

Список літератури

1. *Шарп І., Александер Г., Бейлі Дж.* Инвестиции: пер. с англ. — М.: Инфра, М, 1997. — 1024 с.
2. *Базилевич В.Д.* Страховий ринок України. — К.: Товариство «Знання», КОО, 1998. — 374 с.

УДК 368.03.005.21

Ю. П. Гришан,

канд. екон. наук, доц.,

доцент кафедри страхування та ризик-менеджменту,

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ЯКІСТЬ СТРАХОВИХ ПРОДУКТІВ І ПОСЛУГ ЯК ОСНОВНИЙ ЧИННИК КОНКУРЕНТОЗДАТНОСТІ НА СТРАХОВОМУ РИНКУ УКРАЇНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Криза на економічному просторі України зробила багато відкриттів для реального сектору, який працює без «кришування» влади та фінансової підтримки з її боку. Зважаючи на те, що в той же час проходили зміни в усій вертикалі державної влади та відбувалася її централізація, з одночасним погіршенням усього конкурентного середовища, обвал усіх правил гри та надзвичайним посиленням фіскальної складової в політиці уряду, такий бізнес опинився у надзвичайно складному становищі, а для когось з суб'єктів — це нагадує повернення в не такі далекі 1990-ті роки. Фінансовий ринок України — найуразливіший сектор економіки, оскільки в пам'яті громадян події кінця 2004 року не додали довіри до цього ринку. Для фінансового ринку це обернулось серйозним потрясінням, оскільки фактично збанкрутувало кілька системних банків, і, звичайно ж, відгукнулося на український промисловий бізнес, представники якого кредитувались у цих банках, а деякі зберігали значні кошти на їх рахунках. Так, відгук з боку держави щодо банківського сектору був досить потужний: кілька десятків банків отримали рефінансування Національного банку, розморожені вклади підприємств і громадян, то для страхового ринку, надзвичайно залежного від промислового сектору та банківської системи, ніяких кроків пом'якшення становища не було зроблено, а крім того, Держфінпослуг і МТСБУ взагалі виявилися не готовими до упередження катастрофи кількох компа-

ній зі значними моторними портфелями та значними темпами росту цих портфельів, який вони супроводжували демпінгом по тарифам. Деякі компанії навіть пішли на те, що свідомо по такому ризикованому продукту, як КАСКО, здійснювали продажі з 50 % знижкою середньоринкового тарифу. Все це, звичайно, призвело до недорезервування всіх компаній і, особливо, в тих, які визначають становище всього ринку, тобто перших п'яти десятків, страхові збори, по яким складали $\frac{3}{4}$ від загальної суми всіх страхових платежів. «Відгук» на кризу в економіці і на обвал банківської системи з боку страхового ринку був надзвичайним. Падіння тільки по валовим страховим платежам в перший кризовий рік склало близько 15 %. Якщо брати перших три десятка страхових компаній, зробивши при цьому коригування їх рейтингу, у зв'язку з наявністю «квазі»-страхових портфельів, то картина виглядала не оптимістично, оскільки з двадцяти компаній-лідерів, на яких припадає 50,7 % страхових платежів, тільки вісім з них змогли протистояти кризі та не допустити падіння продажів і відтоку клієнтів, а 12 з них мали падіння не тільки валових, але й чистих страхових платежів від 6 % до 56,7 %. Таким чином, значна частина суб'єктів ринку, отримавши значні інвестиції від своїх акціонерів до 2009 року, а більша частина з них з Європи, виявилась не готовими для роботи в більш жорстких умовах економічного середовища України. Особливо велике значення мало те, що частина цих суб'єктів пішла на демпінг по КАСКО, ДМС і й взагалі прийняла на страхування неякісні, з точки зору андеррайтингу, ризики, що часто приводило до катастрофічних збитків.

Якщо ж розглядати український страховий ринок з точки зору Р. А. Шнаппауффа (його бестселер «Практика продажів»), то цей ринок не можна було б віднести, в повному розуміння цього слова, до ринку, на якому правлять споживачі, тільки по одному чиннику — близькість цін на аналогічні послуги, саме із-за процесів що наведені вище. Але криза тут подіяла з прагматично-економічної точки зору досить позитивно, все більше клієнтів стали розуміти, що низькі тарифи — це не запорука їх захисту в майбутньому, оскільки десятки тисяч їх співгромадян або не отримували страхове відшкодування або стали в чергу за ним. Таким чином, ринок поступово почав рухатись до класичного ринку споживачів, на якому основним чинником вибору клієнтом компанії або лояльного відношення до компанії, з якою клієнт співпрацював, стало майстерність персоналу компанії в обслуговуванні клієнта та якість усіх складових страхового продукту і, особливо, на етапі обслуговування клієнтів при настанні страхової події. Так, десять тисяч

скарг (2009—2010 рр.) від клієнтів до регулюючого органу — є достатнім доказом цих тез. Саме з цього приводу кілька компанії вже рік-два тому проголосили курс на якісне обслуговування клієнтів і їх утримання за цей рахунок. Цілий ряд компаній ввели ряд бонусних опцій до таких страхових продуктів, як КАСКО та ДМС, які є найуразливішими з точки зору погляду клієнта на якість обслуговування. Приклади: оплата послуг евакуатора при настанні страхового випадку, виплата страхового відшкодування без довідки ДАІ, доставка медикаментів, власний медасистанс...

