

жах, визначених Комітетом з надзору за страховою діяльністю, а ст. 36 встановлює принципи дотримання в їх розміщенні (диверсифікація, поворотність, прибутковість, ліквідність). В "Порядок здійснення інвестиційної діяльності страховими організаціями та перестраховальними організаціями", затвердженому Ухвалою Ради

Міністрів Республіки Білорусь від 07.04.1997 р. № 287, встановлені правила інвестування тільки для страхових резервів у зв'язку з тим, що управління ними зачіпає інтереси страхувальників і істотно впливає на фінансову стійкість страховиків (табл.6).

Таблиця 6

Вимоги до інвестування страхових резервів в Республіці Білорусь відповідно Закону "Про страхування"

Напрями інвестування страхових резервів	Обмеження
Банківські рахунки	не менше 10% СР
Державні цінні папери	не менше 35% СР (зі страхування життя)
Цінні папери місцевих органів влади	не більше 10% СР
Цінні папери суб'єктів господарювання	не більше 15% СР
Нерухомість	не більше 20% СР
Одна земельна ділянка або об'єкт нерухомості	не більше 20% СР

Чинне страхове законодавство дозволяє 10% страхових резервів інвестувати за межами республіки, але при атом необхідна згода Комітету з нагляду за страховою діяльністю. Решта 90% повинні бути розміщені на території республіки. В цілях забезпечення надійності і поворотності інвестиційного портфеля заборонено інвестувати страхові резерви у векселі і житлові приміщення.

Відповідно до ст. 3 Закону "Про інвестиційну діяльність в Республіці Білорусь" джерелами інвестицій до статутних фондів можуть бути тільки власні засоби інвестора. Засоби страхових резервів відносяться до залучених, тому вони не можуть бути направлені на формування і поповнення статутних фондів. За даними на 01.01.2008 рік, сума сформованих страхових резервів склала 105 млрд. рублів. Інвестування цих засобів здійснювалося відповідно до Ухвали СМ РБ від 16.06.2009 р. № 800 [2].

Основними об'єктами розміщення резервів як і раніше залишаються банківські рахунки і цінні папери (в першу чергу Державні казначейські зобов'язання). До 01.04.2008 року на рахунках в банках розміщено 52,4% резервів, в ДКЗ інвестовано 42,5%, а в об'єкти нерухомості – 3,8%. З 2006 р. державні страхові організації зобов'язані розміщувати власні засоби і страхові резерви в банках, контрольний пакет акцій яких належить державі. Це переслідує мету обмежити використання ресурсів державних страхових компаній недержавними банками. Найважливішим напрямом діяльності Державної інспекції Республіки Узбекистан є підвищення фінансової стійкості і платоспроможності страховиків.

Страховими організаціями, що здійснюють свою діяльність на території Республіки Узбекистан, забороняється використання засобів страхових резервів на наступні цілі: інвестиції, не передбачені нормативами, що діють; створення інвестиційних фондів; укладення договорів купівлі-продажу; вкладення в інтелектуальну власність; укладення договорів позики з фізичними і юридичними особами, окрім випадків, передбачених

Законом Республіки Узбекистан "Про страхування"; придбання акцій і паїв товарних і фондових бірж. За 2007 р. страховики інвестували в два рази більше засобів, чим в 2002 році. В цілому стан страхового ринку свідчить про наявність динаміки стійкого зростання основних показників роботи, стабілізацію фінансового положення, наявність інвестиційного потенціалу.

Страхові організації 9% вільних ресурсів вкладають в ДКЗ і приблизно 65% в акції і інші цінні папери. Відбулося також й зростання статутних капіталів: з 2002 р. по 2007 р. приблизно на 17% при стабільній чисельності страхових організацій – 28 одиниць. Це свідчить про процес концентрації і капіталізації на страховому ринку. З 1999 року встановлені нормативи і напрями розміщення страхових резервів в інвестиції.

