовольняти встановлені та передбачувані потреби. З огляду на це, якість медичної послуги можна розглядати з одного боку, як відповідальність визначеним стандартам, тобто пристосування послуг до вимог або рекомендацій, та з іншого боку, як корисність для споживача, відповідність його вимогам.

Якість страхової послуги, за визначенням С.В. Єрмасова, включає технічну і функціональну. Технічна якість - це пакет послуг, які компанія пропонує клієнтові. Для клієнта важливий не тільки результат від споживання послуги, але й сам процес споживання, під час якого він вступає в контакт із персоналом компанії. Те, що відбувається в процесі споживання послуги, визначається її функціональною якістю[2]. Забезпечення якості послуги, що задовольняє споживачів, є важливою складовою частиною нецінової конкуренції в страхуванні. Особливість страхової послуги полягає в тому, що усвідомлення потреби в страховому захисті у споживача або виражено слабо, або відсутнє. Водночас страхова послуга володіє високим ступенем корисності для споживачів[3].

Фактори сприйняття споживачем якості послуг в страхуванні поділяються на дві основні групи: пов'язані з якістю кінцевої послуги та пов'язані з якістю процесу надання послуги. У першій групі виділяють ступінь доступності послуги, репутацію компанії, надійність послуги.

До другої групи факторів належать компетенція персоналу, рівень комунікації компанії та її співробітників. Ефективний механізм управління якістю повинен включати моніторинг кон'юнктури страхового ринку, рівнів якості окремих послуг, та зміни у структурі переваг споживача. Таким чином, якість страхової послуги є виміром рівня послуг, що надаються, та відповідним ступенем очікування клієнта. У рамках даного підходу пропонуємо організовувати модель формування якості послуг медичного страхування з урахуванням усіх чинників, які на неї впливають.

Таким чином, виділимо такі параметри якості послуг медичного страхування:

- чітке визначення умов правил (програм) страхування;
- відкритість і зрозумілість процедури врегулювання претензій страхування на отримання страхової виплати;
- гнучкість умов договорів і тарифікації, а саме, пристосування до потреб та фінансових можливостей клієнта;

- доступність до співробітників страховика, який надає такі послуги, зручність зв'язку з ними за телефоном та іншими засобами зв'язку у разі необхідності обміном повідомленнями;
- платоспроможність страхової компанії;
- репутація керівників (власників) страхової компанії;
- наявність клієнтського куратора;
- право на отримання інформації про хід врегулювання претензії на страхову виплату;
- швидкість врегулювання претензій щодо отримання страхової виплати;
- відомості про відсоток відмов по страхових претензіях (виплатах);
- розташування офісу компанії (зручність доступу до неї);
- внутрішні пристрої офісу, в якому обслуговують клієнта. Важливе значення мають обстановка в офісі – меблі, освітлення, рівень комфорту;
- рівень ввічливості та ділового етикету співробітників страхової компанії.

Окремі якісні показники послуг медичного страхування відображаються у Програмах страхування, що їх розробляють страховики.

Ми розглядаємо програму медичного страхування як документ, в якому зазначено перелік та умови надання медичних послуг, що пропонує страхова компанія. Участь у Програмах ДМС не регламентується державою, а реалізує потреби і можливості кожного окремого громадянина або колективу.

Програми, які нині пропонуються на ринку страхових послуг України, різняться між собою за переліком надання медичних установ, послуг та їх вартістю. Вони передбачають заходи, які розширюють можливості й поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню. Тому дуже важливо правильно визначити умови Програми медичного страхування, адже на їх підставі та на основі статистики захворюваності визначається ціна (страхові тарифи) послуг.

Кожна страхова компанія виконує функцію формування попиту, яка забезпечує залучення потенційних страхувальників до отримання послуг конкретної страхової організації[4].

