

➤ зміцнення державного страхового нагляду та формування системи саморегулювання;

➤ удосконалення податкового, антимонопольного, кримінального та цивільного законодавства, що регулює сферу страхування.

Реалізація зазначених заходів сприятиме підвищенню рівня страхового захисту населення, а також досягненню високих інвестиційних можливостей і безпечної інтеграції у світовий економічний простір в умовах посилення процесів глобалізації.

УДК 368.03.005.21

Ю. П. Гришан, канд. екон. наук, доц.

ВВЕДЕННЯ ПРОЦЕСНОГО ПІДХОДУ В СТРАХОВІЙ КОМПАНІЇ ТА ПОКРАЩЕННЯ СТАНДАРТІВ ОБСЛУГОВУВАННЯ КЛІЄНТІВ (НА ПРИКЛАДІ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ)

В статті наводиться приклад формування страхового менеджменту у страховій компанії, націленого на покращення якості обслуговування існуючих і нових клієнтів як способу "підвищення культури страхування" у населення та отримання кращих результатів діяльності СК в контексті розвитку ДМС в країні.

Ключеві слова: добровільне медичне страхування, проект системи медичного страхування, попит, пропозиція, теорія Е. Демінга, діаграма "Ісікави".

В статті представлено приклад формування страхового менеджменту в страховій компанії, направленої на покращення якості обслуговування існуючих і нових клієнтів як способу "підвищення культури страхування" у населення і отримання кращих результатів діяльності СК в контексті розвитку ДМС в країні.

Ключевые слова: добровольное медицинское страхование, проект системы медицинского страхования, спрос, предложение, теория Е. Деминга, диаграмма "Исикавы".

The example of the insurance management in a company aimed at improving the quality of service existing and new clients as a way of "improving the culture of insurance" in population and get the best performance IC as the context of VHI in the country.

Keywords: voluntary health insurance, health insurance system project, supply, demand, theory of E. Deming, diagram "Ishikawa".

Створення економічних моделей на мікрорівні допомагає досягнути та практично дослідити спрощені макроекономічні явища. Якщо добровільне медичне страхування використати в якості самої такої мікромоделі, то це дасть можливість спроектувати деякі твердження класичної ринкової економіки на реалії нашого сьогодення – зокрема, починаючи з якості страхування в окремо взятій страховій компанії і, закінчуючи фінансуванням та розвитком медичної галузі в державі.

Серед вітчизняних науковців, які розглядали дану проблематику, можемо виділити таких, як Окунський А. Р., Солдатенко О.В., Капшук О.Г., Лаптев С.М., Ковтун І.О., Ткаченко Н.В. та ін.

Метою даної статті є застосування економічного твердження "попит формує пропозицію". В розрізі добровільного медичного страхування (ДМС) така теорія часто може мати характер зворотної дії – "якісна пропозиція формує попит". Останнє зауваження стає особливо актуальним на фоні поширеної в Україні "низької культури страхування" серед населення. Саме вміння вітчизняних страховиків звернути увагу громадян на переваги медичного страхування може в певній мірі

1. Конституція України. – К.: Українська правнича фундація, 1996. – 56 с. 2. Програма розвитку страхового ринку України на 2001–2004 роки // Страхова справа. – 2001. – №1. – С. 48–55. 3. Концепція розвитку страхового ринку України до 2010 року. Розміщено за адресою: <http://www.rada.gov.ua> 4. Збірник законодавчих та нормативно-правових актів України зі страхування // Держфінпослуг, Центр підготовки і перепідготовки кадрів та інформаційно-аналітичного забезпечення страхової діяльності – К.: 2006. – 486 с.

Надійшла до редколегії 16.02.11

вплинути на подальше фінансове забезпечення медичної галузі в державі в цілому.

З плином часу українці дедалі більше рухають свою свідомість в протилежному від радянських стереотипів напрямі. Звична для суспільства система всеосяжного державного фінансування медичних потреб людини все частіше замінюється на послуги страхових компаній в розрізі добровільного медичного страхування. Численні дослідження підтверджують наростання попиту на ДМС в Україні. За останніми даними експертів ринку [2], на кінець 2010 року попит на цю послугу вже перевищує пропозицію. У першу чергу це пов'язано з погіршенням рівня медичного обслуговування державними лікарняними установами.