Наведені відмінності між країнами в напрямках інвестування активів страхових компаній, безумовно, багато в чому пов'язані з особливостями розвитку національних фінансових ринків і системи фінансового посередництва в економіці в цілому. У тих країнах, де високо розвинений ринок корпоративних цінних паперів, страховики активніше інвестують в інструменти, що обертаються на цьому ринку, а там, де цей ринок відносно невеликий, перевага віддається державним зобов'язанням і іншим фінансовим активам. Також важливу роль відіграють відмінності в нормах державного регулювання інвестиційної політики страховиків. Наприклад, не такий великий, як можна було б чекати виходячи з параметрів американського ринку цінних паперів, обсяг інвестицій страхових компаній США в акції компаній частково пояснюється відповідними обмеженнями, що накладаються національним законодавством.

1.Гаманкова О.О. "Ринок страхових послуг України". КНЕУ, 2009 р.
2. Баранова В.Г. Фінансовий механізм функціонування страхової системи. ВМВ, Одеса, 2009 р.

Надійшла до редколегії 12.04.10

Ю.П. Гришан, канд. екон. наук, доц.

ПОБУДОВА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ДОБРОВІЛЬНИМ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ В УМОВАХ ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ (НА ПРИКЛАДІ МОДЕЛІ ВПРОВАДЖЕННЯ ДМС ВАТ "СТ "ІЛЛІЧІВСЬКЕ" НА ММК ІМ. ІЛЛІЧА)

В статті наводиться приклад впровадження системи управління добровільним медичним страхуванням в умовах економічної кризи на великому підприємстві.

The example of introduction of control system by voluntary medical insurance on the large enterprise in the conditions of economic crisis is made in the article.

Медичне страхування вирішує 2 основні задачі: соціальну – охорона здоров'я, забезпечення його відтворення, розвиток медичного обслуговування; економічну – фінансування охорони здоров'я, покращення його матеріальної бази, захист доходів громадян та їх сімей,

перерозподіл між різними групами населення засобів, що йдуть на оплату медичних послуг.

При наявності обов'язкового медичного страхування (ОМС) добровільне медичне страхування (ДМС) є своєрідним аналогом ОМС, який дозволяє задовольня-

ти унікальні медичні потреби громадян, і таким чином виконує одну й ту ж соціальну функцію – надання громадянам гарантії отримання медичної допомоги шляхом страхового фінансування. Проте ця спільна мета досягається двома системами різних засобів.

Медичне страхування належить до соціально значущих видів. Враховуючи відсутність у держави фінансових можливостей забезпечення виконання конституційних прав громадян щодо охорони здоров'я, законодавчу неврегульованість і невнормованість обов'язкової форми медичного страхування, добровільна форма медичного страхування починає набирати усе більшої значущості, не зважаючи на ряд суттєвих як законодавчо-нормативних, так і соціальних перешкод.

Перепоною для розвитку добровільного медичного страхування в такій формі, яка сьогодні існує в нашій державі, є низька поінформованість населення про переваги та недоліки медичного страхування як джерела фінансування системи охорони здоров'я. Про це свідчать результати досліджень, проведених Київським міжнародним інститутом соціологічних досліджень (КМІС) та Асоціації психіатрів України. Наведемо деякі дані зазначених вище досліджень. Серед тих, хто отримав вищу освіту, кількість тих, хто обирає бюджетну та страхову моделі, практично однакова – 39% і 36% відповідно. В той час, як серед осіб з неповною середньою освітою бюджетну систему обирає 64%, а страхову – лише 10%. Також ставлення до страхової медицини залежить і від віку респондентів: серед людей від 18 до 29 років обирають страхову модель 34 %, а серед представників старших вікових груп – 9%. Ситуація загострюється за умов старіючої української нації.

Якщо розглядати проблему в регіональному розрізі, то кількість прихильників страхової моделі збільшується за умов просування зі сходу на захід України. Так, за страхову модель виступає 20% у Східному регіоні і понад 35% у Західному. На думку багатьох експертів істотними обставинами, які впливають на відмінності у ставленні опитаних з різних регіонів до страхової моделі охорони здоров'я, є досвід країн-сусідів. Зважаючи на вище вказану інформацію, сьогодні вітчизняні страховики докладають великих зусиль для підвищення страхової культури медичного страхування, враховуючи свій досвід [1].