З точки зору важкості становища, в якому опинилася компанія, яку очолює автор — ПрАТ «СТ «Іллічівське», вона була не винятком. У 2009 році бізнесу виповнилося тільки чотири роки, за результатами 2008 року компанія займала 42 місце по рейтингу страхових платежів і 33 місце по рівню страхових виплат. Компанія не могла вже отримувати додаткові інвестиції з боку засновника, оскільки ПАТ «Маріупольській металургійний комбінат ім. Ілліча» знаходився у глибокій кризі із-за трьох основних чинників: перший — негативна кон'юнктура цін на кінцеву продукцію — метал; другий — більше ніж півмільярда гривень грошових коштів були заблоковані на депозитних рахунках Промінвестбанку; третій — неповернення ПДВ сягало більше мільярду гривень. З іншого боку, компанія завдяки провадженню стратегічного планування по Нортону—Каплану, та завдяки обраним стратегіям — диверсифікації каналів продажу, підійшла до небезпечної, з точки зору моделі життєвого циклу по А. Адизесу, етапу «стабільність» і «наростаючий аристократизм», тому автор був перед вибором упровадження таких змін у компанії, які б згуртували основні ланки бізнесу навколо спільної мети. Крім того, добавлялися фактори надзвичайно потужного росту компанії за три-чотири роки, які ускладнювали можливість ефективно управляти процесами в компанії. Кількість укладених договорів у компанії збільшилося в чотири рази із 24,5 до 102,2 тис. шт. у 2009 році (183,1 тис. шт. у 2011 р., продажі збільшились у чотири рази з 24,5 млн грн до 106,2 млн грн у 2009 році (135,2 млн грн у 2011 р.), кількість співробітників збільшилось більше ніж у п'ять разів і склала 195 штатних працівників у 2009 р. (295 у 2011 році), офіційний документообіг компанії збільшився майже у два рази та склав 20 тис. одиниць, а вихідних ковер-нотів (договорів перестраховування) майже в шість разів, кількість комп'ютерної техніки збільшилося в чотири рази.

Актуальним було переосмислення діючого бізнесу компанії з точки зору його функціонування, як надзвичайно складної систе-

ми, яка чисельно відображена в попередньому абзаці. Дуже важливим є те, що для такої системи діє правило 98:2, а саме, що будь-який збій із ймовірністю 98 % є збоєм самої системи, а не конкретного співробітника. Проведення спільних робіт з автором книги «Альтернативний менеджмент: Шлях до глобальної конкурентоспроможності» Г. Н. Фідельманом щодо роботи з цінною інформацією, яка виникає в результаті будь-якого системного збою і, в першу чергу, при обслуговуванні клієнта компанії, дало можливість по іншому поглянути на функціонування такої складної системи, як бізнес класичної страхової компанії з усіма можливими розвинутими каналами продажів: регіональна та агентська мережа, канал продажу через брокерів, банківську систему та ін. Менеджмент компанії отримав важливу практику аналізу та побудування гіпотези, тобто причини системного збою, а також розробки контрзаходів щодо усунення таких збоїв у майбутньому. Це спонукало звернутися до носія цих ідей і його моделі побудування бізнесу професора Нью-Йоркського університету Е. Демінга та його праці «Вихід з кризи: Нова парадигма управління людьми, системами та процесами», суть якої можна охарактеризувати коротко, як менеджмент систем, в основі якої 14 принципів розвитку таких складних систем, які підпорядковуються основному принципу № 1 «Досягайте постійності цілей». При чому ціль: безперервне покращення якості, продуктів і послуг для досягнення конкурентоздатності, збереження бізнесу та створення робочих місць. Усі інші принципи підпорядковуються головній меті і кожний наступний розкриває сутність запровадження попередніх принципів. Але робота Е. Демінга, яка виникла на досвіді впровадження цієї системи на японських корпораціях, таких як Тойота, не давала відповіді на всі питання, які кожний день виникали при впровадженні менеджменту систем. Основним організаційним інструментом впровадження стала група організаційного розвитку (ГОР), яка кілька місяців опрацьовувала прості та складні системні збої, які вже привели до матеріальних і моральних збитків компанії, великих непродуктивних витрат робочого часу, невиправданої напруженості між ланками продажів і врегулювання збитків. Але при цьому, основним, хто потерпав, був клієнт компанії. Практична робота групи організаційного розвитку дала можливість менеджменту по іншому поглянути на діяльність компанії як складної системи. Після планування сотень контрзаходів виникло розуміння щодо алгоритму всіх робіт компанії спрямованих на підвищення якості цінного кінцевого продукту (ЦКП), як для споживачів компанії,