У практиці деяких країн ДМС є суттєвою складовою у фінансуванні медичної сфери, і несе функцію додаткового, але важливого джерела фінансування. Зокрема варто звернути увагу на США, в яких, не зважаючи на суттєве зменшення обсягів порівняно з 70-80-ми роками 20 століття, ДМС все ще займає близько 40% загальних витрат на медичне забезпечення населення. При цьому частка таких витрат є чи не найбільшою у світі – 14% обсягу ВВП (табл. 1).

Таблиця 1. Моделі фінансування охорони здоров'я у різних країнах світу [1]

Країна	Німеччина	Японія	Канада	Франція	Велика Британія	США
Тип моделі	Соціально-страхова			Державна		Ринкова
Частка витрат держави на охорону здоров'я у ВВП	8,10%	6,60%	8,70%	8,50%	6,00%	14%
Джерело фінансування	ОМС – 60% ДМС – 10% Державний бюджет – 15% Власні кошти громадян = 15%	ОМС – 60% Державний бюджет – 10% Суспільні фонди – 10% Власні кошти громадян – 20%	Федеральні фонди і фонди бюджетів провінцій – 90% Фонди приватних СК і добровільні пожертвування – 10%.	ОМС – 50% ДМС – 20% Державний бюджет – 10% Власні кошти громадян – 20%.	Державний бюджет	Приватне страхування – 40% Власні кошти громадян – 20% Програми для малозабезпечених та людей похилого віку – 40%

В Україні, незважаючи на збільшення попиту, частка ДМС в загальному обсязі бюджетного фінансування системи охорони здоров'я України складає 1,9%, у той час як в європейських країнах вона коливається від 5% до 20%. Одночасно ДМС – єдина фактично діюча форма медичного страхування в Україні, яка не є доповненням до обов'язкового медичного страхування (за умови відсутності останнього).

Не зважаючи на поступове нарощування обсягів, місце ДМС в житті країни значною мірою визначається впливом державних органів влади. А якщо висловлюватися точніше – їх байдужістю до ДМС як важливої складової системи медичного забезпечення населення. В останні роки розроблялося безліч сценаріїв розвитку медичного страхування в Україні. Один з них розроблений Лігою страхових організацій України. Саме тому, що в ньому в раціональних пропорціях розраховано розподіл частки фінансування медицини з різних джерел, включаючи обов'язкове медичне страхування (ОМС) і ДМС, зазначений вище проект отримав оцінку фахівців

як надто ринковий і випереджаючий ринковий розвиток економічної дійсності в Україні.

Найбільш привабливими для чиновників стали проекти системи медичного страхування, за яких страховальники в особі держави, роботодавців юридичних і фізичних осіб сплачуватимуть внески в обов'язковий соціальний фонд страхування або інше об'єднання. За прогнозами експертів за такої схеми страховальники не матимуть жодних гарантій ефективного використання цих коштів, оскільки далі грошові потоки знаходитимуться під контролем не реформованої системи медичного забезпечення МОЗ, обласних і міських відділів охорони здоров'я. Це призведе до того, що галузь знову поглине всі ресурси, не підвищивши якість обслуговування. Попередні розрахунки показують, що якщо держава залишить бюджетні кошти для фінансування медичної галузі на рівні 21 млрд. грн, і додатково вирішить ввести 5% податок з доходів фізичних осіб це не дасть можливості покрити необхідні затрати системи охорони здоров'я (рис. 1).

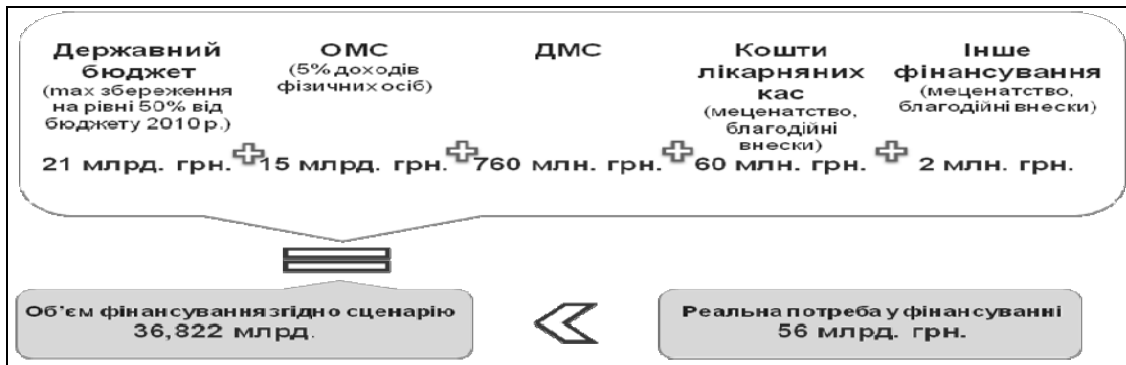


Рис. 1. Ймовірний сценарій фінансового забезпечення медичної галузі в разі впровадження ОМС

