

32. Устюжанина Л. В. Социальный маркетинг: планирование социальных обменов /Л. В. Устюжанина // Этюды по социальной инженерии: От утопии к организации. – М.: АСТ, 2002. – С. 270-287.

33. Харрисон Ш. Корпоративная социальная ответственность: согласование поведения и репутации / Ш. Харрисон, Ф. Китчен. – М.: Вече, 2004. – 205 с.

34. Шинкаренко И. Мантры и смертные грехи маркетинга: интервью с Ф. Котлером / И. Шинкаренко // Эксперт. – 2006. – № 34. – С. 34-38.

35. Calinescu T., Zelenko O. Social responsibility of business as factor of human capital management at the enterprise. // Management and Education. Academic Journal – University “ Prof. Dr Assen Zlatov”, Faculty of Social Sciences, Burgas, Vol. IV, 2008 – P. 7-10.

МАРКЕТИНГ-МІКС У МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННІ

*Ніколаєнко С. М., к.е.н., старший викладач
кафедри економіки та маркетингу
Житомирського державного університету
ім. І. Франка*

За сучасних умов розвитку страхового ринку України можна сміливо стверджувати, що успішна діяльність страхових компаній потребує як знань специфіки функціонування самого ринку, так і особливостей здійснення продажів того чи іншого страхового продукту. Зазначені питання вивчає страховий

маркетинг, дослідженню особливостей здійснення якого в українських реаліях та у світовій практиці приділяється, наразі, значна увага.

Впровадження маркетингу в діяльність страхових компаній та використання значних його можливостей є одним із найважливіших напрямів розвитку страхового ринку. Маркетинг у страхуванні сприяє оптимізації фінансово-економічних відносин між суб'єктами взаємодії, забезпечуючи різноманітні потреби страхувальників у якісному страховому захисті одночасно з доходністю страхових операцій.

Страховий маркетинг як метод управління діяльністю страхової компанії почав використовуватись за кордоном з початку 60-х років минулого століття і на сьогоднішній день розглядається як основа страхового менеджменту. Частіше під страховим маркетингом розуміють комплекс заходів щодо попереднього аналізу доходності клієнтів і ринків, а також щодо їх завоювання та утримання. Зустрічається визначення страхового маркетингу як методу дослідження страхового ринку та впливу на нього з метою максимізації прибутку.

Погоджуємось з визначенням, що страховий маркетинг – це система заходів, спрямованих на підвищення ефективності взаємодії страховиків і страхувальників на основі задоволення потреб споживачів страхових послуг у якісному страховому захисті та забезпечення прибуткової діяльності страхових компаній [12, с. 385].

За умов інтенсивного розвитку ринку добровільного медичного страхування в кінці 90-х років минулого

століття страхові компанії під маркетингом розуміли в основному систему різноманітних знижок та надбавок клієнтам, виходячи з того, що система охорони здоров'я є тією унікальною галуззю, якій завжди гарантовані споживчі ринки, а економічна ситуація сприяла такому підходу. Головною ціллю страхових компаній в цей період стало максимальне розширення бази клієнтів будь-яким шляхом, в той час як деякі страхові компанії покращували свої страхові продукти з метою підвищення якості обслуговування застрахованих у медичних установах.

За сучасних умов маркетинг у сфері добровільного медичного страхування закономірно зближується з маркетингом в охороні здоров'я (медичний маркетинг), який складається з: маркетингу медичної, фармацевтичної допомоги та супровідних їм послуг (як існуючих, так і перспективних), маркетингу медичного продукту (інструментів, апаратів тощо, існуючих та перспективних).

Розширення використання маркетингу в практиці страхування може суттєво покращити та оптимізувати фінансово-економічні відносини, які формуються у процесі взаємодії страховиків і страхувальників при реалізації послуг на страховому ринку. Переваги використання страхового маркетингу проявляються у взаємному врахуванні інтересів сторін страхових відносин, розширення ринків збуту страхових послуг і, в кінцевому рахунку, збільшенні прибутку страховика.

Страховий маркетинг передбачає комплекс дій щодо дослідження ринку страхування (рис. 1). Дане дослідження будемо відповідно до класичної системи «4Р» (*product, price, place та promotion*) за таким видом



Рис. 1. Основні напрями діяльності страхового маркетингу

Джерело: власні дослідження на основі [6, с. 29]

страхування, як медичне страхування – економічні відносини між суб'єктами страхування з приводу

відшкодування витрат громадян при виникненні страхового випадку отримання медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я, визначених договором страхування або чинним законодавством через формування спеціальних грошових фондів та розподіл їх коштів [9, с. 4].

Об'єктом медичного страхування виступають майнові інтереси страхувальника або застрахованого, пов'язані з витратами на одержання медичної допомоги (встановлення діагнозу захворювання, захворювання у зв'язку із травмою тощо) та на лікування (перебування в лікарні, хірургічні витрати, витрати на післяопераційний догляд тощо).

Мета медичного страхування полягає у гарантуванні громадянам при виникненні страхового випадку права на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів та фінансування профілактичних заходів, а також підвищення якості медичної допомоги населенню за рахунок радикального збільшення асигнувань на охорону здоров'я; економічної зацікавленості та підвищення відповідальності медичних працівників за кінцеві результати своєї діяльності; зацікавленості підприємців у здоровому працівнику; економічної зацікавленості самого населення у збереженні здоров'я [15, с. 81].

Законом України «Про внесення змін до Закону України про страхування» від 4 жовтня 2001 р., регламентується ст. 6, 7 здійснення медичного страхування в двох формах – обов'язковій і добровільній. Згідно закону обов'язкове медичне страхування є частиною системи

соціального страхування і здійснюється згідно з законодавчим актом країни, в якому передбачаються умови і порядок його проведення, реалізується у відповідності до програм, що визначають гарантований обсяг та умови надання медичної допомоги населенню і проведення необхідних профілактичних заходів.

Добровільне медичне страхування є сукупністю видів страхування, що передбачають обов'язки страховика за страховими виплатами в розмірі часткової або повної компенсації додаткових витрат застрахованого, викликаних його зверненням до медичного закладу по медичні послуги, що включені у визначену програму медичного страхування. Добровільне медичне страхування (ДМС), згідно із ст. 6 вище вказаного закону, здійснюється як медичне страхування (безперервне страхування здоров'я), страхування здоров'я на випадок хвороби і страхування медичних витрат. Обов'язковим є медичне страхування осіб, які в'їздять на територію України.

У загальній структурі медичного страхування найбільша частка припадає на безперервне страхування здоров'я, валові страхові премії за цим видом становлять близько 68% сукупних премій, зібраних на даному ринку, тоді як частка страхування здоров'я на випадок хвороби – 17,0%, а страхування медичних витрат – 15% [19].

Product. Незважаючи на достатньо значну історію розвитку страхування, науковим джерелам притаманна неоднозначність трактування об'єкта страхового ринку, зокрема, страхового продукту та страхової послуги. Так, на думку А. Н. Зубця, «страховий продукт – набір послуг з попередження і ліквідації наслідків конкретного переліку

несприятливих обставин, зазначених у договорі страхування, який страхова компанія надає клієнту. Страховий продукт охоплює основні й додаткові послуги» [5, с. 103]. У даному визначенні поняття «страховий продукт» ширше за поняття «страхова послуга».

На противагу цьому Я. П. Шумелда зазначає, що «страхові послуги є формою захисту об'єктів страхування від дії ризиків, а страхові продукти – окремими різновидами страхових послуг та призначенні для захисту застрахованих предметів від конкретних ризиків» [22, с. 46]. Тут навпаки, поняття «страхова послуга» ширше за поняття «страховий продукт».

Згідно із Законом України «Про страхування» для здійснення своєї діяльності страхова компанія отримує ліцензію на певний вид страхування [14]. Маючи ліцензію, страховик для конкретного виду страхування розробляє страхові продукти, реалізуючи їх; старатувальник отримує послугу щодо страхового захисту (страхову послугу).

