

Так, страхова компанія "ТАС" запровадила, так звано, школу страхових агентів. Програма школи страхових агентів включає базовий курс, який складається з трьох рівнів:

- вступу до страхування,
- продукт-менеджменту,
- технології продажів страхових продуктів [4].

В цілому управління агентською мережею страхової компанії "ТАС" є досить ефективним. Проект з розвитку власної агентської мережі компанія розпочала у липні 2007 року за участю компанії LIMRA (Life Insurance Marketing and Research Association) – найбільш авторитетної всесвітньої консалтингової організації у сфері страхування життя, що надає дослідницькі, навчальні, проектні та інформаційні послуги. На фінальній стадії реалізації проекту агентська мережа страхової компанії "ТАС" повинна налічувати понад 40 агенцій в різних регіонах України і більше 2 500 фінансових консультантів.

Заслуговує на увагу програма розвитку страхових агентів, розроблена страховою компанією "Провідна". Дана програма включає 3 складові: програму рекрутингу, адаптацію страхових агентів і систему управління активністю агентських продажів, що була розроблена на основі російського досвіду. Основною метою програми є підвищення професіоналізму агентів, прискорення темпів росту набору страхових агентів, удосконалення процедур адаптації нових агентів у мережі і розширення мережі. Одним із пріоритетних завдань, що ставить перед собою компанія, є забезпечення приросту кваліфікованих кадрів за допомогою побудови чіткого, керованого, технологічного і безперервного процесу рекрутингу агентів. Цей процес включає планування, організацію пошуку та залучення кандидатів, прийом їх на роботу та навчання [5].

Дещо подібною є програма розвитку агентської мережі страхової компанії "Альфа Страхування". При цьому стратегія розвитку агентської мережі компанії, в першу чергу, пов'язана з підвищенням професійного рівня самих агентів, збільшенням продуктивності роботи агентів за рахунок зростання перехресних продажів страхових продуктів та розширення продуктового ряду для клієнтів. Особлива увага в компанії приділяється оптимізації процесів навчання, організації роботи контролю за виконанням планових показників [6]. Позитивним моментом в діяльності компанії є здійснення планування та контролю у сфері персоналу.

При плануванні своєї роботи страховим компаніям корисно також використовувати відомий принцип DOME [7]:

1. *Diagnosis* – діагностика й аналіз поточної ситуації у компанії з питань набору, навчання, мотивації агентів, організації агентських продажів і розвитку агентської мережі.

УДК 369.03

2. *Objektives* – визначення мети і завдань, що сприяють досягненню поставленої мети.

3. *Methods* – визначення способів досягнення мети і завдань, тобто конкретних кроків (заходів), які необхідно зробити для досягнення мети.

4. *Evaluation* – оцінка результатів роботи компанії і ефективності спланованих і проведених нею заходів.

Активне зростання агентської мережі демонструє Група АХА. Власна агентська мережа Групи АХА до кінця 2010 року зросла вдвічі. На сьогоднішній день агентська мережа нараховує близько 1 тис. агентів по Україні, на яких припадає до 10% у загальному обсязі зібраних премій. До кінця цього року група має намір наростити агентський потенціал до 2 тис. осіб, а до кінця наступного року – до 3 тис. агентів. Для цього Групою АХА значні кошти плануються направити на розвиток власної мережі та збільшення ефективності збутової політики, а також на навчання й підвищення кваліфікації агентів [8].

Особливу увагу страховикам слід приділяти питанням мотивації діяльності страхових агентів. Цікавим у цьому плані є досвід страхової компанії "УСГ-Життя", яка пропонує програму стимулювання агентів через надання їм житла на пільгових засадах.

Отже, українські страхові компанії проводять політику залучення страхових агентів, їх навчання, територіальне розширення агентської мережі. Проте, на нашу думку, варто було б більше уваги приділити відбору та мотивації страхових агентів. Адже агент не зможе продуктивно працювати, якщо не зацікавлений в даній сфері, не достатньо вмотивований. Агент повинен мати достатню кваліфікацію, бути компетентним, цікавим співрозмовником, щоб зацікавити потенційного клієнта. Тобто, при підборі агентів необхідно обов'язково враховувати особисті якості людини. Для агента важливо вміти правильно подати інформацію, а завдання управління – підібрати агента, в якому закладений потенціал і допомоги цьому агенту професійно зростати.

