- разбиение контроллинга на циклы что обеспечивает итеративность стратегического учета, анализа, планирования, контроля исполнения и принятия корректирующих решений.

И поэтому крайне важно, чтобы система управленческого учета обеспечивала подходящей информацией о затратах обоснование каждого конкретного стратегического решения, а это, безусловно, требует особого подхода к анализу исторически сложившейся системы калькуляции затрат. Кроме того, многие стратегические решения, по сути, уникальны и неповторимы, и необходимость их принятия вызывается внезапными изменениями внешней среды. И как следствие, полезная функция управленческого учета в рамках стратегического контроллинга состоит в том, чтобы в пределах отведенного времени доставлять всю нужную информацию нужным людям определенного уровня. Как известно, возможности выбора той или иной стратегии зависят от зрелости отрасли и степени диверсификации предприятия. Понимание того, как управленческий учет принимает во внимание эти факторы и как он связан с методиками стратегического управления, помогает выявить принципиальные требования, предъявляемые к эффективно работающей реальной системе стратегического контроллинга.

И в заключении хотелось бы отметить, что в современных условиях хозяйствования необходим системный подход к созданию единой информационной системы- стратегический контроллинг, в котором формируется информация о факторах внешней среды, ведутся финансовый, управленческий и стратегический учет.а в свою очередь выбор конкретного направления учета определяется целями стратегического анализа. Следовательно, чем конкретнее цели и задачи, тем точнее будут стратегические решения. И если решения сформулированы четко, то информационные потребности тоже можно выразить с достаточной определенностью.

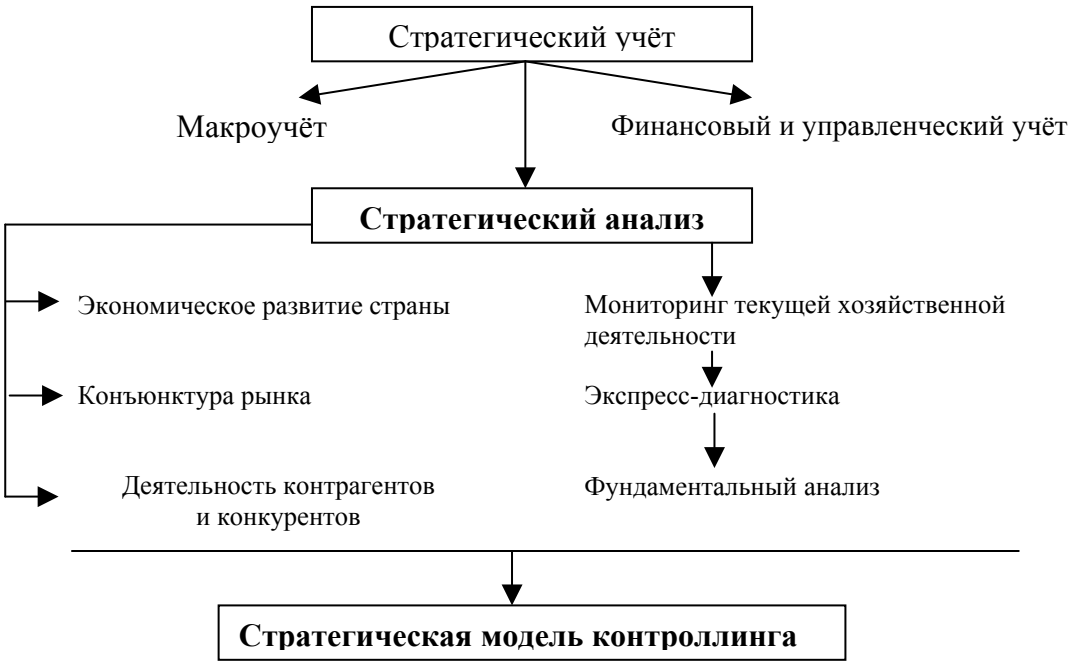

Рис.2.Модель контроллинга стратегического типа.

Таким образом, можно сделать вывод о значительном потенциале развития концепции и методов управленческого учета, как основы стратегического контроллинга и, что самое главное, возможностей их практического использования.

Источники и литература

1. Ансофф И. Стратегическое управление Пер. с англ. – М., 1989. – 519 с.
2. Голов С. Ф. Управленческий учет. Учебник. – К., 2003. – 704 с.
3. Ананькина Е.А., Данилочкин С.В. Контроллинг как инструмент управления предприятием. – М, : Аудит, ЮНИТИ, 1998. – 279 с.