Залежно від кількості страхових послуг, які пропонуються у складі страхового продукту, доцільно розрізняти прості страхові продукти, тобто один страховий продукт – одна страхова послуга, та комплексні страхові продукти, коли до складу входить декілька послуг. Також до складу комплексного страхового продукту можуть бути внесені додаткові нестрахові послуги.

У страховому продукті розрізняють базовий страховий продукт, що містить істотні умови страхування і є ідентичним для всіх страхових компаній, які здійснюють свою діяльність у межах одного виду страхування;

додаткові послуги, що є індивідуальними для кожної окремої страхової компанії і, по суті, слугують індикатором її маркетингової стратегії, та послуги щодо супроводу життєвого циклу страхового договору [1, с.73].

За сучасних умов конкурентоспроможний страховий продукт має задовольняти низку параметрів, а саме: відповідати потребам споживачів, забезпечувати прибуток страховій компанії, узгоджуватися з її стратегічними цілями та базуватися на сильних сторонах компанії, мати перевагу над аналогічними продуктами конкурентів, відповідати діючому законодавству.

Найбільш складним для страховиків є розроблення та позиціонування нових страхових продуктів. Це пов'язано з тим, що, з одного боку, оновлення власного асортименту потребує значних фінансових вкладень, а з іншого – страхова компанія стикається з ризиком несприйняття нового продукту ринком. Тому страхові компанії переважно лише модернізують уже наявні в них страхові медичні продукти або створюють аналоги продуктів компаній – ринкових лідерів.

Можна назвати такі основні причини, що спонукають страхову компанію до розроблення та впровадження нового продукту:

1) вихід страхової компанії на новий ринок або новий сегмент;

2) стратегічна мета – захоплення домінуючої частки ринку на певному сегменті;

3) необхідність забезпечення максимального зростання продажів на певному сегменті, використовуючи

як інструмент привернення уваги до незнайомого споживачам продукту.

Високого рівня продажів можна досягти, якщо страховий медичний продукт відповідає таким вимогам:

- ціна страхового продукту знаходиться у межах цін на аналогічні програми страхування;
- новий страховий продукт за пропонованими споживачу якістю, умовами або властивостями перевершує аналогічні продукти конкурентів;
- містить чітку, зрозумілу, мотивуючу, ідею – звернення до цільової аудиторії, що виправдовує його придбання.

Позитивний вплив на зростання обсягів продажу страхових продуктів сприяє спрощенню розуміння потенційними споживачами економічної сутності й механізму страхування, а також вигод, яких вони набувають, придбавши цей продукт [1, с. 89].

Основною метою створення продуктів медичного страхування є забезпечення застрахованій особі гарантії повної або часткової компенсації витрат, пов'язаних зі зверненням до медичної установи за лікувально-профілактичними заходами, обсяги яких чітко регламентовані програмою медичного страхування. Варто зазначити, що питання розгляду продуктової політики є більш характерним для добровільного медичного страхування (ДМС), адже за обов'язкового медичного страхування (ОМС) всім громадянам надається однаковий мінімальний обсяг необхідних медичних послуг.

В основу проведення обов'язкового медичного страхування закладається програма обов'язкового

медичного обслуговування. Ця програма визначає обсяги й умови надання медичної та лікувальної допомоги населенню. Програма охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг, гарантованих кожному громадянину, який має право ними користуватися. Наприклад, базова програма обов'язкового медичного страхування громадян може включати в себе забезпечення медико-санітарної допомоги (швидка медична допомога, діагностика і лікування в амбулаторних умовах разом з невідкладною і долікарською допомогою) та стаціонарної допомоги.

Добровільне медичне страхування може здійснюватись як додаткове медичне страхування (за наявності в країні обов'язкового медичного страхування) або як самостійний вид страхування. Найбільш розвинуте добровільне медичне страхування на комерційній основі в країнах з ліберальною ринковою економікою. Поява добровільної форми медичного страхування зумовлена тим, що обсяг послуг й умови надання медичної допомоги за програмою обов'язкового медичного страхування обмежені.

Страхові компанії формують страхові програми відповідно до зазначених у законодавстві видів страхування: медичне страхування (безперервне страхування здоров'я), страхування здоров'я на випадок хвороби і страхування медичних витрат.

Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) визначається як вид страхування, за яким предметом договору страхування є майнові інтереси, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю страхувальника

чи застрахованої особи і визначені страхувальником у договорі страхування за згодою застрахованої особи. Даний вид страхування передбачає обов'язок страховика за встановлену договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату за умовами договору страхування у розмірі страхової суми або її частини шляхом:

- оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної страхувальником програми медичного страхування, яка була надана застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких вона звернулася під час дії договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я, що стався внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої правилами та договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;

- відшкодування понесених застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги [13].

Безперервне страхування здоров'я передбачає поліклінічне обслуговування застрахованого (включаючи й аптечне), стаціонарне обслуговування, послуги невідкладної медичної допомоги, а також стоматологічну допомогу.

Страхування здоров'я на випадок хвороби передбачає страхування медичних витрат на випадок конкретної хвороби, яка зазначається у договорі страхування. Предметом страхування є майнові інтереси, що не суперечать діючому законодавству України,

пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю застрахованої особи, а також передбачають страхову виплату застрахованій особі у разі настання захворювання, що потребувало надання невідкладної медичної допомоги (екстреної допомоги) та/або невідкладного стаціонарного лікування, та виникнення хвороби (хвороб), визначеної (визначених) договором страхування. Договір страхування може укладатися щодо якоїсь однієї хвороби або цілого ряду хвороб, що турбують страхувальника. Страхування здійснюється на випадок настання тимчасової втрати працездатності, первинної інвалідності або смерті застрахованої особи внаслідок хвороби, передбаченої Програмою страхування [13].

Остання може включати такі групи хвороб: інфекційні та паразитарні хвороби; новоутворення; хвороби крові та кровотворних органів, ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин; хвороби нервової системи; хвороби ока та придаткового апарату; хвороби вуха та соскоподібного апарату; хвороби системи кровообігу; хвороби дихальної системи; хвороби органів травлення; хвороби шкіри та підшкірної клітковини; хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини; хвороби сечостатевої системи; ускладнення, що виникають у період вагітності, пологів та у післяпологовий період; травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників.

Страхування медичних витрат розглядається як вид страхування, за яким предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям застрахованої особи та медичними

витратами застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення застрахованою особою подорожі (поїздки). Даний вид страхування передбачає обов'язок страховика за встановлену договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з захворюванням застрахованої особи, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смертю внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час здійснення застрахованою особою подорожі (поїздки). До медичних витрат відносяться:

1) витрати на лікування – витрати, що виникли при наданні негайної медичної допомоги застрахованій особі;

2) додаткові витрати – витрати на транспортування застрахованої особи до постійного місця проживання у разі раптової хвороби або нещасного випадку; витрати на подорож, утримання і ночівлю однієї особи, що супроводжує застраховану особу, якщо застрахована особа внаслідок раптової хвороби чи нещасного випадку не може самотійно повернутися для подальшого лікування до постійного місця проживання; витрати на репатріацію тіла у разі смерті застрахованої особи до місця колишнього

проживання; інші витрати, передбачені договором страхування [13].

Добровільне медичне страхування проводиться у межах встановлених страховою медичною компанією правил і може бути індивідуальним або колективним. При індивідуальному страхуванні страхувальниками як правило виступають окремі громадяни, які уклали договір із страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за рахунок власних грошових засобів. При колективному страхуванні страхувальником зазвичай є підприємство, організація, установа, яка укладає договір із страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів тощо). Фінансовою основою здійснення колективної форми страхування виступають страхові внески юридичних осіб [16, с. 239].