При цьому використовуються:

- вплив і переконання за допомогою цілеспрямованої реклами;
- широкий комплекс організаційних заходів щодо укладання договорів страхування;
- диференціація тарифів на страхові послуги;
- поєднання страхових послуг із різними формами торгового і юридичного обслуговування[5].

Нині, в умовах підвищеної конкуренції страховики, прагнуть разом із збереженням своєї клієнтської бази та підвищенням якості медичних послуг, підтримувати свою фінансову стійкість, платоспроможність та рентабельність страхового портфеля. Все це можливе не лише за рахунок ефективної організації елементів бізнес-процесів медичного страхування, але й безпосередньо за рахунок підвищення якості таких послуг, якого можна досягти шляхом вдосконалення.

Андеррайтинг на сучасному етапі розвитку ринку страхових послуг змінюється кардинальним чином і, відповідно, змінюється його місце та роль в страховому бізнесі. Взагалі, андеррайтинг у страхуванні є ключовим елементом. Від того, наскільки правильно та обґрунтовано він побудований, залежить як результат конкретної страхової операції, так і кінцевий фінансовий результат діяльності страховика. Тому організація якісного та професійного андеррайтингу є актуальною для страховиків, що надають послуги медичного страхування.

У цілому процес андеррайтингу послуг медичного страхування складається із сукупності взаємопов'язаних та взаємозалежних бізнес-операцій: оцінювання ризиків, характерних для об'єктів медичного страхування; прийняття рішень щодо страхування медичного об'єкта або відмова в його страхуванні; визначення строків, умов і розмірів страхового покриття; розрахунок розміру страхового тарифу та страхової премії; укладення договору; підготовка пропозицій щодо оцінки та зниження ризиків.

Заслужує на увагу методика щодо поділу андеррайтингу у медичному страхуванні за об'єктами ризику: фінансовий та медичний андеррайтинг. У фінансовому андеррайтингу об'єктом дослідження є фінансові ризики, а у медичному – ризики втрати здоров'я.

Таким чином, оцінку ризиків у медичному андеррайтингу можна поділити на[6]:

- визначення факторів, які пов'язані зі станом здоров'я застрахованої особи;
- дослідження фізичного та психічного стану здоров'я застрахованої особи;
- оцінку генетичної схильності застрахованої особи до захворюваності;
- врахування професії застрахованої особи;
- спосіб проведення дозвілля, якщо він містить підвищений ризик щодо ймовірності пошкодження здоров'я застрахованої особи.

Оцінка ризиків у фінансовому андеррайтингу поділяється на[6]:

- дослідження фінансових факторів особи, здоров'я якої страхується;
- аналіз рівня доходу;
- наявність залежних осіб, які перебувають на утриманні особи, здоров'я якої є об'єктом страхового захисту.

Фінансовий андеррайтинг полягає в аналізі обґрунтованості бажаного страхового покриття (програма страхування, страхова сума тощо) з точки зору фінансового стану заявника (у цьому випадку важливою може виявитися інформація про його сукупний дохід). Метою фінансового андеррайтингу є гарантування відповідності типу покриття (перш за все, розміру страхової суми) можливим майбутнім втратам для вигодо-

набувача у випадку хвороби застрахованої особи. Іншими словами передбачається реалізація принципу страхування: відшкодування в межах реально завданої шкоди[6]. Вважаємо, що фінансовий андерайтинг необхідний для аналізу всіх заяв-анкет на страхування, а не тільки у випадку значних страхових сум, оскільки заявник може придбати кілька полісів у різних страховиків, що не забороняється українським законодавством. При здійсненні фінансового андерайтингу варто звернути увагу на фінансовий стан заявника. У випадку з'явлення значної страхової суми питання оцінки ризиків щодо фінансового стану страхувальника та фінансових інтересів вигодо набувачів мають бути якомога детальнішими. Для незначних страхових сум використовується стандартне оцінювання ризиків андерайтером, яке ґрунтується на знанні ним загальної економічної ситуації, рівня доходів, характерного для певних професійних груп[8].