Ситуація загострюватиметься на тлі старіючої української нації. Збільшення чисельності людей пенсійного віку призведе до зменшення ефективності грошових потоків отриманих з доходів працюючої частини населення. Таким чином зберігається ризик повторення в Україні негативного досвіду Німеччини, пов'язаного з крахом системи Бісмарка. Тому державі також варто звернути увагу на розвиток додаткових джерел фінансування медичної галузі та застосування преференцій для структурних одиниць останніх.

Необхідні кроки влади для розвитку ДМС пов'язані зі специфікою оподаткування страхових компаній, учасників ринку ДМС. Податкове навантаження для страхових компаній, що займаються ДМС діє на загальних для страховиків підставах і не стимулює останніх займатися цим видом, зважаючи на значну його ресурсоємність та високий рівень виплат (високі витрати

пов'язані із соціальною значимістю виду та його функціональною специфікою).

Тому ми пропонуємо застосувати наступні кроки:

1. Введення особливих умов оподаткування страховиків за платежами з ДМС. Як приклад, застосування податкових пільг для підприємств, що використовують послуги страхування "life" своїх співробітників призвело до істотного нарощування обсягів "лайфового" сектора страхового ринку України 2008 року.

2. Віднесення коштів по ДМС працівників до валових витрат. Держава не стимулює громадян до захисту свого здоров'я за допомогою податкових преференцій. Оподаткування витрат (не віднесення їх до валових витрат) роботодавців на ДМС не стимулює їх до розвитку програм медичного страхування на підприємствах. Необхідність такого стимулювання засвідчують дослідження зображені на рисунку 2 [4].

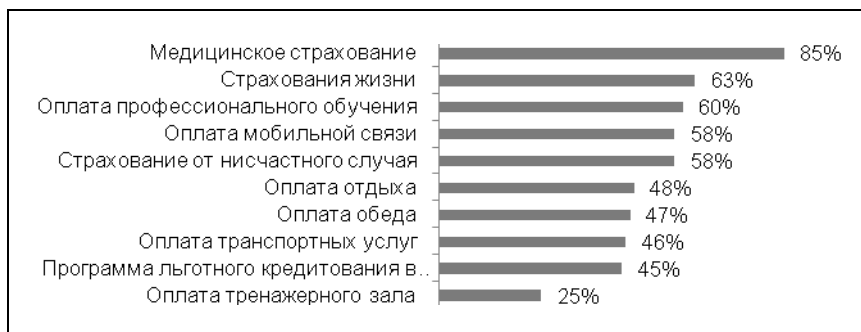


Рис. 2. Ідеальний соціальний пакет за версією українських шукачів у 2010 р.

3. Надання права податкового кредиту для громадян-страхувальників по ДМС.

Одним і, можливо, найефективнішим способом підвищення попиту населення на ДМС в Україні є покращення якості такої послуги. Для того, щоб визначити, що саме необхідно зробити для створення і задоволення попиту населення на ДМС необхідно зважати на той стан, в якому знаходиться дана галузь страхування і можливі шляхи її успішного розвитку. Сьогодні добровільним медичним страхуванням в Україні активно займається незначна кількість страховиків. Зокрема, перша рейтингова п'ятірка учасників ринку ДМС концентрує близько 40% загальних обсягів страхових платежів за цим видом страхування (рис. 3). [5]. В першу чергу саме такі страховики мають докласти максимум зусиль

для покращення рівня обслуговування населення з метою збільшення попиту громадян на ДМС. Проте тенденції ринку зовсім не мінімізують частку інших учасників галузі в процесі поліпшень ДМС.