За строками укладання договору добровільне медичне страхування може бути короткостроковим, довгостроковим, пожиттєвим [2, с. 249]. Залежно від обсягу страхового покриття розрізняють такі види страхування медичних витрат: а) повне; б) часткове; в) за одним ризиком. Повне медичне страхування дає гарантію покриття витрат як на амбулаторне, так і на стаціонарне лікування. На відміну від повного часткове страхування покриває витрати або на амбулаторне, або на стаціонарне, або на спеціалізоване лікування (стоматологія, санаторно-курортне лікування, родопоміч тощо) на вибір страхувальника [8, с. 24].

Як показує зарубіжний досвід, страхові компанії можуть пропонувати страхувальникам спеціалізовані та

універсальні страхові поліси медичного страхування. Останні передбачають як страхові такі випадки (стан здоров'я), надання медичної допомоги при яких не потребує спеціального лікування або консультацій лікарів вузьких спеціальностей. Як страхові можуть розглядатися випадки, які потребують виклику дільничного лікаря додому, якщо має місце нездужання, підвищення температури, гостре респіраторне захворювання та інше. Перелік страхових випадків може бути уніфікований, а може визначатися за згодою між страховиком і страхувальником за можливої участі клінічної обслуговуючої бази. Організація страхового захисту за універсальним полісом може полягати у зверненні до послуг сімейного лікаря. Таких лікарів готують спеціальні медичні установи [18, с. 171].

Спеціалізовані страхові поліси дають змогу скористатися медичними послугами лікарів із вузьких спеціалізацій або брати під страховий захист лише певний стан здоров'я (вагітність, пологи, інфікування вірусом СНІД тощо). Спеціалізовані медичні поліси здебільшого укладають особи, які вже захворіли, або ті, що мають схильність до таких захворювань.

Існує також поліс глобального медичного страхування. Особливість цього полісу полягає в тому, що його власник дістає змогу лікуватися не лише в одному медичному центрі, а й де завгодно (навіть за кордоном). Глобальний поліс забезпечує можливість відвідувати й лікарів, що практикують приватно. Застрахований може самостійно вибрати клініку або лікаря, повідомивши про це страхову медичну компанію. У такому разі розрахунки

за надані послуги можуть виконуватися безпосередньо між медичною установою і страховою компанією. Проте, розрахуватися з медичною установою може й сам застрахований, якому страхова компанія, згідно з договором страхування, зобов'язується відшкодувати вартість лікування. Глобальний поліс медичного страхування не передбачає лікування, яке не було призначене лікарем, лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД; лікування з метою зміни маси тіла та хірургічне лікування ожиріння тощо [16, с. 243].

Як приклад наведемо розроблений страховими компаніями України досвід з формування страхових продуктів, які відзначаються широким діапазоном медичних послуг, гнучкістю до потреб замовників та, які орієнтовані на відповідність світовим стандартам. Основні програми, за якими здійснюється добровільне медичне страхування в Україні, такі:

- амбулаторно-поліклінічне обслуговування, за яким гарантується оплата медичної допомоги та медичних послуг, які надаються застрахованій особі при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, включаючи лікування в умовах денного стаціонару;

- стаціонарне лікування – гарантується оплата медичної допомоги та медичних послуг при стаціонарному лікуванні у відділеннях загального профілю і спеціалізованих відділеннях;

- невідкладна медична допомога – гарантується оплата медичної допомоги, яка була надана застрахованій особі однопрофільними чи спеціалізованими бригадами швидкої допомоги;

- екстрена медична допомога – страховик гарантує оплату виключно екстреної допомоги при гострому захворюванні; загостренні хронічного захворювання з наявністю ознак, що погрожують життю застрахованого, інших умов, передбачених договором;

- педіатрична допомога – страховик гарантує оплату медичної допомоги та медичних послуг, які надаються дітям у віці до 14 років на умовах обраної програми страхування;

- стоматологічна допомога – страховиком гарантується оплата вартості спеціалізованої поточної (терапевтичної) і щодобової екстреної (хірургічної) стоматологічної допомоги [4, с. 98].

Отже, під добровільним медичним страхуванням у вузькому значенні слова слід вважати страхування, що забезпечує оплату медичних послуг, переважно пов'язаних з лікуванням. Однак, це поняття може бути розширене. У сучасному добровільному медичному страхуванні набувають поширення диференційовані програми страхування, до яких за вибором застрахованих включаються такі елементи, як: оздоровче страхування з метою оплати профілактичних та спортивно-оздоровчих послуг, страхування на випадок реабілітації, стійкої та тимчасової непрацездатності, страхування життя. Таким чином, комплексне (повне) медичне страхування здоров'я громадян передбачає лікарняне страхування (стаціонарне і амбулаторно-поліклінічне, що включає і оплату оперативних втручань); медикаментозне страхування (забезпечення лікарськими засобами за рахунок страхових фондів); стоматологічне страхування; оздоровче

страхування; реабілітаційне страхування; страхування від нещасних випадків та травм; страхування на випадок тимчасової непрацездатності; страхування на випадок тривалої непрацездатності; репродуктивне страхування жінок; страхування життя; медичний огляд [15, с. 90]. Перераховані види медичного страхування широко використовуються страховими компаніями для створення привабливих для клієнтів різних страхових програм.

Price. В умовах адаптації до ринку ціна як економічний елемент у системі маркетингового механізму набуває все більшого значення. Вона суттєво впливає на ефективність діяльності підприємства. Ціни впливають на кінцеві фінансові результати і ринкове положення підприємства, при цьому виступають одним із найважливіших факторів конкурентної боротьби.

Для страхової галузі визначальною є роль ціни у процесі збуту страхової послуги. Структура ціни повинна відповідати меті страхової компанії й сприяти швидкій та ефективній реалізації обраної тарифної політики, яка є сукупністю цінових стратегій як частини загальної стратегії розвитку компанії. Ціна продажу страхового продукту, з одного боку, є джерелом доходу страхової компанії, з іншого – своєрідним маркетинговим фактором, який визначає обсяги збуту страхових продуктів. Тому цінова політика страхової компанії має поєднувати у собі інтереси як залучення клієнтів, так і утримання прийняттого рівня прибутковості страхової діяльності.

В цілому, суть цінової політики полягає у встановленні на товари та послуги фірми таких цін і вмінні так варіювати ними залежно від попиту на ринку, щоб

оволодіти його певною частиною, забезпечити намічений обсяг прибутку і вирішувати інші стратегічні та оперативні завдання. Страхові компанії підходять до питань ціноутворення по-різному. Проте загальний алгоритм методики розрахунку ціни можна подати у такій послідовності дій:

- 1) постановка завдань ціноутворення,
- 2) визначення попиту,
- 3) оцінка витрат,
- 4) аналіз цін і витрат конкурентів,
- 5) аналіз міри державного регулювання цін,
- 6) вибір методу ціноутворення,
- 7) встановлення остаточної ціни.

Передусім страхова компанія має вирішити, яких саме цілей вона прагне досягнути за допомогою конкретного товару. Цілей цінової політики – значна кількість, проте найбільш поширені такі:

- забезпечення виживання (існування фірми на ринку);
- максимізація поточного прибутку;
- максимальне розширення обороту;
- одержання запланованого прибутку;
- досягнення лідируючого положення на ринку;
- надання якісних послуг;
- створення іміджу;
- утримання своєї частини ринку;
- завоювання нових сегментів ринку.

Страхова компанія може обирати для себе декілька з вказаних завдань цінової політики за умови, що вони сумісні.

