

2) информация как экономический ресурс и товар имеет ряд особых характеристик, которые следует принимать во внимание при определении ее стоимости и цены;

3) одним из основных факторов определяющих информационный рынок являются взаимоотношения субъектов этого рынка.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении можно представить в целесообразности разработки методов определения стоимости и цены информации с учетом выявления инструментария для установления ее качества.

Источники и литература

1. Селезнев В.В. Основы рыночной экономики Украины: Власть. Право. Предпринимательство. Финансы. Налоги. Маркетинг. Менеджмент. Торговля. Реклама. Преступность. – К.: А.С.К., 1999 г. – 544 с.
2. Lamberton D.M. The Information Economy Revisited. In “Information and Communication in Economics”, ed. Robert E. Babe. Boston: Kluwer Academic, 1994. pp 262-271.
3. <http://kovalevsky.webs.com.ua/index.html>. – 17.02.2003
4. Чубукова О.Ю. Економіка інформації: ринок продуктів та послуг: Монографія. – К.: Нора-прінт, 2001. – 343 с.
5. Мельник Л.Г. Информационная экономика. – Сумы: ИТД «Университетская книга», 2003. – 288 с.
6. Мелюхин И.С. Информационное общество: истоки, проблемы, тенденции развития. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1999. – 279 с.

Тарасова Н.А.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОВЕДЕННЯ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Вступ. Розгляду питань добровільного медичного страхування присвячувалися праці як вітчизняних, так і зарубіжних науковців і практичних робітників Бідного В.М., Ляхоцького В.П., Артюх Т.М., Поліщук Н., Срібного С.М., Пальянної С.Ю. В даних роботах розглядаються теоретичні аспекти сутності добровільного медичного страхування, а також механізм його здійснення, але вдосконаленню якості страхових продуктів по добровільному медичному страхуванню приділяється недостатня увага. Тому ми вважаємо потрібним розглянути перспективи розвитку добровільного медичного страхування, та вдосконалення проведення індивідуального добровільного медичного страхування. Забезпечення доступності для населення добровільного медичного страхування та підвищення його ефективності є важливим і соціально значимим компонентом страхової діяльності.

Постановка завдання. Основною метою даної роботи є удосконалення моделей проведення індивідуального добровільного медичного страхування.

Згідно з метою, завданнями дослідження стали:

- вивчення сутності та ролі добровільного медичного страхування;
- аналіз проблем та перешкод які стоять перед даним видом страхування;
- розробка пропозицій щодо напрямів покращання добровільного медичного страхування.

Досліджуючи тему використовувалися такі методи, як порівняльний аналіз, синтез.

Результати. Модель ринкової економіки вимагає розвитку усіх її елементів, у тому числі й добровільного медичного страхування, як невід'ємної складової системи страхування. Розвиток добровільного медичного страхування в Україні в даний час зумовлений рядом причин, де основними є зменшення державного фінансування галузі охорони здоров'я, показники демографічного розвитку країни та рівня захворюваності населення.

Об'єктом медичного страхування є майнові інтереси, пов'язані із здоров'ям і працездатністю застрахованої особи по відшкодуванню збитків і витрат, викликаних погіршенням здоров'я, а також з одержанням медичної допомоги і медичних послуг[1].

Важливість розвитку добровільного медичного страхування для країни визначається у його меті та функціях. Так, мета ДМС полягає у наданні гарантій громадянам (застрахованим особам) при виникненні страхового випадку (захворюванні) повної або часткової компенсації страховиком вартості медичної допомоги (медичних послуг) за рахунок коштів страхових резервів, а також фінансування профілактичних заходів. Головні функції, що здійснює добровільне медичне страхування, такі: охорона здоров'я населення, що включає матеріальне відшкодування, лікування, профілактику, розвиток інфраструктури галузі охорони здоров'я згідно зі світовими стандартами, фінансування системи охорони здоров'я.

Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним або колективним. До колективної форми страхування характерно те, що страхові внески сплачуються за рахунок коштів юридичних осіб. При індивідуальній формі джерелом сплати внесків є доходи окремих громадян [3].

Поліси добровільного медичного страхування умовно можна розділити на:

1. Монополіси – це поліси, що дають право одержати одну визначену платну послугу. Даний страховий продукт надається в основному фізичним особам. Даному продукту характерно невеликий розмір страхових внесків.

2. Накопичувальні – поліси, по яким вартість медичних послуг дорівнює розміру страхових внесків. Якщо клієнт за рік не витрачає таку суму, частка внесків йому повертається. Даний продукт розрахований на корпоративних клієнтів.

3. Ризикові поліси – класичні страхові продукти, що в основному спрямовані на корпоративних клієнтів [4].