Для вдосконалення мікроринку ДМС в кожній страховій компанії має бути сформована мета, досягнення якої дасть можливість на високому рівні задовольняти потреби клієнтів і отримувати доходи. Для формування мети важливо зважати на наступні детермінанти реформи медичної галузі, запропоновані американським дослідником М.Портером [3]:

- Удосконалення системи стимулів, які здатні посилити продуктивну конкуренцію;
- Універсальна система страхування, яка гарантує економічну ефективність;

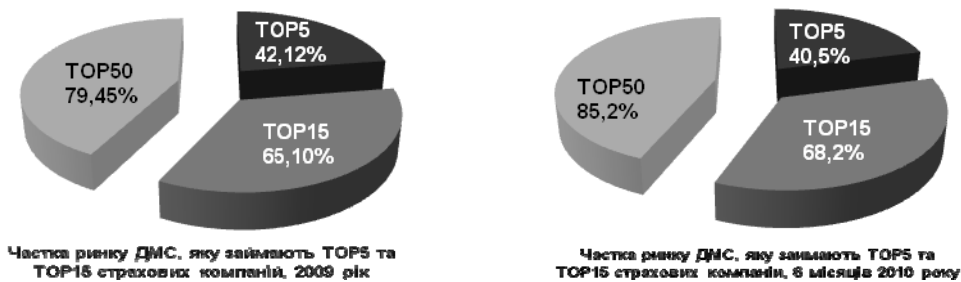


Рис. 3. Концентрація українського ринку ДМС в 2009-2010 рр.

- Доступність інформації, яка б забезпечила споживача можливістю оптимального вибору;
- Найбільш широке залучення інновацій, яке гарантує динамізм системи охорони здоров'я.

Досвід окремо взятої страхової компанії спроектований на методи сучасного менеджменту дозволяє покращити якість страхових послуг. Як базу наукового дослідження автором було обрано ВАТ "СТ "Іллічівське". Керівництвом компанії в процесі менеджменту застосовується "концепція Е. Демінга", яка спрямована на покращення якості послуг, шляхом удосконалення "вузких місць" в бізнес-процесах компанії. Едвардс Демінг – американський дослідник в галузі менеджменту персоналу. Свою концепцію "Менеджмент систем" впроваджував на виробництві японської корпорації "Тойота". Система управління спрямована на планомірне досягнення стратегічних цілей організації шляхом безперервного поліпшення роботи і полягає в постійному паралельному вдосконаленні трьох складових: якості продукції; якості організації процесів; рівня кваліфікації персоналу. Теорія Е. Демінга включає 14 основних принципів, особливої уваги заслуговує 1 принцип "Домагайтеся сталості мети". Мета: безперервне поліпшення якості продуктів і послуг для досягнення конкурентоспроможності, збереження бізнесу та створення робочих місць.

Досвід роботи ВАТ "СТ "Іллічівське" засвідчує, що необхідними кроками для розвитку системи ДМС є формування клієнтоорієнтованої політики врегулювання страхових випадків; створення власного медичного асистансу; введення процесного підходу: розробка та оптимізація бізнес-процесів з поетапним введенням

власного асистансу; розробка стандартів якості обслуговування клієнтів; запуск системи постійного вдосконалення ЦКП (бізнес-процесів і стандартів) відповідно до циклу "Демінга-Шухарта"; впровадження системи кризис-менеджменту.

За 5 років праці у сфері ДМС, компанія узагальнила основні принципи роботи для підвищення якості обслуговування клієнтів:

- При врегулюванні страхового випадку – всі сумніви тільки на користь клієнта.
- Скорочення кількості візитів клієнта при врегулюванні страхового випадку: 1-й візит – оформлення заяви і передача документів; 2-й візит – страхова виплата (при перерахуванні суми виплати на картковий рахунок лише один візит клієнта в компанію).
- Надійні партнери: функції, делеговані асистансу відносно роботи з клієнтами, виконуються так само важливо і коректно, якби вони виконувались співробітниками компанії.
- Відповідність страхових виплат рівню договорів страхування.
- Скарги, побажання та пропозиції клієнтів – наше керівництво до поліпшення роботи.

Крім того для поліпшення якості обслуговування клієнтів був створений власний асистанс, оскільки за підрахунками спеціалістів страхової компанії при співпраці з зовнішнім асистансом втрачається близько 20% часових ресурсів, а скарги на недосконалу роботу зовнішнього асистансу завдають шкоди іміджу страхової компанії (рис. 4).



Рис. 4. Взаємодія страхової компанії з зовнішнім асистансом

До переваг впровадження власного асистансу входять: більш висока якість обслуговування клієнтів у зв'язку зі спрощенням контролю над процесом; оптимізація збитків за рахунок чіткого контролю процесу врегулювання (супроводу клієнта); можливість укладення договорів з провайдером за бажанням клієнта; можливість надання додаткового спектру послуг (консультації про рівень медичних установ, організація медичних послуг не застрахованим членам сім'ї та ін); скорочення термінів оплати медичним установам, що призводить до більш плідної співпраці; мінімізація витрат на ведення справи.