1. Закон України "Про страхування" № 85/96 від 7.03.1996 року зі змінами і доповненнями // [rada.gov.ua](http://rada.gov.ua). 2. Яворська Т.В. Страхові послуги: Навч. посіб. – К.: Знання, 2008. – 350 с. 3. Брызгалов Д.В. Секрет вечности MLM-технологии в страховании // Организация продаж страховых продуктов / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.insmarketing.ru/public/public\\_4.php](http://www.insmarketing.ru/public/public_4.php) 4. Офіційний сайт Ліги страхових організацій України / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [uainsur.com/our-news/6972/](http://uainsur.com/our-news/6972/) 5. Офіційний сайт СК "Провідна" / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.providna.ua](http://www.providna.ua) 6. Офіційний сайт СК "Альфа Страхування" / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.direct.alfaic.ua](http://www.direct.alfaic.ua) 7. Офіційний інформаційно-аналітичний портал Українського агентства фінансового розвитку / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.ufin.com.ua/](http://www.ufin.com.ua/) 8. Офіційний сайт Групи АХА. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [axa-ukraine.com](http://axa-ukraine.com)

Надійшла до редколегії 08.02.11

І.Є. Януль, канд.екоп.наук, доц.

## МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

*В статті розглядається медичне страхування та його види, аналізується досвід впровадження медичного страхування в розвинених країнах світу. Визначаються проблеми та перспективи впровадження в Україні обов'язкового та добровільного медичного страхування.*

*Ключові слова: медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування*

*В статье рассматривается медицинское страхование и его виды, анализируется опыт внедрения медицинского страхования в развитых странах мира. Определяются проблемы и перспективы внедрения в Украине обязательного и добровольного медицинского страхования.*

*Ключевые слова: медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование*

*Current state medical insurance and its types and experience of implementation of medical insurance at developed states of world. Perspectives of obligatory medical insurance introduction in Ukraine are observed.*

*Keywords: medical insurance, obligatory insurance, insurance medicine of voluntary.*

Першочерговим завданням держави є розвиток соціальної сфери, включаючи охорону здоров'я. Видатки на

охорону здоров'я мають продуктивний характер – позитивно впливають економічний розвиток держави, крім

того за допомогою фінансування цих видатків виконується найважливіша функція держави – соціальний захист та соціальне забезпечення у сфері охорони здоров'я. Важливою проблемою в Україні залишається досягнення ефективності фінансування системи охорони здоров'я.

Впровадження ефективних механізмів фінансування медичної галузі – це важлива складова процесу реорганізації системи охорони здоров'я в Україні. Відомо, що медичне страхування – один із дієвих механізмів фінансування видатків на охорону здоров'я та забезпечення досить високого рівня надання медичних послуг у розвинених країнах світу [5, 6, 7].

Основні положення щодо дослідження медичного страхування були висвітлені в багатьох роботах як українських, так і зарубіжних авторів. Значні теоретичні та практичні дослідження у цій сфері здійснили В. Базидевич, Н. Внукова, В. Рудень, О. Губар, Н. Машина, Т. Стецюк та інші.

Потребують подальшого розвитку питання щодо запровадження обов'язкового медичного страхування та розвитку добровільного медичного страхування, як важливих джерел фінансування системи охорони здоров'я в Україні.

Метою статті є вивчення проблем медичного страхування в Україні та визначення перспектив його удосконалення.

Відомо, що в економіці охорони здоров'я страхування відіграє основну роль у переважній частині розвинених країн світу. Медичне страхування поряд з пенсійним є важливою складовою соціальної інфраструктури.

Значення медичного страхування полягає у відокремленні фінансування галузі охорони здоров'я від бюджетного процесу, що особливо актуально в умовах дефіциту бюджетних коштів.

Соціальне медичне страхування базується на суспільних принципах фінансування, згідно з якими кошти системи страхування формуються за рахунок обов'язкових внесків, які залежать від рівня доходів і не входять до складу бюджету. Страхові платежі мають цільовий характер, що забезпечує гарантоване спрямування зібраних коштів на фінансування охорони здоров'я [2, с.26].

Приватне страхування – це приватний контракт в обмін на набір послуг через оплату спеціальної премії. Воно реалізується через страхові компанії та вільний вибір споживачів купувати страховий пакет, який найбільше відповідає їх пререференціям. Проте, на приватному ринку страхові внески не залежать від доходу, і таким чином, приватне страхування є недоступним мало-забезпеченому населенню.

Альтернативою може бути придбання на ринку приватного страхування страхового полісу на груповій основі. Групове страхування забезпечує медичному страхуванню моменти, характерні розподілу ризиків – платить кожний учасник групи, і лише деякі з них отримують послуги.

В Україні понад 80% клієнтів страхових компаній, що користуються медичною страховкою – представники іноземних компаній, СП. Більшість програм розраховані на корпоративних клієнтів.