так і внутрішніх клієнтів (її співробітників). За два роки було проведено ряд заходів, які були підпорядковані принципу № 1. Так, по-перше, були опрацьовані принципи моделей Демінга та публічно в компанії прийнята нова філософія ведення бізнесу. По-друге, були розроблені та описані ЦКП, як і для споживачів компанії, так і для внутрішніх клієнтів. По-третє, менеджмент компанії зі своїми колективами зафіксували в операційних термінах стандарти якості. По-четверте, були зафіксовані показники задоволення споживачів якістю наданих послуг, при цьому були запроваджені незалежні системи анкетування якості наданих послуг по КАСКО, ОСЦПВВНТЗ, ДМС. По-п'яте, була запроваджена система роботи із системними збоями з наступною реалізацією під жорстким контролем програм покращення. По-шосте, розроблено та розпочато запровадження системи статистичних даних для перевірки якості наданих послуг, як, у першу чергу, для зовнішніх клієнтів, так і внутрішніх споживачів. Розпочато розробка систем, статистичної керованості, як працівників, так і всіх підрозділів компанії.

Кількісні та якісні показники результатів впровадження менеджменту систем у всіх ланках бізнесу говорять самі за себе. Так, у результаті впровадження менеджменту систем при врегулюванні страхових випадків по КАСКО, час роботи зі справою зменшився більше ніж у два рази, а строки виплат у середньому зменшилися з 35 до 15 днів з моменту отримання заяви, по ОСЦПВВНТЗ з 60 до 30 з моменту отримання заяви про страховий випадок. Так, за півроку 2012 р., у МТСБУ не має жодної скарги клієнта на дії компанії, а в Нацкомфінпослуг немає жодної підтвердженої заяви на неправомірні дії компанії щодо клієнтів. По результатам незалежного анкетування клієнтів, яке проводиться раз у півроку, рівень задоволеності клієнтів виріс з 77 % у 2009 до 91,8 % у 2011 році. По результатам опитування клієнтів, які пройшли врегулювання страхових подій у першому півріччі 2012 році, 90 % клієнтів, які опитувалися по анкеті, надали позитивну відповідь на останнє питання щодо їх особистих рекомендацій по доцільності страхування саме в компанії. Успішно діє конвеєр страхових виплат з медичного страхування: щомісяця закривається близько 11 тисяч страхових актів, оплачуються та здійснюються складні операції зі стентування судів, протезування, нейро, офтальмологічні та ін. Кількість пролонгованих договорів збільшилися з 75 % до 87 %, а рівень задоволеності клієнтів виріс до 88 %. Компанія жодного року не допустила падіння продажів по всім основним каналам і по версії профільного жур-

налу Insurance TOP входить у двадцятку класичних системоутворюючих компаній.

УДК 334.012.82:336.7

О. А. Дибань,

Головний спеціаліст третього інспекційного відділу на ринку страхування департаменту страхового регулювання та нагляду Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, здобувач кафедри менеджменту банківської діяльності, ДВНЗ «Київський національний економічний інверситет імені Вадима Гетьмана»

ЕКОНОМІЧНІ ОСНОВИ БАНКІВ І СТРАХОВИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

Ринок фінансових послуг — це особлива сфера економічних взаємовідносин, де здійснюється купівля-продаж, розподіл і перерозподіл фінансових активів країни між сферами економіки. Суб'єктами фінансового ринку є позичальники, інвестори, фінансові інститути, фінансові посередники тощо. Серед фінансових інститутів найбільш універсальними фінансовими посередниками є комерційні банки та страхові організації. Згідно з національним правовим полем комерційні банки України — це організації, функціями яких є кредитування суб'єктів підприємницької діяльності і громадян за рахунок залучення коштів підприємств і організацій, населення, а також інших кредитних ресурсів, касове і розрахункове обслуговування народного господарства, виконання валютних і інших банківських операцій.

Для визначення ключових чинників які спонукають банки і страхові організації шукати шляхи до взаємодії інтеграції необхідно проаналізувати основні риси цих фінансових інститутів.

Банківська система — це сукупність фінансових установ, метою яких є комплексне здійснення операцій із залученням тимчасово вільних фінансових ресурсів, заощаджень фізичних і юридичних осіб, розміщення акумульованих ресурсів від свого імені на засадах повернення, строковості та платності відносно до доручень їх клієнтів [1]. Банківська система організовує і обслуго-