Питання збереження якості послуг особливо гостро стоїть для страхових компаній в умовах погіршення загального економічного становища в країні, в тому числі в умовах кризових явищ. Для своєчасної реакції ВАТ "СТ "Іллічівське" на зовнішні негативні явища в компанії сформовано систему кризи-менеджменту. Антикризове управління побудовано на методиці побудови "діаграми Ісікави" ("риб'ячий скелет" або "риб'яча кістка"). Діаграма призначена для відокремлення причин кризових настроїв в економічному середовищі від наслідків і допомагає побачити проблему в цілому, то-

то виявлення факторів, впливає на результат. Діаграми компанії будуються в результаті проведення "мозкового штурму" спеціально створеною командою, використовуючи різні висновки та ідеї, отримані в результаті проведення первинних і вторинних досліджень. Ідеї групуються за категоріями, потім у розрізі цих категорій будується причинно-наслідкова діаграма, де в напрямку головної стрілки відображається розв'язувана проблема, а в напрямках бічних стрілок відображаються причини, згруповані за категоріями (рис. 5).

Особливістю застосування "Риби Ісікави" у ВАТ "СТ "Іллічівське" є використання граничних показників. Зазначений параметр дуже важливий в системі страхування складних ризиків, що пов'язано з великою кількістю взаємопереплетених фінансово-економічних даних та бізнес-процесів всередині системи. Умовне дроблення бізнес-процесів на підпорядковані ланки і фіксація їх діяльності конкретними цифрами дозволяє своєчасно і ефективно застосовувати антикризові заходи в разі негативних відхилень від прийнятих максимальних і мінімальних границь окремо взятого показника.



Рис. 5. "Риба Ісікави" на прикладі низької рентабельності ДМС

Отже, сьогодні ДМС посідає важливу позицію у фінансуванні вітчизняної системи охорони здоров'я. На жаль, потік грошових коштів з цього джерела у галузь на сьогоднішній день є недостатньо розвинутим. Це в значній мірі пов'язано з низькою обізнаністю громадян в перевагах добровільного медичного страхування. З метою залучення нових і збереження лояльних клієнтів страхові компанії мають приділяти багато уваги якості послуг, що вони надають. Глибокий аналіз складових

страхової послуги та бізнес-процесів у сфері ДМС дає можливість визначити детермінанти формування позиції страховими компаніями, що відповідно сформує попит у клієнтів. Покращення якості обслуговування користувачів ДМС – це складний процес, який постійно вдосконалюється з придбанням страховими компаніями досвіду роботи у цій галузі. Важливим аргументом на користь оферентів ДМС є застосування нових методик менеджменту персоналу. Постійне навчання співробіт-

ників страхової компанії, спрямоване на визначення дефектів у бізнес-процесах забезпечує покращення рівня обслуговування клієнтів. Саме використання вище зазначених методів покращення якості послуг ДМС призвело до позитивних змін загальних тенденцій на базі дослідження: приріст доходів від ДМС у 2010 р. році порівняно з 2009 роком склав близько 12%, і кількість клієнтів зросла на 103%. Для порівняння, співвідношення результатів 2009 і 2008 років сформувало аналогічні показники на рівні 7% і 97% відповідно. Тому розвиток медичного страхування в Україні має бути спільною справою всіх суб'єктів цього ринку, починаючи від клієнта та страхової компанії, і закінчуючи найвищими рівнями у 2009 році державної влади. Збалансо-

ване регулювання чиновниками медичного страхування (включаючи політику оподаткування учасників інфраструктури) дасть можливість ринковим механізмам внести свої корективи на терені медичної сфери.

1. Головнина Н. В. Экономические модели национальных систем здравоохранения // Муниципальная экономика. – № 3.– 2007. 2. Паненко І. Страховики відмовляються від медстрахування // Газета "Дело". – 26.11.2010. 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. – 620 с. 4. Соцпакет по-українськи: Дослідження. – <http://ubr.ua> (Український бізнес-ресурс). 5. Insurance Top(журнал) – № 2(30)2010.

Надійшла до редколегії 12.02.11

УДК 330.101:368.02

Р.В. Пікус, канд. екон. наук, доц.