Ми вважаємо і нашу думку підтримують інші науковці, що фінансовий андерайтинг важливо здійснювати у разі безперервного страхування здоров'я, яке передбачає страхування витрат на лікування (амбулаторне або стаціонарне) та страхування витрат по догляду вдома за хронічно хворими та престарілими[6]. Адже, відомо, що в основі страхування здоров'я лежить ризик «на дожиття», тому у розгляді цього питання ми проводимо аналогію з видами страхування життя, але з урахуванням специфіки поновлення договору страхування на новий термін[9].

На нашу думку, етап оцінки ризику «андерайтинг здоров'я» являє собою низку взаємопов'язаних заходів страховика щодо оцінювання якісних характеристик здоров'я та фінансового стану страхувальника-заявника. Медичний андерайтинг дозволить проводити додаткові обстеження потенційних застрахованих з метою встановлення адекватних страхових тарифів, які, як правило, є нижчими, ніж ті, які зазвичай застосовуються страховиками, і є більш прийнятними для населення.

Наступним етапом андерайтингу послуг медичного страхування є визначення Програми страхування, страхової суми, тарифу, графіку сплати премій тощо[6].

Однією з головних проблем, з якою стикається андерайтер – визначення оптимального розміру страхової суми, достатньої для задоволення потреб застрахованої особи в медичних послугах, оскільки при недостатньому розмірі страхового забезпечення відсутня економічна доцільність придбання страхового захисту для страхувальника. При цьому слід враховувати особливості медичних послуг як товару, яка полягає у тому, що обсяг послуг, які надаються, а відповідно, і вартість визначає надавач послуг – лікар. При відсутності відповідних знань з медицини (стандартів лікування) та особливостей ціноутворення в охороні здоров'я досить складним завданням є визначення достатності страхової суми для забезпечення компенсації витрат на оплату медичних послуг[6].

Основою для визначення страхової суми має стати середній розмір прогнозованих витрат пацієнта на отримання медичної допомоги, який ґрунтується на середній вартості лікування хвороб певної нозологічної групи. Найбільших витрат зазнає пацієнт при проходженні стаціонарного лікування. Тому основою у визначенні розміру страхової суми має бути вартість стаціонарного лікування, яка раніше визначалася на підставі вартості ліжка-дня, за профілем ліжка (терапевтичне, хірургічне тощо). В сучасних умовах параметри визначення вартості на лікування змінені, а саме: не передбачається фінансування за принципом ліжка-день, а впроваджується фінансування відповідно до наданих сімейним лікарем медичних послуг[6, 10, 11].

Наступним важливим завданням андерайтера є визначення страхових премій. Зазначимо, що страхові премії за послугами добровільного медичного страхування кожний страховик встановлює самостійно. Під час «котирування ризику» при визначенні тарифу за конкретним договором важливо обов'язково врахувати вік, професію, стан здоров'я та інших важливі фактори ризику. Страхові премії залежать від низки показників, і, насамперед, від Програми медичних послуг, страхової суми і категорії страхувальника – фізична особа (індивідуальне страхування) чи юридична особа (колективне страхування). Колективним є страхування в якому беруть участь не менше п'яти фізичних осіб. Воно є найбільш поширеним у медичному страхуванні та не дорогим (його частка на ринку страхових послуг становить 95%), порівняно з індивідуальним (5%). Зазвичай розміри страхових премій у різних страховиків відрізняються, а умови Програм страхування – практично не відрізняються[7].

Під час розрахунку страхових тарифів за Програмами медичного страхування, коли відсутні фактичні дані про результати проведення страхових операцій, страхова сума та виплати можуть бути оцінені із застосуванням математичних методів.