В контексті країн Європейського співтовариства добровільне медичне страхування поділяється на три типи: страхування, що слугує заміною узаконеної системи державного страхування (страхування, яке заміщує); страхування, що надає додаткове покриття для послуг, повністю чи частково виключених із державної схеми (додаткове страхування); страхування, яке додатково покриває прискорений доступ чи розширений споживчий вибір (доповнює страхування). Таким чином в класиці світової практики ДМС характеризується доповнюючими або вторинними рисами.

За умов, коли в державі медичне страхування практично застосовується лише у формі ДМС, акценти помітно зміщуються – і, відповідно, ДМС набуває певних деформацій, зокрема змінюються класичні принципи його функціонування. Таким чином, одноосібне існування ДМС в сфері медичного страхування перекреслює його основну ціль – доповнення медичного страхування понад гарантований державою об'єм базисного медичного страхування. За таких умов, комерційна основа добровільного медичного страхування, у сприйнятті громадян має містити в собі також риси соціального страхування, що на практиці визначається проблемами в соціально справедливому розрахунку тарифів. Мається на увазі, включення до розрахунку тарифів

вартості базових медичних послуг з додаванням вартості більш дорогих видів лікування та діагностики, що робить ДМС більш дорогим та менш доступним для широкого загалу бідного населення.

Тому ситуація, що склалася в країні, вимагає від страховиків розробки моделі максимально ефективного управління системою ДМС, включаючи маркетингові дослідження та зменшення затрат на адміністрування процесу.

Економічна криза, яка зачепила Україну, стала своєрідним чинником, що вплинув на еволюцію та природній відбір в страховому середовищі, включаючи страхові компанії, які займаються ДМС. Менш чутливими до кризи стали ті компанії, які будували свою політику виходячи з інтересів клієнта та не ставили за мету досягнення за будь-якої ціни високих кількісних показників; страхові компанії, які дотримувалися вимог регулятора щодо резервування коштів, не витрачали невиправдано великі суми грошових коштів на рекламні кампанії та побудову великої, найчастіше збиткової, філійної мережі. Досвід свідчить, що робота тих страхових компаній була успішною, де керівники зуміли побудувати дієву систему управління змінами в компанії.

Під час економічної кризи більшість класичних страхових компаній, у портфелі яких більше 50% припадало на добровільне страхування наземного транспорту (далі КАСКО) та обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів (далі ОСЦПВВТЗ), в IV кварталі 2008 року зіштовхнулися з різким збільшенням обсягів страхових виплат. Курс долара вплинув на вартість автомобільних запчастин, що, у свою чергу, підвищило вартість послуг станцій технічного обслуговування. Незважаючи на те, що деякі страхові компанії відразу вжили необхідних заходів з оптимізації витрат і переглянули тарифну й андеррайтерську політику, позитивні результати вдалося одержати тільки в середині 2009 року. Аналогічна ситуація у зв'язку з різким зростанням цін на медикаменти й медичні послуги склалася і у сфері добровільного медичного страхування.

Практична база даного дослідження, відкрите акціонерне товариство "Страхове товариство "Іллічівське" входить у п'ятірку страхових компаній-лідерів страхового ринку з добровільного медичного страхування. ДМС – складний і витратний вид страхування, впровадження й розбудову якого можуть дозволити собі тільки ті страхові компанії, які мають диверсифікований страховий портфель та сформовані ліквідні активи. Проте із самого початку функціонування компанії ВАТ "СТ "Іллічівське" визначило пріоритетом своєї діяльності медичне страхування фізичних осіб, що мало на меті покращити культуру страхування у клієнтів шляхом налагодження роботи з конкретною людиною, яка має сама обрати власний страховий захист, виходячи зі стану свого здоров'я, потреб і рівня власних доходів. База компанії містить близько 800 клінік, з якими здійснюється співпраця як за допомогою посередників (асистанських компаній), так і через прями зв'язки.