РОЗВИТОК СТРАХОВОГО РИНКУ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ

В статті досліджуються тенденції розвитку страхового ринку України в умовах глобалізації, виокремлено позитивні та негативні наслідки такого процесу. Визначено шляхи оптимізації інтеграційних процесів України в світовий страховий простір.

Ключові слова: страховий ринок, глобалізація, інтеграція.

В статье исследуются тенденции развития страхового рынка Украины в условиях глобализации, выделены позитивные и негативные последствия такого процесса. Определены пути оптимизации интеграционных процессов Украины в мировое страховое пространство.

Ключевые слова: страховой рынок, глобализация, интеграция.

Trends progresses of insurance market of Ukraine are investigated in the article in the conditions of globalization, the positive and negative consequences of such process are distinguished. The ways of optimization of integration processes of Ukraine are certain in outer insurance space.

Keywords: insurance market, globalization, integration.

Об'єктивною реальністю кінця ХХ – початку ХХІ століття стала глобалізація світової економіки, що не оминуло і систему страхових відносин. Суть, механізм та наслідки цього процесу до кінця не вивчені і викликають діаметрально протилежні погляди.

Серед наукових праць, в яких досліджуються теоретичні основи фінансової глобалізації і, зокрема, – глобалізації у сфері страхових послуг слід відзначити роботи таких зарубіжних вчених як Дж.Батлер, Дж. Більхотт, Д.Бланд, К.Бурроу, Л.Гератеволь, В.Гейльман, Дж.Діксон, Г.Леві, А.Манес, Р.Мер, Р.Меркін, А.Монті, Дж.Оріні, Х.Скіпер, Д.Фарні, Д.Хемптон, В.Шахов, Р.Юлдашев.

Ключові питання розвитку світового та вітчизняного ринку страхування досліджували українські вчені В.Базилевич, К.Базилевич, К.Воблий, Н.Внукова, Т.Говорушко, Д.Граве, В.Грушко, О.Залєтов, О.Заруба, М.Клапків, В.Малько, С.Осадець, А.Таркуцяк, Я.Шумелда.

Разом з тим, дослідження умов і особливостей формування ефективної національної політики у страховій сфері в глобальних умовах соціально-економічного розвитку потребують, з одного боку, більш акцентованого наукового інтересу, а з іншого, – прагматизму. Загалом, необхідність вирішення існуючих проблем світового ринку страхування, його рушійних сил і тенденцій є очевидною у теоретичному і практичному плані.

Сьогодні світ перетворився у глобальну економічну систему, в якій практично не залишилося можливостей для сповідування стихійних ринкових відносин між державами. Виник глобально функціонуючий світовий виробничо-господарський механізм, складовими якого стали окремі національні економіки. На очах одного покоління відбуваються ущільнення простору і часу в глобальних масштабах, взаємне зближення країн, на-родів, регіонів.

Глобалізація страхових відносин є процесом стирання законодавчих та економічних бар'єрів між національними страховими ринками, що відбувається під впливом змін у світовій економіці, і має на меті формування глобального страхового простору. Це явище красномовно виражається у таких процесах: концентрація страхового й перестрахового капіталу; зрощення банківського та страхового капіталу; концентрація на ринку страхових посередників; концентрація споживачів страхових послуг; зміна попиту на "масові" страхові послуги, активізація участі страховиків у пенсійному страхуванні; розширення сфери використання приватного комерційного страхування; зміни традиційних форм і видів страхових послуг, які ведуть до зрощення страхових й фінансових послуг; зміна ринкового середовища в умовах повної комп'ютеризації споживачів страхових послуг [6].

Архітектура світового страхового ринку нестійка і піддається значним потрясінням не лише для страхових ринків периферії, але й для центру, тому що світова страхова сфера перетворюється в єдину систему і обвал однієї з ланок тяжко відображається на інших.

До числа країн, страхові ринки яких розвиваються та входять до периферії світового страхового ринку, відносяться і Україна.

Становище такого розвитку зовсім не значить, що периферія наближається до центру, а навпаки, це ситуація, коли периферія повинна постійно наздоганяти центр, оскільки він задає технічні, соціально-економічні, організаційні й управлінські стандарти, на основі яких формується світовий страховий ринок, його порядок, умови та правила гри.

Світовий страховий ринок сформований на основі інтеграції страхових ринків високо розвинутих країн світу, підштовхує менш розвинуті національні страхові ринки до адаптації місцевих стандартів до міжнародних. Щоб освоїти такі стандарти, необхідно створити відповідні інститути та механізми, а це не просто, бо пряме запози-