За умов низької платоспроможності більшості громадян ціна виступає одним із найважливіших показників, що вимагає багато уваги при його дослідженні. Проаналізувати, як потенційні споживачі ставляться до різних рівнів цін та визначати ступінь значущості даного показника у прийнятті рішення про купівлю, вкрай складно. Особливо це стосується послуг із добровільного медичного страхування. По-перше, більшість споживачів не мають уявлення, яка вартість на сьогоднішній день медичних послуг тому, що частина громадян все ще отримує безоплатні медичні послуги, а платні медичні послуги в Україні не мають єдиної тарифікації. По-друге, менталітет українських громадян призводить до того, що багато споживачів мають надію на сприятливий перебіг обставин і воліють занижувати потреби у медичних послугах. На їх думку, буде достатньо і мінімальної суми страхового покриття. По-третє, значна частина населення України не розуміє до кінця принципи страхування і, як правило, оцінюють лише рівень цін конкурентів на страхові послуги, а не співвідношення страхового платежу та розміру страхового покриття.

Важливим при дослідженні такого показника як ціна є визначення рівня цінової еластичності попиту, що характеризує зміну величини попиту на страхову послугу у відсотках, яка сталась у результаті зміни ціни на один відсоток. Розрахунок коефіцієнта цінової еластичності попиту дасть можливість страховій компанії визначити реакцію споживачів на запровадження системи знижок та розмір цих знижок, встановити, чи будуть страхувальники

страхувати членів родини, чи будуть зацікавлені у купівлі комплексних програм страхування.

На ринку споживчих послуг страховики як правило мають справу з покупцями, які мало ознайомлені з альтернативами, що є на ринку, діють не найраціональнішим чином, а інколи схильні й до «показного споживання». Тому процес ціноутворення обов'язково повинен бути доповнений аналізом тих основних факторів, що впливають на сприйняття ціни покупцями, які відносяться до тієї чи іншої групи і створюють відповідно особливу нішу на ринку. Для медичного страхування можна виділити такі найбільш суттєві фактори [10, с. 217]:

Одним із основних факторів є ефект уявлення про наявність товарів замінників – покупець тим більш чутливий до ціни товару, чим вона вища щодо цін товарів, які покупець сприймає як замінники. Чим менше клієнт володіє інформацією про даний ринок, чим менше він знайомий з іншими продавцями, тим менш ефективні рішення він зазвичай приймає і тим більшу ціну платить.

У наш час становлення страхової медицини споживач слабо орієнтується на ринку послуг медичного страхування. Страховим компаніям доцільно якнайбільше обмежити клієнтів щодо можливості дізнатися про аналоги й провести більш обґрунтоване співставлення споживчих цін. Саме тому є доцільним вихід страхових агентів прямо додому до покупців або організація продажу по телефону.

Якщо покупець добре проінформований про ринок медичного страхування, він визначає для себе так звану середньоринкову ціну блага. Але й у цьому випадку

чутливістю покупця можна керувати. Річ у тім, що більшість покупців утримуються купувати страховий продукт із найбільшою кількістю послуг, вважаючи, що їм підійде що-небудь «простіше і дешевше». У цих випадках стимулюванню продажу допомагає маневр під назвою «добудова вежі». Йдеться про ситуацію, коли ціновий ряд розширюється за рахунок просування на ринок страхового продукту з максимальною кількістю додаткових послуг, що робить його значно дорожчим. Шанси продати такий страховий продукт мінімальні, але він створює у покупця відчуття відносної дешевизни інших програм медичного страхування, які перестають бути «найбільш дорогими» і тому починають продаватися у більшій кількості. Тобто, покупці вважають недоцільним купувати найдорожчий товар, але бояться купувати найдешевший. Отже, чутливість споживача до рівня ціни, що ґрунтується на її порівнянні з цінами товарів-замінників, – фактор об'єктивний, проте підлягає управлінню, якщо керівники знають про нього і розуміють як ним управляти.

Ефект ускладнення порівняння також має місце на ринку медичного страхування – якщо порівняння товарів за якістю і цінами ускладнене, то споживач менш чутливий до рівня цін відомої фірми. На відміну від споживчих товарів оцінити якість страхової послуги неможливо у момент отримання послуги. Покупцям вдається оцінити реальні переваги послуги тільки після її споживання. У цьому випадку у споживачів виникає невпевненість у отриманні очікуваного результату, що збільшує їх чутливість до рівня ціни. При цьому можна використати методи, що дозволяють «замаскувати» ціну, знизити

чутливість споживача до зміни ціни та створюють ефект ускладнення порівнянь. Наприклад, включити у договір медичного страхування додаткову послугу (поліпшення умов утримання застрахованого у стаціонарі, продовження тривалості післялікарняного патронажу та догляду за пацієнтом у домашніх умовах тощо). Покупцю буде важко відразу підрахувати, чи варті ці введені послуги додаткових грошей, і він буде менш чутливий до рівня ціни.

Існування людей з високими доходами дозволяє простежити ефект оцінки якості через ціну: чим більшою мірою покупець сприймає ціну як сигнал про рівень якості, тим менш він чутливий до її абсолютного рівня. Для цієї категорії осіб висока ціна буде вказувати на те, що даний страховий продукт найкращий. Окрім того, підвищена ціна буде вказувати на те, що таких клієнтів обслуговуватимуть у будь-який зручний для них час з найкращим сервісом.

Однак, окрім вищезазначеного типу покупців, існує значно численніша категорія громадян із доходами середнього рівня й нижче. Для них важливим є ефект дорожнечі товару: чим більші витрати на придбання блага за абсолютною величиною чи у відсотках від загальної суми коштів покупця, тим більш чутливим буде покупець до рівня ціни. На ринку споживчих послуг цей ефект проявляється через співставлення сім'ями абсолютних величин затрат на купівлю й свого доходу. Чим дорожчою є послуга за оцінкою даного конкретного покупця, тим більш вигідними з точки зору окупності для нього стають зусилля щодо пошуку більш дешевої альтернативи, тим

відповідно вища чутливість до рівня цін. Якщо послуга дешева, такі зусилля просто нераціональні.

На ринку медичного страхування можна простежити ефект розділення витрат – чим більшу частину витрат на купівлю несуть треті особи, тим менша чутливість покупця до ціни. Така ситуація характерна для випадків, коли суб'єктами медичного страхування виступають і страхувальники, і застраховані. Тоді, якщо страхувальники беруть на себе витрати по укладанню договору страхування частково або повністю, застраховані менш чутливі до рівня цін. Тобто, якщо підприємство за власні кошти застрахує своїх працівників, останні не будуть шукати інші страхові компанії. У цьому випадку страховій компанії доцільно для залучення таких клієнтів розширювати коло послуг, що надаються, і запроваджувати різні заохочення «за вірність нашої компанії». Це можуть бути різні подарунки чи сувеніри, розіграші лотереї з призами. Головне в цьому випадку не розмір подарунка, а вияв уваги до клієнта. Якщо страхувальник і застрахований виступають в одній особі, страховій компанії доцільно ввести бонусні знижки для постійних клієнтів або повертати частину коштів у разі ненастання страхового випадку. Це також створить ефект розділення витрат і зменшить чутливість клієнтів до ціни послуг.

Щодо ефекту справедливості ціни, то покупці будуть тим більш чутливі до ціни послуги, чим більше вона виходить за деякі рамки, які визначені на основі поняття справедливості. У випадку, коли страхова компанія вимушена часто міняти ціну на страхову послугу

внаслідок коливання ринкової кон'юнктури або сегментувати ринок за ціновою чутливістю споживачів на різних сегментах, їй доцільно встановити нову ціну на нелогічному максимальному рівні. Але слід тут же ввести широку систему знижок для різних категорій покупців або умов придбання. Така система сприймається покупцями більш спокійно, і вони менш чутливі до рівня підвищення цін.

Має місце на ринку медичного страхування і такий фактор, як ефект оцінки товару через кінцевий результат. Кінцевим результатом при цьому є своєчасне лікування і здоров'я застрахованого плюс, звичайно, відшкодування витрат на лікування. Тому менш чутливими до ціни страхового полісу будуть громадяни, для яких актуальними є витрати на лікування. У даній ситуації доцільною є реклама послуг медичного страхування, організована у поліклініках, диспансерах, лікарнях.