Півріччя 2009 року ВАТ "СТ "Іллічівське" завершило з приростом страхових продажів 12,5% порівняно з аналогічним періодом минулого року, у той час як увесь страховий ринок, скоротив обсяги страхових продажів на 37,9% (матеріали VI Карпатської конференції). Такі показники страховій компанії вдалося досягнути завдяки розвитку нових каналів продажів, регіональної мережі, збільшення ефективності керування.

Частка ДМС у страховому портфелі ВАТ "СТ "Іллічівське" станом на кінець 2009 року складає близько 34,2%. Про масштабність роботи вищезгаданого това-

риства в галузі медичного страхування свідчить наступний показник – 123 тисячі урегульованих страхових випадків ДМС за 2008 рік і 100 тисяч – за 2009 рік, або близько 10 тисяч випадків захворювань застрахованих осіб на місяць. У 2009 році сума страхових виплат по ДМС ВАТ "СТ "Іллічівське" склала понад 22,5 млн грн. Автором в рамках наукового дослідження було обрано як приклад антикризового впровадження ДМС на підприємстві – роботу ВАТ "СТ "Іллічівське" на Маріупольському металургійному комбінаті ім. Ілліча (далі ММК ім. Ілліча). Про об'єми ефективної співпраці із таким гігантом вітчизняної економіки як ММК ім. Ілліча свідчить те, що в лікувально-діагностичному центрі комбінату – основній базі з надання амбулаторно-поліклінічних та лабораторно-діагностичних послуг було надано послуги 64 660 застрахованим особам, а також лише діагностичних послуг – 7 979 особам.

На ММК ім. Ілліча перша передплатна кампанія по ДМС в ВАТ "СТ "Іллічівське" була проведена в 2005 році. В 2009 р. були остаточно дороблено й погоджено чотири програми ДМС, розроблено інформаційні й рекламні матеріали, проведено роз'яснювальну роботу із працівниками підприємства. На сьогоднішній день передплатна кампанія по ДМС організовано в шість послідовних етапів:

1. Розробка (адаптація й корегування) чотирьох програм медичного страхування різних рівнів, узгодження змісту програм з керівництвом і профспілкою підприємства, їх затвердження;
2. Проведення "Передплатної кампанії", широкої роз'яснювальної роботи, рекламна й PR-кампанія;
3. Зустрічі в колективах;
4. Отримання заяв на страхування страховим товариством, первинна обробка інформації;

5. Обробка даних, укладання договорів, внесення в базу;

6. Початок обслуговування застрахованих осіб.

Загальна кількість застрахованих "іллічівців" у підписну кампанію 2009р. сягнула 47,6 тис. чоловік.

Зважаючи на значну частку в портфелі страховика застрахованих працівників ММК ім. Ілліча, а також для збереження своїх позицій на ринку в період кризи, в компанії на основі методу "Діаграма Каору Ісікави" була сформована група антикризового менеджменту, затверджені заходи щодо постійного моніторингу та усунення основних загроз по напрямках із вказівкою відповідальних осіб і строків виконання. Розуміючи, що найголовнішим для будь-якої компанії є фінансова стабільність, пріоритетним напрямком став щомісячний контроль ряду показників і внесення оперативних змін у випадку виявлення негативних тенденцій. Оскільки ДМС посідає перше місце (за обсягом портфеля), був створений механізм щотижневого контролю витрат на медикаменти й оптимізація роботи з базовими лікувальними установами на ММК.

З метою вдосконалення управління системою ДМС в компанії під час кризи було проведено усесторонній аналіз діяльності компанії. У 2009 році обсяг страхових платежів з ДМС у ВАТ "СТ "Іллічівське" склав 34,4 млн грн, з яких 28,4 млн грн сформували платежі отримані від працівників ММК ім. Ілліча та його дочірніх підприємств. У вказаний період були виплачені страхові відшкодування на суму 27,2 млн грн, у тому числі близько 22 млн грн – працівникам комбінату. Рівень виплат з ДМС склав 79,1%, що відповідало рівню світових показників. Рентабельність по ДМС для працівників ММК в 2008 році, розрахована з урахуванням коливань резервів незароблених премій, склала "1,97%" (Рисунок1), а в 2009 році – "3,1%" (Рисунок 2).