Ураховуючи те, що оцінка ризику багато в чому залежить від суб'єктивної оцінки андерайтера, з метою мінімізації суб'єктивізму провідні страхові компанії стали застосовувати цифрову рейтингову систему, сутність якої проявляється в розкладці ризику на його позитивні та негативні фактори, що дає змогу визначити розмір ризику (тарифних ставок) у відсотках через додавання позитивних значень і віднімання негативних. Наприклад, чоловік віком 30 років подав заяву про намір придбати поліс з ДМС, при цьому він має такі антропологічні дані: зріст 175 см, вага 120 кг, тиск 155/95. Це є фактори, що підвищують ризик захворюваності та смертності. При цьому страховик може застосувати наступні розміри коригуючих коефіцієнтів при підвищеному ризику захворюваності:

- базовий тариф – 100%;
- за надмірну вагу – + 75%;
- за тиск – +50%
- За кумуляцію негативних факторів – + 25%[6].

В підсумку отримуємо збільшення розміру страхової премії на 150%. Можливість захворіти за цим ризиком, з медичної точки зору, в півтора рази перевищує захворюваність при середньому ризику і, відповідно, страховик застосовує надбавку до базового тарифу по групі, до якої входить страхувальник. На наш погляд, ця

методика має свої недоліки, але вона дає змогу стандартизувати процес андерайтингу. Такі договори укладаються терміном, як правило, до одного року, але допускається укладання договорів і на коротший або довший термін. При цьому застосовуються коригуючі коефіцієнти, що становлять певний відсоток від річного платежу. Його величина залежить від терміну на який укладається договір страхування: чим коротший термін дії договору, тим більший розмір коефіцієнту по відношенню до річного[6].

Особливість визначення тарифних ставок у ДМС полягає у тому, що медичне страхування, з одного боку, можна віднести до видів довгострокового страхування, а з іншого для ДМС характерний ризиковий характер виплат, що передбачає виплати за принципом відшкодування збитку. У зв'язку з цим актуарні розрахунки базуються на основних принципах обчислення страхових премій, ніж страхування життя, видах, з урахуванням особливостей страхування життя. При розрахунку тарифних ставок у ДМС слід враховувати певні особливості, а саме:

- розрахунок тарифних ставок здійснюється відносно основних видів медичної допомоги: амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної і комплексної, яка включає в себе амбулаторно-поліклінічну і стаціонарну допомогу разом. Додатково можуть бути виокремлені інші види медичної допомоги: швидка медична допомога, денні стаціонари, діагностичні обстеження, стоматологічна допомога, медикаментозне забезпечення тощо, залежно від програм ДМС в страховій компанії;

- у межах ліцензованих видів ДМС страховики розробляють окремі Програми, наприклад, такі: вагітність і пологи, стоматологічна допомога, діагностичні обстеження та інші, для яких розрахунок страхових премій здійснюється окремо;

- при розробці тарифних ставок і встановленні страхових премій із Програм мають бути виключені ті види медичної допомоги, які фінансуються за рахунок держави і повинні надаватися безоплатно;

- розрахунок тарифних ставок може здійснюватися на випадок виплати страхової суми або добових виплат при настанні захворювання;

- залежно від тривалості договорів існують відмінності у характері страхових виплат і базі статистичних даних, яка необхідна для розрахунку страхових тарифів. При укладенні договорів терміном на один рік тарифи розраховуються диференційовано залежно від прилеглості застрахованої особи до певної групи ризику для кожної вікової категорії. Поточні страхові виплати при цьому здійснюються за рахунок страхових премій, що надходять в поточному році. При переукладенні договорів для розрахунку береться до уваги не лише зростання вікової захворюваності, але і зміни демографічного фактору в часі, зміна статистики захворюваності застрахованих осіб протягом терміну страхування, можлива кумуляція застрахованих ризиків[7].

Вартість медичного страхування залежить не тільки від кількості опцій в Програмі, але й від того, на базі яких медичних установ здійснюється обслуговування застрахованих. Клієнтам надається можливість самостійно обирати медичну установу із переліку медичних закладів партнерів страховика. На ціноутворення також впливають розміри лімітів, у рамках яких надаються медичні послуги. Отже, під час розрахунку вартості комплексної допомоги необхідно враховувати вплив усіх факторів, але водночас виключити з вартості страхового поліса ті чинники, вплив яких на сам процес страхування мінімальний.