Страхові компанії при оцінці витрат на ведення певного об'єкта страхування, складають актуарну калькуляцію. За її допомогою можна визначити собівартість послуги страховика, страхові платежі, розмір страхового ризику, суму та питому вагу витрат на ведення справи з обслуговування договору страхування [15, с. 108].

Основою актуарних розрахунків є тарифна ставка, яка ґрунтується на теорії ймовірностей, даних та методів санітарної, економічної і страхової статистики та методів фінансових розрахунків. Тарифна ставка розглядається як ціна страхового ризику та інших витрат, необхідних для виконання зобов'язань страховика перед страхувальником згідно з укладеним договором страхування. Сукупність

страхових ставок називається тарифом. Тарифна ставка, за якою укладається страховий договір, називається брутто-ставкою. Вона складається з нетто-ставки і навантаження [7, с. 47].

Страхові тарифи закладають фундамент економічної ефективності страхової діяльності. Принцип страхової еквівалентності в їх розрахунку є визначальним: сума внесків, які необхідно зібрати із застрахованих, повинна забезпечувати передбачені умовами страхування виплати та компенсувати витрати на ведення справи. Крім цього, у залежності від об'єктивних потреб, особливостей і конкретних завдань того чи іншого виду страхування в тариф закладаються елементи, що забезпечують надходження коштів на проведення заходів з попередження страхових випадків чи зменшення заподіяного ними збитку, а також на формування прибутку.

У загальному виді тариф у медичному страхуванні може включати п'ять структурних елементів, два з яких формують нетто-ставку, включаючи кошти на передбачені договором виплати застрахованим та оплату медичних послуг, а три – навантаження до неї (рис. 2) [15, с. 111].

Нетто-ставка характеризує виконання страховою медичною організацією (компанією) своїх обов'язків перед застрахованим. Кошти, отримані за нетто-ставкою за каналами медичного страхування, можуть використовуватися тільки на оплату діагностичних та лікувально-профілактичних послуг, які надані застрахованому контингенту осіб. Навантаження включає

витрати на ведення страхових операцій та формування прибутку.



Рис. 2. Структура страхового тарифу

Джерело: [15, с. 111]

Перед багатьма українськими страховими медичними організаціями гостро стоїть проблема зменшення страхових тарифів, пов'язана зі зниженням платоспроможності деяких груп страхувальників. При цьому необхідно враховувати ту обставину, що зниження вартості полісу повинно проводитися за відносно високих цін на медичні послуги, які сплачуються страховими організаціями і тим більше за наявності постійної тенденції до збільшення вартості цих послуг. Крім того, на

сьогоднішній день спостерігається загострення конкуренції серед страхових медичних організацій. Серед напрямів конкуренції можна виділити розширення набору медичних послуг в одному страховому полісі й зміна ліміту відповідальності за полісом.

Обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Створенню системи обов'язкового медичного страхування передуює опрацювання базової програми з включенням до неї відповідного набору медичних послуг. Згідно із статистичними даними, які можна отримати в органах охорони здоров'я про обсяг запропонованих послуг та їх середньої вартості, визначаються загальні витрати на реалізацію всієї програми. Із загальної вартості вираховуються витрати, які припадають на працююче населення. Коригуючи отриману величину нетто-ставки на розмір навантаження, у результаті отримуємо кінцеву ставку, за якою і сплачуються внески на обов'язкове медичне страхування.

Для обов'язкового медичного страхування характерним є те, що сплата страхувальниками внесків має форму податку, здійснюється у встановлених розмірах і у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих. За умовами обов'язкового медичного страхування роботодавці мають відраховувати від своїх доходів страхові внески. Ці кошти формують страховий фонд, яким керує держава. Частина цього фонду може створюватись і за рахунок внесків, які утримуються із заробітної плати працюючих. Частка кожної зі сторін залежить від конкретних економічних

умов проведення такого страхування та вартості медичного обслуговування.

Таким чином, вартість полісу обов'язкового медичного страхування прямо пропорційно залежить від тарифних ставок на медичні послуги, які сформувалися у країні, а також від рівня середньої заробітної плати, інфляції, вартості медикаментів тощо.

При визначенні страхового внеску для добровільного медичного страхування, медична страхова організація повинна врахувати ряд додаткових факторів. У першу чергу, оцінюється ймовірність страхового ризику в динаміці за останні 3-5 років. Цей динамічний ряд аналізується з допомогою відомих методів статистичного аналізу. В результаті отримують середню нетто-ставку за всією сукупністю спостережень.

Страхова медична організація укладає договір про медичне страхування з особами, які мають суттєві індивідуальні відмінності від середніх характеристик (вік, стан здоров'я, умови праці, спосіб життя і т. д.). Через це ймовірність настання випадку захворювання буде різною.

Відповідно, слід виробити загальні принципи диференціації страхових тарифів за цими ознаками. Так, наприклад, врахування вікових особливостей страхувальників вимагає розрахунку ймовірності появи захворювання у представників певної вікової групи. Результати аналізу засвідчують, що показник хворобливості значно перевищує середньостатистичну величину, а це необхідно враховувати при розрахунку нетто-ставки страхового тарифу.

Із числа потенційних страхувальників виключаються особи, які стоять на диспансерному обліку. Відповідальність страхової організації недоцільно поширювати на медичне обслуговування страхувальників з приводу захворювань, що вказані в анамнезі за рік, який передував укладанню страхового договору. Вартість лікування (надання видів медичних послуг) певного профілю у відповідності з угодою, укладеною з ЛПЗ, детермінується рівнем страхової відповідальності.

Отже, основними факторами впливу на ціну полісів добровільного медичного страхування є набір послуг, який обирає особа за даним полісом, клініка, в якій особа бажає обслуговуватися (приватна чи державна), безпосередня вартість медичних послуг і ліків, а також регіон, у якому мешкає застрахована особа. З надбанням досвіду і створенням власної статистичної бази страхові медичні організації отримують можливість уточняти і корегувати ставки страхових внесків.

Для страхових компаній, які здійснюють добровільне медичне страхування, найбільш прийнятними можуть стати такі цінові стратегії: стратегія демпінгу, стратегія прихованого демпінгу та орієнтація на окремий ринковий сегмент [1, с. 212]. Стратегія демпінгу передбачає встановлення цін на страхові продукти, які будуть нижчими за ціни компаній-конкурентів. Зрозуміло, що за вибору такої стратегії очікувати на значний прибуток не доведеться, навпаки, скоріше за все, обсяг прибутку буде нижчим за середній рівень по галузі. Головна мета полягає у захопленні додаткової частки ринку, залученні нових й утриманні старих клієнтів.

Стратегія прихованого демпінгу прийнятна при роботі з великими клієнтами. Для таких споживачів доцільно до базового пакету продуктів ДМС пропонувати особливі умови, зокрема отримання певних знижок чи бонусів, коли такі компанії передають на страхування власні численні трудові колективи.

Орієнтація на окремий ринковий сегмент. Використання зазначеної стратегії потребує від страхової компанії вибору конкретного сегменту ринку. Для компаній, які пропонують продукти з добровільного медичного страхування, поділ ринку доцільно робити за критерієм сегментації за групами споживачів. Для медичного страхування це особливо актуально, оскільки при розробленні корпоративних страхових продуктів можна об'єднати потенційних споживачів за подібними галузевими ризиками.