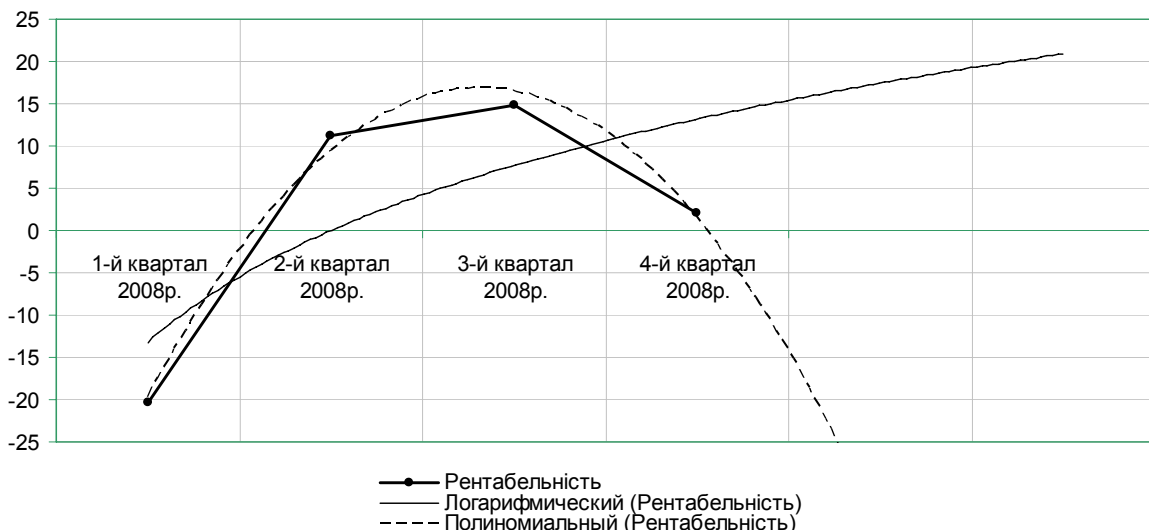


Рис. 1. Рентабельність по програмах ДМС на ММК в 2008 р. (з урахуванням коливань резервів незароблених премій)

У процесі роботи групи менеджерів компанії аналіз розрахунків показав, що для збереження рентабельності на позитивному рівні необхідно підвищити страхові тарифи з урахуванням підвищення цін на лікарські препарати, медичні послуги, матеріали медичного призначення.

Водночас аналіз рівня виплат ВАТ "СТ "Іллічівське" у 2005-2009 роках засвідчив, що тарифи протягом 2005-2006 рр. залишались незмінним, при цьому рівень виплат в 2006 р. наблизився до 100%, а в деяких місяцях – до 120%, тобто на протязі всіх місяців та всього андеррайтингового року ВАТ "СТ "Іллічівське" отримувало

від'ємну рентабельність. У розрахунку тарифів Страхового товариства "Іллічівське" з ДМС враховано, що втрата кількості застрахованих складає близько 10% протягом розрахункового періоду. Зважаючи на ключове місце ДМС в портфелі ВАТ "СТ "Іллічівське" страховому товариству необхідно було зберегти загальний рівень виплат на тому ж рівні.

Таким чином у ВАТ "СТ "Іллічівське" були розраховані тарифи та розроблені програми ДМС для співробітників ММК ім. Ілліча із врахуванням наступних факторів:

- ✓ значне подорожчання лікарських препаратів та матеріалів медичного призначення;
- ✓ інфляційні процеси на рівні 10%;
- ✓ майбутнє підвищення вартості послуг медичних закладів;

- ✓ зниження купівельної спроможності потенційних застрахованих осіб;
- ✓ досягнення мінімальної рентабельності на рівні 5%.