Майже всі системи охорони здоров'я використовують плату споживачів – прямі платежі пацієнтів надавачам медичних послуг. Якщо громадяни не мають ніякого страхового захисту на випадок хвороби, то у такий спосіб сплачується необхідне медичне забезпечення. В цьому разі втрачається функція страхування з розподілу ризиків і більшість населення за винятком його частини з найвищими доходами, несе значний ризик фінансової неспроможності у разі виникнення проблем із здоров'ям.

Як відмічалось вище, попит на послуги по добровільному медичному страхуванні зростає за рахунок приватного страхування корпоративних клієнтів. Зокрема, валові виплати по медичному страхуванню в Україні зросли, починаючи із 2004 року від 172,7 млн. грн. до 590,8 млн. грн. у 2009 році [7]. Крім того, 2010 році найбільша питома вага страхових виплат була здійснена по безперервному медичному страхуванню і склала 73,88%, тоді як виплати по страхуванню здоров'я на випадок хвороби склали 19,76%, а страхування медичних витрат відповідно 6,36%. Аналіз цієї структури ще раз свідчить, що поліси по безперервному медичному страхуванню є доступними переважно для корпоративних клієнтів. Лише невелика частка населення здатна сьогодні самостійно придбати поліс даного виду страхування. Взагалі, виплати по добровільному медичному страхуванню у структурі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні складають 1,49%.

Найбільш актуальною для України залишається проблема впровадження обов'язкового медичного страхування.

Як відмічалось вище, вартість багатьох видів медичної допомоги ускладнює доступ до неї більшості населення, тому виключно приватна система добровільного страхування залишається недоступною для переважної більшості українців.

Обов'язкове державне медичне страхування є соціальним, оскільки здійснюється в інтересах усього суспільства, а його страхові фонди формуються за рахунок коштів суспільства, на відміну від добровільного страхування, фонди якого формуються групою страхувальників конкретної страхової компанії. Обов'язкове страхування передбачає зобов'язання держави надавати право на гарантований обсяг медичних послуг незалежно від обсягів страхових внесків. Ця галузь медичного страхування перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю; крім того може охоплювати практично все населення і задовольняти основні, першочергові потреби у наданні медичних послуг.

Відмінностями обов'язкового медичного страхування від добровільного є:

- широке коло застрахованих осіб (загальне страхування);
- законодавче регулювання (регулюється законом про медичне страхування);
- джерелами фінансування є встановлені державою відрахування підприємств і організацій, а також працюючих по найму;
- тарифи встановлюються державою;
- страховиками є спеціалізовані державні страхові організації або страхові компанії, які працюють під контролем держави;
- страхувальники – роботодавці, держава;
- правила страхування встановлюються державою;
- доходи від страхування можуть бути використані відповідно до державного законодавства і тільки в галузі медичного страхування [5, с. 194].

Необхідно відмітити, що переважна кількість країн, економічна система яких може бути визначена як соціально орієнтована, використовують обов'язкове медичне страхування для вирішення проблем охорони здоров'я. Сімка провідних країн за основними показниками здоров'я виглядає наступним чином: Японія; Німеччина; США; Великобританія; Франція; Канада; Нідерланди.

Відомо, що принцип обов'язкового медичного страхування діє у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах, що свідчить про досить високий ефект цього механізму фінансування охорони здоров'я.

Обов'язкове медичне страхування досить діє у Росії (1993 рік), Болгарії (1998 рік), Польщі (1999 рік), Угорщині (1990 рік).

Однією з найефективніших систем щодо медичного страхування у світі є система Німеччини. У Німеччині діє 1152 спеціалізованих фондів (ФСБ) страхування через хворобу. Діяльність цих фондів регулюється державою; понад 90% населення охоплено цими фондами. Вибір фондів, що мають різну спеціалізацію для кожного громадянина є добровільним.

Усі ФСБ на 97% фінансуються за рахунок внесків застрахованих і роботодавців, причому внесок тієї й іншої сторін рівний, у сумі він складає 12,9% від фонду заробітної плати. Страхування через ФСБ є обов'язковим для усіх осіб, які працюють по найму з місячним доходом до 4750 марок. Страховий внесок залежить від доходу. Особи з більш високими доходами мають право вийти із системи обов'язкового страхування і купити поліс у приватного страховика. У приватному страхуванні тариф диференціюється за віком і кількістю утриманців, але не за рівнем доходу. Обов'язкове страхування через хворобу поширюється також на безробітних, пенсіонерів, інвалідів і незаможних. Їх страхують відповідні фонди соціального страхування. Спеціалізовані фонди страхування забезпечують страхове відшкодування за усіма видами медичної допомоги, пацієнт вільний у виборі лікаря і лікарні.