У своїй діяльності страхові компанії можуть застосовувати елементи психології ціносприйняття, а саме:

- багато продавців вважають, що психологічно краще сприймається дещо занижена або «некругла ціна». Наприклад, замість ціни 1000 грн, можна встановити 999 грн. Така ціна психологічно сприймається як близька до 900 грн, а не до 1000 грн. Однак, якщо страхова компанія позиціонує свій продукт як іміджний, то їй потрібно відмовитись від подібної стратегії;

- покупцям краще пропонувати послуги з вершини цінового ряду, а потім усе дешевше й дешевше. При цьому з кожним зниженням ціни у них буде з'являтися відчуття економії грошей. Якщо пропонувати

відразу найдешевшу програму, то споживач, скоріше за все, придбає недорогий поліс медичного страхування;

- можна використовувати порівняння своїх цін з цінами минулого періоду (було дорожче, а зараз дешевше), або із цінами конкурентів (у нас ціни нижчі). Покупець сприйме таку ситуацію як певну знижку і буде більш лояльним до даної страхової компанії;

- якщо багаторазові збитки зв'язані воедино, покупець їх сприймає менш негативно. Тобто, легше переконати покупця придбати додаткову послугу (наприклад, проведення профілактичних оглядів клієнта для виявлення найвпливовіших факторів ризику) разом із купівлею основного поліса, ніж зробити ці покупки окремо.

Можна пропонувати різноманітні знижки клієнтам. Наприклад, при продовженні договору ДМС; при укладанні колективних договорів страхування; запровадження «бонусної системи знижок» для індивідуальних клієнтів при укладанні сімейних договорів страхування (застосовується певними страховиками); знижки для дітей та вагітних жінок; знижки, якщо клієнт не користувався медичними послугами за минулий термін; знижка при оплаті ліків у базових аптеках; функціональні знижки брокерам тощо. Усе це сприятиме покращенню реалізації страхових послуг.

Отже, враховуючи вище сказане, робимо висновок, що на сьогоднішній день конкуренція між страховими компаніями за споживачів відбувається на рівні покращення страхових послуг. У той же час, будь-яка додаткова страхова медична послуга призводить до

зростання ціни, тому перш, ніж запроваджувати такі покращені послуги, необхідно впевнитись у тому, що покупці погодяться за них платити. Добровільне медичне страхування стає не для всіх доступним. Якщо раніше мінімальна вартість полісів добровільного медичного страхування складала в середньому 1 тис. грн на рік, то тепер шкала цін становить від 2,5 тис. грн до 16 тис. грн на рік. Збільшення вартості програм медичного страхування страховики пояснюють у першу чергу подорожчанням медикаментів і послуг медичних установ. До цього, всі новинки у сфері добровільного медичного страхування швидко копіюються конкурентами й поліпшена страхова послуга стає звичайною.

Ріше. Підприємства, що орієнтуються на маркетинг, значну увагу повинні приділяти організації товарного руху від виробника продукції до споживача. Комерційний успіх підприємства багато в чому визначається тим, як вдало вибрані канали реалізації виготовлених товарів, форми і методи збуту або, чи достатнім є асортимент і рівень якості наданих підприємством послуг, що супроводжують продаж продукції. При цьому збут забезпечує зворотний зв'язок з ринком, надає підприємству інформацію про динаміку та структуру попиту, про зміни у потребах і перевагах покупців.

Особливістю страхування є те, що воно належить до послуг пасивного попиту, тобто серед споживачів не виникає азіотажу при їх купівлі, тому страховик має докласти максимум зусиль, щоб донести до потенційного клієнта весь масив інформації про страхові послуги, які він пропонує, та про користь, яку отримає страхувальник від

їх споживання. Саме це й обумовлює складність збуту страхової продукції на страховому ринку [1, с. 242].

При формуванні збутової політики підприємства особливу увагу приділяють вибору методів взаємодії з покупцями (каналу реалізації) та їх удосконаленню. Канал реалізації страхового продукту розглядають як мережу організацій та приватних осіб, які виконують усі необхідні маркетингові дії при просуванні страхового продукту від страховика до страхувальника.

Науковці класифікують канали реалізації за різними критеріями. В. В. Храмов розрізняє три канали реалізації страхових продуктів: власна мережа компанії, страхові посередники (страхові брокери) та альтернативні канали реалізації [20, с. 33]. В. Д. Базилевич вважає, що каналами збуту страхових продуктів є страхові агенти, страхові брокери, штатні працівники страхових організацій, туристичні агентства, комерційні банки, засоби директ-маркетингу, страхові магазини [17].

Ми пропонуємо наступний поділ каналів реалізації страхових продуктів (рис. 3).

Офісний продаж здійснюється через страхову компанію та її підрозділи (філії, представництва) її штатними працівниками. Перевагами цього каналу є те, що під час переговорів в офісі страховика є можливість надати клієнту вичерпну інформацію щодо предмета обговорення, розробити індивідуальні умови страхування, забезпечити клієнта консультативною допомогою різнопрофільних фахівців. Недолік цього каналу – значні витрати на залучення власного персоналу до реалізації страхових

продуктів, що призводить до зростання частки накладних витрат у структурі їх ціни.

Дедалі більш популярними засобами спілкування та проведення страхових операцій стають нові електронні технології та Internet. Електронні канали прості й дешеві в обслуговуванні, значно полегшують процес донесення

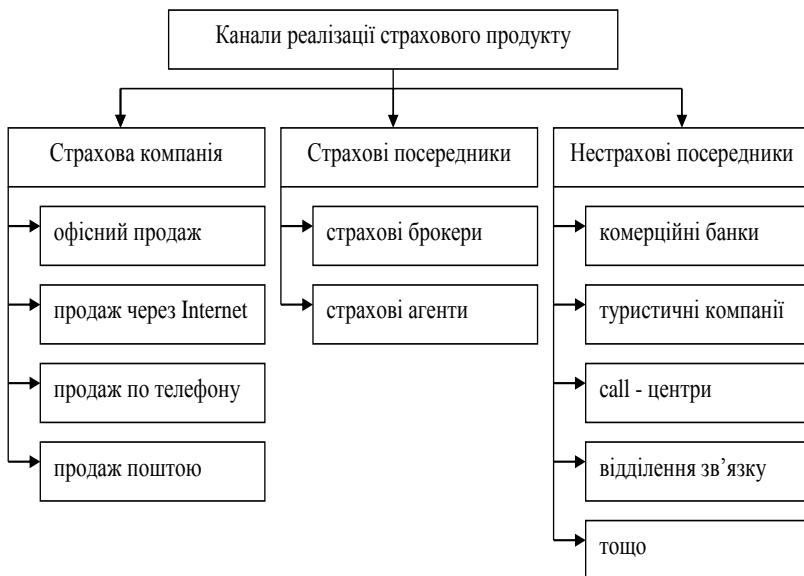


Рис. 3. Канали реалізації страхових продуктів

Джерело: власні дослідження

інформації щодо товару (послуги) клієнту та його придбання, дозволяють географічно диверсифікувати продукти певної страхової компанії. Проте, за необхідності підтвердження договору ДМС медичним обстеженням, онлайн-продаж продуктів ДМС не є доцільним. Тоді канал ефективний лише у разі поновлення чи пролонгації вже існуючих договорів.

Страхові компанії використовують продаж по телефону з метою залучення нових клієнтів, консультації та супроводження вже існуючих. Багато страхових компаній в Україні та світі мають власні call-центри. Проте якість телефонного обслуговування поки ще низька.

Продажі поштою є надсиланням поштою конвертів, у яких містяться договори страхування, заповнивши та відіславши які страхувальник має можливість застрахуватися, витрачаючи мінімум часу й зусиль. В Україні цей канал продажів майже не використовується.

Сприяє реалізації страхових продуктів такий маркетинговий інструмент, як мерчандайзинг, який передбачає вибір оптимального місця розташування, ефективне облаштування, інформаційно-рекламне оформлення точок продажу.

У процесі реалізації страхової послуги великого розвитку набув такий канал реалізації, як страхові посередники. На страховому ринку діють різні типи посередників та їх комбінації. Закон України «Про страхування» дає таке визначення посередників: «Страхова діяльність в Україні може провадитися за участю страхових посередників. Страховими посередниками можуть бути страхові або перестрахові брокери, страхові агенти» [14].