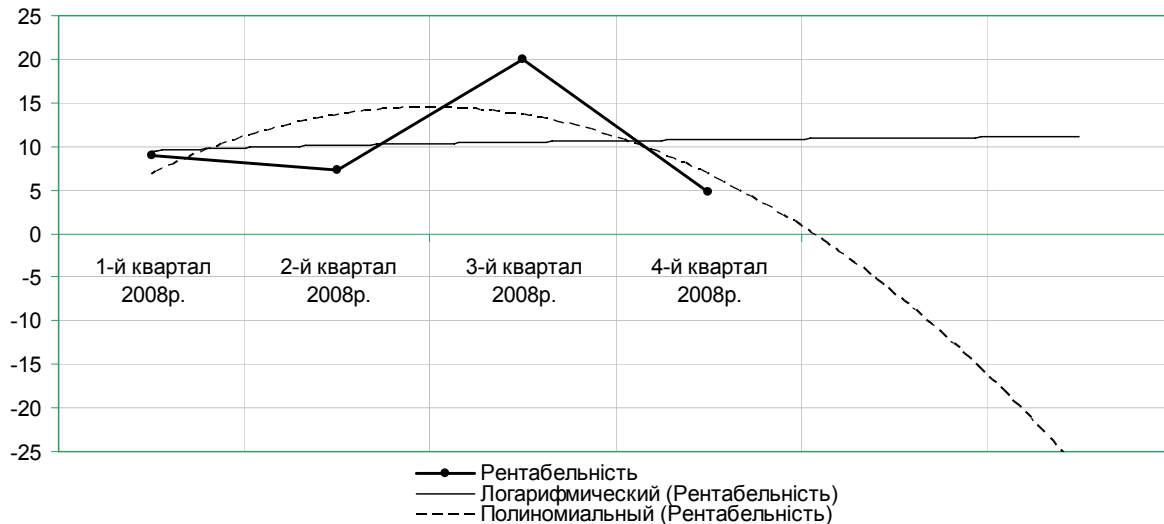


Рис. 2. Рентабельність по програмам ДМС на ММК в 2009р.
(з урахуванням коливань резервів незароблених премій)

У кризовому 2009 році перед ВАТ "СТ "Іллічівське" ставилося завдання створити програми медичного страхування таким чином, щоб за своїми умовами вони дозволили:

1. Відшкодувати вартість лікування робітників комбінату, що забезпечує швидке повернення їх до роботи;
2. Забезпечувати доступність страхових продуктів по ДМС для більшості працівників та членів їх сімей з урахуванням падіння заробітної плати в металургії;
3. Зберегти досягнуті обсяги платежів і позитивну рентабельність.

Під керівництвом автора група спеціалістів ВАТ "СТ "Іллічівське" працювала разом з керівництвом комбінату й наглядовою радою для вирішення цих завдань. За рахунок широкого охоплення застрахованих осіб на підприємствах ММК ім. Ілліча, успішно розроблених програм, оптимізації страхових виплат і поліпшення якості медичних послуг, що надаються, товариство зуміло втримати зростання вартості медичних програм у період кризи на рівні 20%. І це тоді, коли подорожчання цього виду страхування в Україні, за даними засобів масової інформації, склало від 40-60%. Також товариству вдалося зберегти досягнуті обсяги щомісячних платежів, що дозволило забезпечити позитивну рентабельність.

Оптимізацію виплат ВАТ "СТ "Іллічівське" проводило наступним чином:

1. було затверджено наприкінці 2008 року разом з Лікувально-діагностичним центром (ЛДЦ) ММК ім. Ілліча структуру витрат з фіксованими граничними показниками;
2. за принципом розподілу на основні групи захворювань людини (серцево-судинні захворювання, захворювання верхніх дихальних шляхів та опорно-рухового апарату) сформовано своєрідний споживчий кошик;
3. в умовах договору введено пункт, що стосується індексації тарифів, зважаючи на перевищення відсоткового ліміту зростання цін;
4. переглянуто роботу зі другорядними ("сторонніми") діагностичними центрами;

5. посилено контроль за випискою медикаментів лікарями ЛДЦ.

Всі ці кроки дозволили втримати зростання страхових виплат, не зважаючи на збільшення вартості медикаментів і медичних послуг.