Наступними етапами після андерайтингу є укладення договору та встановлення страхової премії. На цьому етапі після узгодження всіх умов страхування з клієнтом або його представником, андерайтер передає акцептоване котирування менеджру, який оформляє і видає договір страхування[6].

Підсумовуючи вище сказане, можна зробити висновок, що андерайтинг, який є комплексним бізнес-процесом, складається із сукупності взаємопов'язаних послідовних етапів, які, поступово переходячи з одного в інший, забезпечують досягнення запланованого результату конкретної страхової операції, а також кінцевий фінансовий результат діяльності страховика. Процес андерайтингу забезпечує ефективну оцінку ризиків, визначення адекватних умов страхування, розробку та реалізацію плану превентивних заходів із зниження ризиків, в результаті чого досягається формування збалансованого та рентабельного страхового портфеля.

Для формування в Україні якісної системи медичного страхування необхідно:

- збільшити фінансові можливості охорони здоров'я за рахунок запровадження системи обов'язкового страхування;

- розширити використання можливостей ДМС і розробити нові варіанти (програми) цього страхування;

- впровадити та вдосконалити методи оцінки ефективності різних видів лікувальних і оздоровчих впливів на пацієнтів;

- удосконалити методику формування страхових тарифів за рахунок розширення статистичної бази ДМС.

При цьому необхідно враховувати, що основним стимулом для оплати медичних послуг нині є прагнення пацієнтів отримати максимальний обсяг допомоги за мінімальний час і якомога швидше повернутися до активного життя. Однак в умовах різкої диференціації соціальних верств населення укладення договорів ДМС, навіть за наявності мотивації, стає проблематичним для значної кількості пацієнтів із обмеженими фінансовими можливостями.

Одним із напрямів, що дозволять підвищити якість послуг медичного страхування, може стати розробка і використання науково-обґрунтованих методів і критеріїв оцінки діяльності страхової компанії та лікувально-профілактичних установ, що забезпечить, свою чергу, задоволення потреб застрахованих. Практика функціонування ДМС на сучасному етапі свідчить про те, що державою не приділялося достатньої уваги, і тому необхідність у їх дослідженні є актуальною. У розробці надійних методів і критеріїв оцінки ефективності

роботи ЛПУ зацікавлені як органи управління охороною здоров'я, так і самі СК, які наділені функцією контролю за якістю, обсягом, термінами і умовами надання медичної допомоги.

На наш погляд, для оцінки ефективності діяльності ЛПУ, СК слід використовувати декілька показників. Зокрема, пропонуємо використовувати:

- для оцінки якості лікувальної роботи - коефіцієнт якості (Кя) медичної допомоги, що є відношенням кількості випадків повного дотримання адекватних технологій до загального числа оцінюваних випадків надання медичної допомоги;

- для оцінки ефективності медичної допомоги – коефіцієнт результативності (Кр), який визначається як відношення числа випадків з досягнутим результатом до загальної кількості випадків надання медичної допомоги;

- для відображення рівня задоволення якістю обслуговування – коефіцієнт соціальної задоволеності (Ксз) – відношення числа пацієнтів, задоволених одержаною медичною допомогою, до їх загальної кількості. Тобто, коефіцієнт соціальної задоволеності оцінюється за наслідками соціологічного опитування застрахованих осіб за спеціально розробленою анкетною і розраховується як відношення кількості застрахованих, інформованих про систему ДМС, до загальної кількості опитаних [6, 12, 13, 14].