Законодавство визначає страховими брокерами громадян або юридичних осіб, які зареєстровані у встановленому порядку як суб'єкти підприємницької діяльності та здійснюють посередницьку діяльність на страховому ринку від свого імені на підставі доручень страхувальника або страховика. Посередницька діяльність

страхових брокерів у страхуванні здійснюється як виключний вид діяльності і може включати консультування, експертно-інформаційні послуги, роботу, пов'язану з підготовкою, укладанням та виконанням (супроводом) договорів страхування (перестрахування), в тому числі щодо врегулювання збитків у частині одержання та перерахування страхових платежів, страхових виплат та страхових відшкодувань за угодою відповідно із страхувальником або перестрахувальником, інші посередницькі послуги у страхуванні та перестрахуванні за переліком, встановленим уповноваженим органом.

Страхові агенти визначаються як громадяни або юридичні особи, які діють від імені та за дорученням страховика та виконують частину його страхової діяльності (укладання договорів страхування, одержання страхових платежів, виконання робіт, пов'язаних з виплатами страхових сум і страхового відшкодування). Страхові агенти є представниками страховика і діють в його інтересах за комісійну винагороду на підставі договору із страховиком. Агентські мережі – це найбільш ефективний канал продажів. Агент може провести відбір потенційних клієнтів, дійти до кінцевого споживача, викласти йому суть пропозиції, переконати у необхідності придбання полісу. Тому вони дуже результативні при роботі з пасивними споживачами, а також зі складними страховими продуктами, сенс яких необхідно роз'яснювати споживачам [14].

Посередницькі функції також можуть виконувати нестрахові посередники. Нестрахові посередники

фактично є юридичними особами, які під час надання власних послуг клієнтам укладають із ними договори страхування. Ними можуть виступати банки, туристичні агентства, call-центри, відділення зв'язку, агентства нерухомості, автосалони, консалтингові фірми, рекламні агенції тощо.

У процесі діяльності страхові компанії мають використовувати якомога ширший спектр каналів збуту страхових продуктів, враховуючи специфіку кожного з них. Адже, чим більша кількість адекватних каналів реалізації страхових продуктів використовується, тим більша кількість потенційних споживачів страхових продуктів може стати її клієнтами. Ці канали повинні з максимальною ефективністю забезпечувати формування та задоволення попиту клієнтів на страхові продукти. При створенні власної системи продажу керівництво страхової компанії має визначити ефективність кожного з каналів продажу з метою оптимізації економічної вигоди.

До недавнього часу страховики вважали за краще працювати виключно з юридичними особами. Ставка робилася в основному на підприємства з іноземними інвестиціями, спільні підприємства і представництва міжнародних компаній, головні офіси яких передбачають в бюджетах витрати на медичне страхування. Упродовж останніх років до когорти страхувальників стали активно підключатися і вітчизняні підприємства. Проте не можна стверджувати, що українці так само активно дбають про здоров'я співробітників [11].

Страховики вже охопили медичним страхуванням значну кількість серйозних клієнтів юридичних осіб. І хоча

конкурентна боротьба за підприємства як і раніше залишається гострою, страхові компанії частіше починають звертати увагу на громадян. Ринок юридичних осіб для страховиків стає вже затісним. Компанії сьогодні займаються переважно не залученням нових, а переділом старих клієнтів, що користуються послугою не один рік. Тому страхові компанії поступово активізують просування роздрібних продажів «медицини». Спостерігається підвищення зацікавленості індивідуальних клієнтів, фізичних осіб у даному виді страхування. Основними причинами виступають формування в Україні середнього класу із стабільним рівнем доходів, бажання мати гарантію отримання якісних медичних послуг у разі хвороби. Цей ринок має значний потенціал – реальний платоспроможний попит третини населення України. В даний момент у медичного страхування є перспектива стати реальним конкурентом державної охорони здоров'я.

Дієвим способом реалізації продуктів ДМС через страхових посередників може стати використання медичних закладів як страхових агентів, які, виходячи із наявності підготовлених кадрів з медичною освітою та лікувально-профілактичною базою, відразу можуть здійснювати весь комплекс заходів з продажу та навіть супроводу реалізованих страхових продуктів з ДМС. Щодо обов'язкового медичного страхування, то збутову політику даного виду розглядати недоцільно, оскільки придбання таких полісів для осіб є обов'язковим.

Таким чином, дослідження каналів збуту страхових продуктів медичного страхування дає можливість дійти висновку, що традиційні схеми продажів прийнятні не

повною мірою. Важливою складовою ефективної стратегії збуту ДМС є індивідуальний підбір необхідних послуг і розроблення на основі цього унікального страхового продукту, якого саме потребує клієнт.

Promotion. На сьогоднішній день для успішного збуту страхових послуг необхідно, щоб кінцеві споживачі були ґрунтовно поінформовані про них. Широкий асортимент страхових послуг завжди привертає увагу потенційних страхувальників, але в той же час ускладнює їх вибір. На допомогу приходить страхова реклама, яка враховує інтереси різних груп страхувальників, особливості запитів населення з неоднаковим рівнем доходів, природно-кліматичні умови, національні особливості різних регіонів країни та інші фактори.

Реклама у страхуванні – інструмент надання інформації про страхову компанію і послуги, що пропонуються нею для задоволення потреб страхувальників з урахуванням економічних інтересів страховиків. Метою такої реклами є:

- надання достовірної інформації про діяльність страхової компанії;
- залучення клієнтів до реалізації страхових послуг (нових і поновлення раніше укладених договорів страхування);
- формування довіри до страхової компанії.

Головними ознаками реклами у будь-якій сфері діяльності, зокрема у сфері страхування, є: виразність, унікальність, простота та цікавість, запам'ятовуваність. Обов'язкове медичне страхування не потребує додаткових зусиль із просування, тому увагу приділяємо просуванню

продуктів добровільного медичного страхування. Дієвою реклама у страхуванні може бути лише за умови дотримання послідовності у процесі її впровадження:

- 1) іміджева реклама;
- 2) інформаційна реклама;
- 3) стимулююча реклама.

Іміджевою рекламою у страхуванні є реклама, що формує в уявленні клієнта сучасну, фінансово надійну і стабільну установу. Страхувальник пов'язує отримані послуги з іменем певної страхової компанії. Тому помилкою страховика є те, що, виходячи на ринок уперше, він організовує рекламу страхових послуг. Це має бути реклама, що створюватиме імідж страховику. Послугами невідомої компанії майже ніхто не буде користуватися. У подальшому страхова компанія має надати страхувальнику інформацію рекламного змісту, в якій розкриватимуться умови страхування, види страхування, яка сприятиме укладанню договорів страхування.

Як засоби реклами використовуються газети, журнали, радіо і телебачення, а також образотворча (масова) реклама (плакати, афіші, рекламні написи й ін.), реклама поштою і кінореклама. Досить швидкими темпами поширюється Інтернет-реклама.

При виборі засобу рекламного звернення потенційним страхувальникам необхідно враховувати такі фактори:

- соціально-демографічний склад страхувальників (кількість потенційних страхувальників, їх вік, стать);
- зону обслуговування страхового суспільства, соціально-економічну характеристику сфери діяльності

страхового товариства, місце проживання основної маси страхувальників, місце розташування страхового офісу (міська чи сільська місцевість, у центрі чи у віддаленому районі);

- засоби контакту зі страхувальниками та їх ефективність, різноманітність засобів, що застосовуються страховиком, і їх вплив на потенційних клієнтів;

- вартість рекламних засобів; кошти, які страховик може витратити на рекламу, значною мірою визначають характер і обсяг його рекламних заходів;

- вивчення досвіду конкурентів, опитування страхувальників.

Знання цих факторів дозволяє вибрати потрібні рекламні засоби, визначити зміст і форму реклами.

У процесі розробки змісту реклами українські страховики використовують такі підходи:

- акцентування уваги на простоті придбання страхового продукту;

- акцентування уваги на виконанні зобов'язань;

- акцентування уваги на знижках;

- залякування страховими випадками;

- іміджева реклама, покликана сформувати позитивне уявлення про страховика [17].