ВАТ "СТ "Іллічівське" обрало жорсткий підхід до процесу планування, контролю над страховими виплатами (включаючи сезонний моніторинг виплат), що дозволило йому залишитися в числі перших тридцяти фінансово-стійких страхових компаній за даними аналізу страхового ринку представниками журналу "Експерт". Особливістю діяльності товариства є значний ріст кількості застрахованих членів родин працівників комбінату й жителів м. Маріуполя (наприклад, в період проведення підписної кампанії у відділеннях Товариства у м. Маріуполі спостерігалися черги). Таких результатів вдалося досягти завдяки чітко сформованому менеджменту, включаючи незаперечність виконання взятих зобов'язань, а також завдяки масштабній роз'яснювальній роботі.

Завдяки чіткому структуруванню процесу управління системою ДМС на ММК ім. Ілліча ВАТ "СТ "Іллічівське" отримало значний досвід впровадження страхової медицини. У масштабах такого гіганта, як ММК ім. Ілліча, ВАТ "СТ "Іллічівське" вдалося пройти та відпрацювати модель впровадження медичного страхування, за якої страхувальники самі обирають програму страхового захисту та працює головний принцип – оплата медичних послуг за їх кількістю та якістю. Досвід ВАТ "СТ "Іллічівське", накопичений при проведенні передплатних кампаній на металургійному комбінаті, сьогодні використовується при вирішенні менш масштабних проблем на інших підприємствах під час впровадження на них програм ДМС.

На думку автора, добровільне медичне страхування – важлива складова майбутнього вітчизняного страхового ринку. Оскільки найближчим часом Україна змушена буде перейти на обов'язкове медичне страхування, що, в свою чергу, підвищить інтерес до ДМС з боку населення.

Проте практика ВАТ "СТ "Іллічівське" засвідчила, що тільки об'єднані зусилля страхових компаній і брокерів, що спеціалізуються на медичному страхуванні, зможуть допомогти підвищити культуру медичного страхування у населення, роз'яснити громадянам переваги наявності полісу ДМС. Але, на жаль, стан страхового ринку та галузі охорони здоров'я не дозволить цього зробити у найближчий час. Не зважаючи на багаторічні спроби страховиків додати імпульс реформам у медицині й процесу впровадження обов'язкового медичного страхування, вітчизняний страховий ринок зіштовхнувся з неприйняттям суспільством ринкових страхових механізмів та деструктивною пасивністю з боку державних органів влади.

Тому розвиток добровільного медичного страхування залишається на сьогодні єдиною формою реально діючого та ефективного фінансування медичних потреб українського населення, яка все ж таки потребує пильної уваги та належної оцінки з боку суспільства.

1. Миколіук О. Охорона здоров'я: погляд пацієнтів // Газета "День", № 114 – 2008 -3 лип. 2. Поліщук М.Є. Лікуймо Україну! – Тернопіль: ТДМУ, 2009. – 228 с. 3. Портер М., Тайсберг Е.О. переосмислення системи охорони здоров'я. Як створити конкуренцію, основану на цінності та орієнтовану на результат.– К.: видавництво О.Капусти (підрозділ "Агентства "Стандарт"), 2007. – 620с.

Надійшла до редколегії 22.03.10

О.В. Машаро, заступник Генерального директору УАСК АСКА

ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ТАРИФНОЇ ПОЛІТИКИ З ОБОВ'ЯЗКОВОГО СТРАХУВАННЯ АВТОЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

На підставі аналізу результатів п'ятирічного функціонування в Україні обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів виявлені та сформульовані основні проблеми та напрямки розвитку тарифної політики з цього виду страхування. Запропоновані необхідні для розвитку заходи та способи вирішення проблем.

On the basis of analysis of results of five year functioning of Obligatory civil Liability Insurance of the Owners of the Ground Vehicles (Motor Third Party Liability insurance) in Ukraine the main problems and directions of development of tariff policy for this line of insurance have been found out and formulated. Ways of development and methods of problems decisions are presented.

Прошло п'ять років дії Закону "Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів" (далі Закон). В умовах становлення, перетворення і трансформацій – це дуже великий строк. Але в Україні за цей період Закон навіть не запрацював на повну силу.