На основі стандартизованих інтегральних показників складається рейтинг ЛПУ і страховиків за весь період, що досліджується. Таким чином можна виділити кілька груп ЛПУ: лідери, аутсайтери, ЛПУ, що займають проміжне положення між двома названими групами («середня ланка»). Для оцінки ефективності діяльності СК пропонуємо такі показники:

- показник якості медичної допомоги в ЛПУ, що працюють з конкретним страховиком;
- показник задоволеності застрахованих якістю медичної допомоги, що надається в ЛПУ, які працюють з цим страховиком;
- показник інформованості осіб, застрахованих конкретним страховиком, про систему ДМС і про їх права[6].

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Запровадження запропонованої методики сприятиме розробці і реалізації комплексу адекватних засобів з поліпшення якості медичної допомоги:

- формування єдиної політики в сфері захисту прав застрахованих;
- інформування населення з питань прав і законних інтересів застрахованих, що виникають з приводу забезпечення їх медичною допомогою;
- збір звернень застрахованих з питань захисту їх прав і законних інтересів з метою аналізу проведення експертизи якості і розробки рекомендацій по її організації;
- контроль за зберіганням коштів ДМС;
- підготовка експертів СК з питань проведення експертизи якості, тощо[6].

Аналіз, здійснений за такою методикою, дозволяє відслідковувати всі зміни індивідуальних рейтингів ЛПУ, СК, що відбуваються за будь-який період і тим самим виявити наявні резерви для підвищення ефективності їх діяльності, визначити і реалізувати на практиці відповідні управлінські рішення

#### **Список використаної літератури.**

1. Чопляк І.А. Механізм забезпечення менеджменту якості страхових послуг/ Чопляк І.А.// Науковий вісник Херсонського державного університету. – Випуск 17. Частина 4. – 2016. – ст. 126
2. Ермасов С.В. Страхование: учебник для бакалавров / С.В. Ермасов, Н.Б. Ермасова. – Москва: Юрайт. – 2014. – 800 с
3. Хованов А. Продажа страховой услуги / А. Хованов // Страховое ревю. – 2000. – № 7. – С. 27–32.
4. А. Ткаченко, К. Шматко. Андеррайтинг як умова реалізації конкурентної стратегії страхової організації/ А. Ткаченко, К. Шматко.// Економічний аналіз. – Випуск 12. Частина 2. – 2013 рік. – ст. 337.
5. Баскаков, В. М. Страхова статистика: стан і перспективи, надійність та контроль якості [Текст] / В. М. Баскаков, А. Ю. Шупляков // Страхова справа. – №1. – 2008. –С. 66-69.
6. Нагайчук Н.Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки: дис...канд. екон. наук. 08.04.01/ Нагайчук Нелла Григорівна. – К., 2006. – 214 с.
7. Ткаченко Н. В. Андеррайтинг у добровільному медичному страхуванні [Електронний ресурс] / Н. В. Ткаченко, Н. Г. Нагайчук // Вісник Університету банківської справи Національного банку України. – 2008. – № 3. – Режим доступу: [www.nbu.gov.ua/portal/soc\\_gum/VUbsNbU/2008\\_3/Visnyk%20UBS%20NBU%203\\_141.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/VUbsNbU/2008_3/Visnyk%20UBS%20NBU%203_141.pdf) – Назва з екрана.
8. Привалова Е.П. Особенности андеррайтинга при страховании жизни/Привалова Е.П.//Страховое дело. – 2005. - №5. – с. 42-46.
9. Четыркин Е.М. Актуарные расчеты в негосударственном медицинском страховании/ Четыркин Е.М.//М.: Дело, 1999. – 120 с.
10. Решетников А.В. Финансовый менеджмент в системе обязательного медицинского состояния. Экономика здравоохранения. – <https://medi.ru/info/8013/>
11. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні/ ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 174 с.
12. Андреева О.В., Линденбратен А.Л., Дубоделова Н.К., Соловьева Н.Б. Экономическое стимулирование как фактор повышения эффективности медицинской помощи// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2002. - № 1. – с. 25-29.