На сьогоднішній день спеціалісти з просування страхових продуктів на ринку виконують наступні задачі в області менеджменту та маркетингу:

- реклама конкретних видів медичної допомоги (амбулаторної, стаціонарної, сімейного лікаря) – маркетинг медичних послуг;

- пропаганда конкретних медичних закладів – маркетинг установ;

- популяризація деяких спеціалістів та лікарів – маркетинг осіб.

Особисте спілкування – один із найбільш ефективних способів стимулювання споживання страхових продуктів. У той час як реклама забезпечує клієнта лише частиною даних, в особистому спілкуванні він може отримати всю інформацію, яка його цікавить. Багато речей люди сприймають по-різному, отже, одна із головних проблем – зробити їх зрозумілими. Часто виникає необхідність пояснення потенційним споживачам, чим займається компанія і, що є новим продуктом. Виходячи із вітчизняної ментальності та досить низького рівня життя населення, багато людей недостатньо розуміють, для чого потрібне медичне страхування. Виникає необхідність додаткового роз'яснення. Особистий продаж страхового продукту припускає певну етапність у передачі інформації: пояснення основної концепції компанії, демонстрація цінності послуги та вигідності її придбання і, нарешті, безпосередньо робота з її продажу [1, с. 308].

У роботі з клієнтами бажано використовувати поліграфічну та сувенірну продукцію. Така послуга як страхування, щоб компенсувати свою «нематеріальність», повинна підтримуватися великою кількістю рекламної продукції. Бажано, щоб страхувальник, дійсний або потенційний, щось потримав у руках і забрав із собою (буклет, сувенірна ручка з логотипом тощо). При цьому рекомендується в таких проспектах замінювати професійні терміни близькими за змістом синонімами: страхова сума –

виплата, термін страхування – строк договору, застрахований – клієнт тощо.

Просуваючи продукти добровільного медичного страхування, слід пам'ятати, що увага клієнта – основа стимулювання попиту. Клієнт, перш за все, при укладанні договору має бути впевненим, що страхова компанія буде дійсно піклуватися про його інтереси протягом терміну дії договору. Споживач має на інтуїтивному рівні відчувати, що важливий для компанії.

Отже, страхова реклама покликана сприяти подоланню розходжень у забезпеченості послугами страхового характеру населення великих і малих міст, різних регіонів країни. При цьому необхідно звертати особливу увагу людей на присутність основних видів страхових послуг для всіх груп населення. Інформуючи громадян про діючі види особистого страхування, реклама повинна привернути увагу, викликати інтерес, представити аргументи на користь укладання або поновлення договору страхування.

Якщо подивитися на цілі, які переслідує маркетинг у добровільному медичному страхуванні, то вони, в підсумку, не суперечать ні інтересам медичних установ, ні страхувальників, ні застрахованих. Це досягнення високого рівня використання медичних послуг (не обов'язково складних операцій та дорогих досліджень, але також й профілактичних заходів); досягнення максимального споживчого задоволення; надання широкого вибору медичних послуг; підвищення якості життя.

При цьому практично відсутній маркетинг ідей серед страхувальників, застрахованих (потенційних та діючих) з підтримання здоров'я; з медичної профілактики захворювань; із захисту від фінансових втрат через страховий продукт (страховий поліс); з юридичного захисту, який забезпечує страхова компанія застрахованому при нераціональному, невдалому лікуванні (лікарська помилка, халатність, недбалість та інше). В майбутньому з'явиться можливість маркетингу цін на медичні послуги залежно від їх якості і результатів впливу на стан здоров'я застрахованих, маркетингу ефективності медико-економічної та медичної експертизи, інших напрямів маркетингу ідей у добровільному медичному страхуванні, що нарешті призведе до зниження вартості страхових продуктів, підвищення доступності їх для широких прошарків населення.

Літературні джерела:

1. «4Р» маркетингу страхових компаній: монографія / [Козьменко О. В., Козьменко С. М., Васильєва Т. А. та ін.]; кер. авт. кол. д.е.н., проф. О. В. Козьменко. – Суми: Університетська книга, 2014. – 432 с.
2. Базилевич В. Д. Страхова справа: 6-те видання / В. Д. Базилевич, К. С. Базилевич. – К.: Знання, 2008. – 351 с.
3. Балук Н. Р. Активізація вітчизняних страховиків у мережі Інтернет / Н. Р. Балук // Збірник науково-технічних праць. Національний лісотехнічний університет України, 2010. – С. 230–235.
4. Горбач Л. М. Страхова справа: [Навч. посібник] / Л. М. Горбач. – 2-ге вид., виправлене. – К.: Кондор, 2003. – 252 с.

5. Зубец А. Н. Маркетинговые исследования страхового рынка / А. Н. Зубец. – М.: Центр экономики и маркетинга, 2005. – 224 с.

6. Зубец А. Н. Страховой маркетинг / А. Н. Зубец. – М.: Анкил, 1998. – 256 с.

7. Кагаловская Э. Добровольное медицинское страхование: построение тарифных ставок / Э. Кагаловская // Страховое дело. – 2000. – № 7. – С. 46–49.

8. Мних М. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні / М. Мних, Н. Мних // Економіка. Фінанси. Право. – 2003. – № 2. – С. 21–28.

9. Ніколаєнко С. М. Організаційно-економічний механізм розвитку медичного страхування: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец. 08.00.03 «Економіка та управління національним господарством» / С. М. Ніколаєнко. – К.: 2014. – 21 с.

10. Ніколаєнко С. М. Ціноутворення на ринку добровільного медичного страхування / С. М. Ніколаєнко // Економіка: проблеми теорії та практики. Збірник наукових праць. Випуск 203: В 4 т. – Том 1. – Дніпропетровськ: ДНУ, 2005. – С. 217–221.

11. Очимовская Т. Добровольное медицинское страхование неспешно движется в массы / Т. Очимовская // Деловая столица. – 2005. – № 11. – 14–20 марта.

12. Панченко, О. І. Страховий маркетинг і фактори його розвитку / О. І. Панченко, О. В. Шишкіна // Вісник Чернігівського державного технологічного університету. Серія економічні науки. – Чернігів: ЧДТУ, 2011. – № 1 (48). – С. 385–391.

13. Про затвердження Характеристики та класифікаційних ознак видів добровільного страхування [Електронний ресурс] / Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 9 липня 2010

року N 565. Режим доступу:

<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1119-10>.

14. Про страхування. Закон України від 07.03.1996 р. № 86/98 – ВР зі змінами і доповненнями [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/85/96-вр>.

15. Рудень В. В. Страхова медицина і медичне страхування / В. В. Рудень. – Львів: Облкниждрук, 1999. – 304 с.

16. Страхування: Підручник / Керівник авт. колективу і наук. ред. С. С. Осадець. – Вид. 2-ге, перероб. і доп. – К.: КНЕУ, 2002. – 599 с.

17. Страхування: підручник / В. Д. Базилевич, О. Ф. Філонюк, К. С. Базилевич та ін.; за ред.: В. Д. Базилевич. – Київ: Знання, 2008. – 1019 с.

18. Таркуцяк А. О. Страхові послуги: [Навч. посіб.] / А. О. Таркуцяк. – К.: Вид-во Європ. ун-ту, 2004. – 584 с.

19. Фориншурер. Інтернет-журнал про страхование, международные страховые рынки и страховые компании Украины [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://forinsurer.com>.

20. Храмов В. В. Использование инструментов маркетинга при разработке страхового продукта / В. В. Храмов // Страхование дело. – 2003. – № 9. – С. 33–41.

21. Шахов В. В. Введение в страхование: Учеб. пособие. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Финансы и статистика, 2000. – 289 с.

22. Шумелда Я. Страхування: навчальний посібник / Я. Шумелда. – Тернопіль: Джура, 2006. – 296 с.