Разом з тим, за оцінками Моторного (транспортного) страхового бюро України (МТСБУ), охоплення обов'язковим страхуванням наблизилось до майже 75 відсотків учасників дорожнього руху. В МТСБУ створена та починає наповнюватися Централізована база даних, яка буде містити полісні дані страховиків, є надія на те, що найближчим часом буде прийняте Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України (Держфінпослуг) щодо підвищення лімітів відповідальності та зміни базового страхового платежу та коригуючих коефіцієнтів для цього виду страхування.

Зрозуміло, що страхові тарифи, а саме – базовий страховий платіж та коригуючі коефіцієнти, за таким масовим та напруженим видом страхування мають переглядатись частіше, ніж раз на п'ять років. Інтуїтивно здається, що це має бути щорічно. Але швидкість та можливість здійснення необхідних розрахунків залежить від наявності якісних статистичних даних. Тому наповнення Централізованої бази даних є необхідною умовою для виконання такої роботи.

Як буде розвиватися тарифна політика цього виду страхування, які основні проблеми треба розв'язувати з цього приводу найближчим часом? Наведемо деякі з них.

Удосконалення системи коригуючих коефіцієнтів. Одним з принципових питань, що виникло при погодженні з Держфінпослуг нових значень базового платежу та коригуючих коефіцієнтів, стало – чи може Держфінпослуг, згідно до Закону, затвердити не тільки нові значення, але й новий набір або кількість факторів існуючих коригуючих коефіцієнтів? Керівництво МТСБУ впевнене, що Держфінпослуг має на це законні повноваження. Підґрунтям для цього є п.7.3 Закону, де зазначено: "МТСБУ передає пропозицію щодо розміру базового платежу, коригуючих коефіцієнтів та їх обґрунтування до Уповноваженого органу (Держфінпослуг – прим. автора). Коригуючі коефіцієнти та розмір базово-

го страхового платежу затверджуються Уповноваженим органом у термін, не більший за 45 календарних днів з дня подання МТСБУ відповідної пропозиції до Уповноваженого органу". Але у представників Держфінпослуг є сумніви щодо того, про що йдеться в Законі – про розміри коригуючих коефіцієнтів або про їх набір? Для кінцевого вирішення питання вирішено підготувати спеціальний запит до Міністерства юстиції. Отримання позитивної відповіді, на яку сподіваються страховики, дозволить вводити нові коригуючі коефіцієнти, відмінити незначущі з них, а також вирішити деякі важливі методологічні питання застосування існуючих коригуючих коефіцієнтів. В ході дискусій розглядалися питання щодо доцільності введення додаткового коефіцієнту в залежності від віку водія, пропонувалося визначити коефіцієнт "в залежності від території переважного використання транспортного засобу" не за чисельністю населення, а для кожного конкретного населеного пункту, за аналогією з російським регулюванням, визначити тип транспортного засобу не від обсягу двигуна, але в залежності від його потужності, та ін. Таким чином, одним з напрямків розвитку тарифної політики з обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності автовласників, безумовно, має стати розвиток та удосконалення системи коригуючих коефіцієнтів.

Спеціальні тарифні коефіцієнти. Згідно до Закону, на кінцевий розмір страхового платежу, крім коефіцієнтів, які названі коригуючими, суттєво впливають інші коефіцієнти. Це

- ✓ коефіцієнт бонус-малус, зазначений в п.8.1 ст.8 Закону;
- ✓ коефіцієнт для пільговиків, зазначений в п.13.2 ст.13 Закону;
- ✓ коефіцієнт короткостроковості, зазначений в п.10 Розділу VII. Прикінцеві та перехідні положення Закону;
- ✓ коефіцієнт в залежності від кількості одночасно застрахованих транспортних засобів, зазначений в п.11-1 Розділу VII. Прикінцеві та перехідні положення Закону.

Згідно до Закону, адекватність цих коефіцієнтів не перевіряється, а їх значення не можуть бути зміненими без внесення змін до Закону.