Ми вважаємо запотрібним розробити страхові продукти, що поєднують різні риси існуючих полісів. Ми пропонуємо запровадження якісно нових послуг, наприклад, таких як збереження шляхом системного моніторингу стану здоров'я застрахованого, ранньої діагностики захворювання, а також шляхом проведення превентивних лікувально-профілактичних заходів тощо.

Незважаючи на те, що останні 5 років добровільне медичне страхування в Україні динамічно розвивається, існує ряд проблем, що стримують подальший його ріст. До них можна віднести наступні:

- - висока вартість страхових полісів;
- - відсутність чіткої законодавчої бази, що регламентує діяльність сектора платних медичних послуг;
- - оподаткування (сплата страховальниками - юридичними особами страхових внесків за своїх працівників із прибутку);
- - із сукупного оподаткованого доходу фізичних осіб не виключаються страхові внески, що сплачуються по договорах медичного страхування, і як наслідок виникають усі податки і збори в позабюджетні фонди;
- - не визначений обсяг гарантованої медичної допомоги, що гарантується з бюджету і додаткові медичні послуги, за які повинний платити сам пацієнт;
- - відсутність розвинутої інфраструктури комерційних лікувальних установ;
- - нерозвиненість добровільного медичного страхування в регіонах;
- - відсутність достатньої інформації про даний вид страхування у населення.

Головними серед цих проблем ми вважаємо нерозвиненість добровільного медичного страхування серед фізичних осіб, та високу вартість полісів.

Можливості добровільного медичного страхування можуть бути розширені за рахунок зменшення тарифної ставки з метою охоплення ДМС широким верством населення, а також з метою активного впливу на захворюваність, за рахунок корекції представлення про те, що може розглядатися як страховий випадок у ДМС. На теперешній час, страховим випадком у добровільному медичному страхуванні є звернення застрахованої особи під час дії договору страхування в медичну установу з метою одержання консультативно-діагностичної, лікувально-оперативної, превентивно-профілактичної чи іншої медичної допомоги, що вимагає надання медичних послуг, у межах переліку, передбаченого програмою страхування, при погіршенні стану здоров'я, загостренні хронічного захворювання, а також нещасних випадках [1]. Ми пропонуємо вважати страховим випадком покращання стану здоров'я застрахованого, перехід у більш сприятливий клас рівня здоров'я.

Зниження тарифних ставок у індивідуальному добровільному медичному страхуванні можливо при впровадженні першого запропонованого нами варіанта ДМС. При цьому перед укладанням договору пацієнт за рахунок резерву попереджувальних заходів страхової компанії проходить обстеження з метою визначення імовірності виникнення захворювання. У пацієнта необхідно визначити ведучі фактори ризику, і найбільше «слабку» функціональну систему. Тоді пацієнт буде страхуватися не від усіх можливих захворювань, а від найбільш ймовірного. Страхова сума при цьому буде мати меншу величину, і отже тарифна ставка стосовно до одного чи декільком ризиків буде відповідно зменшена. Така схема дозволить збільшити число застрахованих.

Крім зменшення тарифних ставок через ДМС необхідно забезпечувати збереження і зміцнення здоров'я громадян.

Друга схема ДМС. Перед укладанням договору на рік пацієнт проходить обстеження з метою виявлення функціональних резервів й імовірності захворювання, після чого визначається величина страхової ставки на квартал. Протягом кварталу страхова компанія зі свого резерву попереджувальних заходів оплачує пацієнту одержання тих чи інших оздоровчих процедур, чи одержання лише медичних консультацій з питань підтримки високого рівня здоров'я. Через три місяці проводиться повторне обстеження, якщо ризик захворюваності зменшився, величина тарифної ставки на наступні три місяці зменшується. Якщо ж за три місяці пацієнту не удалося поліпшити своє здоров'я, величина страхових внесків залишається на колишньому рівні. При збільшенні ризику захворювання тарифна ставка також зростає. Даний варіант, на нашу думку, буде сприяти збільшенню кількості застрахованих, зменшенню величини страхових внесків для тих, хто думає про своє здоров'я, стимулюванню наукових досліджень з метою розробки найбільш ефективних оздоровчих заходів, підвищенню кваліфікації лікарів, зростання доходів страхових компаній, що займаються медичним страхуванням, і що головне, збільшенню рівня здоров'я застрахованих.