13. Оганезова А. В. Критерии оценки эффективности экономической деятельности учреждений здравоохранения / А. В. Оганезова / Харьков : НТУ "ХПИ". – 2012. – № 12. – С. 156-162.
14. О.М. Голяченко. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – Київ: ПП «Вігай», 1993. – 198 с.

#### References.

1. Choplyak, I.A. (2016), «The mechanism of providing quality management of insurance services», *Naukoviy visnik Hersonskogo derzhavnogo universitetu*, vol. 17., pp. 126 (Accessed 05 February 2018)
2. Ermasov, S.V., Ermasova N.B. (2014), *Strahovanie: uchebnik dlya bakalavrov*, [Insurance: a textbook for bachelors], Moskva: Yurayt, Moskva, Rosiya (Accessed 07 February 2018)
3. Hovanov, A. (2000), «Sale of insurance services», *Strahovoe revyu*, vol. 7, pp. 27–32 (Accessed 05 February 2018)
4. Tkachenko, A., Shmatko, K. (2013), «Underwriting as a condition for implementing a competitive strategy of an insurance organization», *Ekonomichnyi analiz*, vol. 12, pp. 337. (Accessed 05 February 2018)
5. Baskakov, V. M., Shuplyakov, A. Y. (2008), «Insurance statistics: state and prospects, reliability and quality control», *Strahova sprava*, vol. 1, pp. 66-69. (Accessed 05 February 2018)
6. Nagaychuk, N.G. (2006), «Formation of a system of voluntary medical insurance in a market economy», Ph. D Thesis, 08.04.01, «Kyiv Economic University named by name Vadim Hetman», Kyiv, Ukraine. (Accessed 09 January 2018)
7. Tkachenko, N. V., Nagaychuk, N. G. (2008), «Underwriting in voluntary health insurance», *Visnik Universitetu bankivskoyi spravi Natsionalnogo banku Ukraini* [Online], vol. 3, available at: [www.nbu.gov.ua/portal/soc\\_gum/VUbsNBu/2008\\_3/Visnyk UBS NBU 3\\_141.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/VUbsNBu/2008_3/Visnyk%20UBS%20NBU%203_141.pdf) (Accessed 07 January 2018)
8. Privalova, E.P. (2005), «Peculiarities of life insurance underwriting», *Strahovoe delo*, vol. 5, pp. 42-46. (Accessed 05 February 2018)
9. Chetyrkin, E.M. (1999), *Aktuarnye raschety v negosudarstvennom medicinskom straxovanii*, [Actuarial calculations in non-state medical insurance], M.: Delo, Moskva, Rosiya (Accessed 05 February 2018)
10. Reshetnikov, A.V. (2001), «Financial management in the system of mandatory medical condition», *Ekonomika zdavooxraneniya*, [Online], vol. 10, available at: <https://medi.ru/info/8013/> (Accessed 05 February 2018)
11. Lexan, V.M. (2001), *Strategichni napryamki rozvitku oxoroni zdorov'ya v ukraïni*, [Strategic efforts to develop health in Ukraine], K.: Sfera, Moskva, Rosiya (Accessed 21 January 2018)
12. Andreeva, O.V., Lindenbraten, A.L., Dubodelova, N.K., Soloveva, N.B. (2002), «Economic stimulation as a factor in improving the effectiveness of medical care», *Problemy socialnoj gigieny, zdavooxraneniya i istoriya medicyny*, vol. 1, pp. 25-29. (Accessed 05 February 2018)
13. Oganезова, A.V. (2012), «Criteria for evaluating the effectiveness of economic activities of health institutions», *Harkov: NTU "HPI"*, vol. 12, pp. 156-162 (Accessed 05 February 2018)
14. Holyachenko, O.M. (1993), *Sotsialna medytsyna ta orhanizatsiya okhorony zdorov'ya*, «Social medicine and health care organization», K: PP «Vigay», Kyiv, Ukraine. (Accessed 21 January 2018)

Стаття надійшла до редакції 20.02.2018 р.