ФСБ покривають не більше половини всіх витрат на охорону здоров'я, решту – приватні страхові фонди соціального страхування і ресурси державного бюджету (вони забезпечують лікарням фінансування капітальних вкладень).

У Німеччині здійснюється контроль за зростанням витрат на охорону здоров'я завдяки унікальній організації – постійно діючій національній конференції під назвою "Погоджена дія". Підставою для її роботи є стаття Закону "Про соціальне страхування", відповідно до якої витрати на медичну допомогу не повинні зростати швидше, ніж заробітна плата у країні. Результатом роботи конференції є сесії, де сторони домовляються про тарифи і заходи, необхідні для обмеження зростання витрат та випуск тарифікатора медичних послуг, за допомогою якого не допускається неконтрольоване зростання витрат на медичне обслуговування [5, с.390-391].

Більшість країн східної Європи застосовують механізми медичного страхування, що поєднують обов'язкове медичне страхування працюючих громадян, оплату страхових внесків роботодавцем і працівниками, добровільне медичне страхування.

Отже, для України досить актуальним залишається впровадження обов'язкового медичного страхування та удосконалення функціонування добровільного медичного страхування, забезпечення ефективного їх поєднання.

Проте, існує ряд проблем, що зумовлюють гальмування розвитку медичного страхування в Україні. Першочергова – відпрацювання та впровадження нормативно-правової бази, необхідної для функціонування системи обов'язкового та добровільного медичного страхування, зокрема:

- удосконалення договірної бази обов'язкового медичного страхування та надання медичної допомоги;
- розробка стандартів якості медичної допомоги;
- здійснення ефективного контролю обсягів та якості надання медичних послуг.

Наступною проблемою є визначення ціни на медичні послуги, забезпечення ефективної тарифної політики. Крім того система обов'язкового страхування має забезпечити персоніфікований облік вартості медичної допомоги, яка надана застрахованим особам. Відповідна система повинна використовуватися із застосуванням сучасного програмного забезпечення.

Важливими питаннями є також:

- достатність фінансового потенціалу вітчизняних страховиків;
- відсутність стимулів податкового характеру;
- висока вартість страхових полісів;
- низька страхова культура населення;
- відсутність достатньої мережі комерційних лікувальних установ.

Важливою умовою успішного застосування добровільного медичного страхування є також низький рівень доходів громадян та відповідно недостатня платоспроможність страхувальників.

Актуальним залишається питання запровадження нових податків чи зборів на обов'язкове соціальне страхування в умовах здійснення політики зменшення податкового тиску.

Успішне вирішення визначених проблем потребує досить тривалого періоду, проте залишається один із основних завдань державної політики у соціальній сфері та передбачає вирішення наступних завдань:

- удосконалення законодавства у сфері медичного страхування, зокрема рекомендація здійснення медичного страхування як у обов'язковій, так і у добровільній формі на єдиних організаційно правових засадах;
- запровадження поетапного впровадження обов'язкового медичного страхування із врахуванням підвищення якості медичної допомоги, створення інституту прав пацієнта, удосконалення ціноутворення на медичні послуги, визначення критеріїв вибору способів оплати медичної допомоги;
- підвищення життєвого рівня населення та довіри громадян до системи добровільного медичного страхування;
- поліпшення механізму фінансування процесів медичного страхування та забезпечення ефективного контролю за використанням коштів медичного страхування та бюджетного фінансування.

Таким чином, не викликає заперечень необхідність нагального реформування системи фінансового забезпечення фінансування охорони здоров'я в Україні. Основним елементом фінансування є медичний страховий сектор. Розвиток цього сегменту потребує вирішення питань обов'язкового медичного страхування, забезпечення оптимального співвідношення між обов'язковим та добровільним медичним страхуванням з урахуванням особливостей фінансово-економічного становища країни та урахування світового досвіду.

1. Базидевич В. Д., Базидевич К. С. Страхова справа. 2-е вид. перероб. і доп. К., Т-во "Знання" 2009 р. 2. Годяченко А. В. Економіка української системи охорони здоров'я. // Медицина, №3, 2007 р. с. 25-29.
3. Губар О. Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу. // Фінанси України, №7, 2003 р., с. 130-132.
4. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. / За ред. В. Г. Черненка та В. М. Рудого. К. Академ-прес, 2005 р. 5. Машина Н. І. Міжнародне страхування. К. "Центр навчальної літератури", 2006 р. 502 с.
6. Мнік В. М. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні. // Держава і економіка. №11, 2006 р. с. 39-41.
7. Надюк З. О. Ринок медичних послуг: роль держави у фінансуванні системи охорони здоров'я України. // Державне управління. №7, 2008 р. с. 100-103.