Третій варіант. Страховим випадком є не розвиток захворювання, а поліпшення функціонального стану, перехід у більш сприятливий клас рівня здоров'я. Перед укладанням договору на рік пацієнт проходить обстеження з метою визначення стану здоров'я, лікарі дають медичні рекомендації з підтримки високого рівня здоров'я. При цьому встановлювана тарифна ставка не міняється протягом усього періоду страхування. Оздоровчі заходи здійснюються пацієнтом самостійно. Через кожні три місяці обстеження повторюється. Коли до закінчення терміну страхування залишається три місяці, обстеження повинне повто-

рватися вже через кожен місяць. Якщо всі три, проведені через кожен місяць обстеження об'єктивно показують наявність того класу здоров'я, що був обговорений при укладанні договору ДМС, вважається, що страховий випадок наступив, і пацієнту виплачують повністю страхову суму. Якщо з трьох обстежень, лише два показали необхідний клас здоров'я у пацієнта, страхова сума зменшується. Якщо лише одне з трьох обстежень підтвердило досягнення пацієнтом необхідного рівня здоров'я, страхова сума, яка виплачується пацієнту, стає мінімальною. Страхова сума може бути отримана пацієнтом або в грошовій формі, або у виді путівок у санаторії, пансіонати, придбані для нього страховою компанією. Даний варіант добровільного медичного страхування міг би мобілізувати страхувальників для укладання договорів ДМС найбільшою мірою. Стимули тут дуже відчутні: поліпшення стану здоров'я, визначена грошова сума чи оплачений страховою компанією відпочинок.

Крім того при даному варіанті ДМС зростають вимоги як до лікарів, що дають пацієнтам консультації по найбільш ефективних способах оздоровлення, так і до різних оздоровчих центрів, де пацієнт міг би поправити своє здоров'я.

За приведеними варіантами індивідуального медичного страхування необхідно розробити правила страхування. Також необхідно проведення наукових досліджень по пошуку, розробці і впровадженню найбільш ефективних методів лікування, реабілітації, оздоровлення.

IV. Висновки. Таким чином з наведених вище досліджень можна зробити такі висновки. Для залучення особистих коштів населення страховикам слід розробити ефективні конкурентоспроможні страхові продукти для індивідуальних клієнтів. Вдосконалення рівня та якості страхових продуктів має здійснюватись за такими напрямками:

- орієнтація на населення із середнім рівнем доходів;
- включення у страхові програми в якості додаткових благ інших послуг (профілактичного характеру, косметологічне обслуговування, відвідання басейну, тренажерного залу, ін.);
- надання різноманітних знижок клієнтам (наприклад, при продовженні договору; запровадження "бонусної системи знижок" для індивідуальних клієнтів – при укладанні сімейних договорів страхування);
- забезпечення більш високої якості та оперативності надання медичної допомоги через асистуючу структуру;
- поширення новітніх технологій надання страхових послуг, зокрема через мережу Internet;
- пропаганда медичного страхування серед потенційних страхувальників та співробітників медичних установ.

Джерела та література

1. Залетов А.Н. Страхование в Украине. Под ред д.э.н. О.А. Слюсаренко. – К.: Международная агенция "BeeZone", 2002. – 452 с.
2. Страхова медицина в Україні: історія та сучасність/ Авт. Колектив: В.П. Ляхоцький, В.І. Євсєєв, В.І. Сергієнко та ін. – К.: Унів. Вид-во "Пульсари", 2003. – 82 с.
3. Страхова справа. Інтегрований навчальний комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: у 2 кн./ В.Т. Александров, О.М. Бандурка та ін. – К.: НВП "Авт", Х.: ВЦНТУ "ХП", 2003. Кн.2.
4. Пальянова С.Ю. Добровольное медицинское страхование: перспективы развития на 2002-2010 годы // Страховое дело. – 2002. – №10. – С.10–28.

Швец И.Ю.

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТЬЮ ТУРИСТИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Понятие «стратегия» в области управления туристским предприятием как социально-экономической системой подразумевает долгосрочный комплексный план действий по руководству соответствующим коллективом, направленный на достижение миссии предприятия. Этот план преследует четко определенные цели и строится на реальных возможностях предприятия, учитывая условия, в которых оно функционирует. Стратегическое планирование служит основой стратегического управления и охватывает: формирование главной цели развития туристского предприятия и целей, отражающих процесс его адаптации к окружающей среде; оценку потенциала предприятия и возможностей его повышения в перспективе; оценку внешней и внутренней среды туристского предприятия; организацию и стимулирование деятельности персонала предприятия для достижения стратегий; основные направления, методы, инструменты достижения поставленных целей; обеспечение надежной реализации поставленных целей необходимыми ресурсами; учет контроль и анализ достижения стратегий и их оценку.

Туристское планирование ставит своей целью сформулировать задачи развития туризма, а также опделить средства их достижения, стремясь к получению максимальных поступлений от развития туризма с экономической, социальной, культурной точек зрения, а также с учетом необходимости обеспечения динамического равновесия между туристским предложением и спросом.