Тарасова Н.А.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОВЕДЕННЯ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

І. 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., Пальянової С.Ю. В даних роботах розглядаються теоретичні аспекти сутності добровільного медичного страхування, а також механізм його здіснення, 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.

II. 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.

III. 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 страхувальниками - юридичними особами страхових внесків за своїх працівників із прибутку);
- із сукупного оподатковуваного 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 розвитій 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 широких верств населення, а також з метою активного впливу на захворюваність, за рахунок корекції представлення про те, що може розглядатися як страховий випадок у ДМС. На теперішній 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 спри-

ятливий 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 декількох 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 підтримці 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 повторюватися 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 слідує розробити ефективні конкурентноспроможні страхові продукти для індивідуальних клієнтів. Вдосконалення рівня та якості страхових продуктів має здійснюватись за такими напрямами:

- 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 асістуючу 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. Євсеєв, 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 "ХПІ", 2003. Кн.2.
4. Пальянова С.Ю. Добровольное медицинское страхование: перспективы развития на 2002–2010 годы // Страховое дело. – 2002. – №10. – С.10–28.

Шайкан А.В.

THE BALANCED SCORECARD – ЯК ОСНОВА ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ

В останні роки бурхливого розвитку дістали концепції корпоративного управління і технологій управління. Особлива увага надається стратегічному управлінню. Аналіз діяльності крупних і середніх підприємств країн розвинутої економіки показав, що функціонування підприємства без поставленого стратегічного менеджменту, є вельми ризикованим заходом [1]. Дослідження в даному напрямі приводять до появи нових парадигм, концепцій і інструментів.

Все більшого розповсюдження і застосування одержують стратегічні системи управлінського обліку та стратегічного аналізу, однією з яких є концепція Системи Збалансованих Показників (Balanced Scorecard) . Основне призначення систем подібного роду полягає в забезпеченні функцій збору, систематизації і аналізу інформації необхідної для ухвалення стратегічних управлінських рішень. Balanced Scorecard не можна назвати просто обліковою системою, вона є складовою частиною системи управління організації і може бути її основним ядром.

На сьогоднішній день, концепції, що розвиваються в рамках управлінського обліку, виходять далеко за рамки традиційних уявлень про системи управління. Сьогодні менеджери застосовують прогресивніші інструменти, не обмежуючись використовуванням тільки традиційних моделей. В процесі ухвалення рішень керівники і власники відчувають все більшу потребу в інформації не тільки фінансового характеру. В умовах ринків, що швидко розвиваються, і гострої конкуренції нефінансова інформація, що базується на оцінці нематеріальних активів підприємства набуває все більшого значення. Разом з отриманням прибутку і підвищенням капіталізації сьогодні першорядне значення набувають цілі завоювання ринку і придбання конкурентних переваг. Лояльність клієнтів, здатність підприємства забезпечити їх утримання, прогресивність технології, могутній і висококваліфікований кадровий склад - чинники які мають величезне значення і роблять вплив на вартість компанії в майбутньому. Balanced Scorecard (BSC) дає можливість оцінити ці чинники і відкриває нові можливості для управління корпоративною стратегією.

Для того, щоб ефективно управляти своєю стратегією, компаніям потрібна система управління, що дозволяє здійснювати моніторинг стратегічних ініціатив, що проводяться. До недавнього часу такої системи не існувало взагалі, поки Balanced Scorecard не відкрила нові перспективи і не змінила переконання багатьох управлінців.

На сьогодні відомо декілька альтернативних моделей управління компанією на основі системи збалансованих показників. Але першою і однією з самих цікавих була і залишається сьогодні BSC-модель, яку запропонували Р. Каплан (R. Kaplan) і Д. Нортон (D. Norton).

Історія, пов'язана з відкриттям і подальшою розробкою концепції Balanced Scorecard відноситься до 1990 року, коли Norlan Norton Institute, що є дослідницьким центром всесвітньо відомої аудиторсько-консалтингової компанії KPMG Peat Marwick, приступив до вивчення питання ефективності управління, а також пошуку можливостей і інструментів, що забезпечують її підвищення. Дане дослідження - "Measuring Performance in the Organization of the Future /Вимір ефективності організації майбутнього" проходило протягом одного року і мало за мету - пошук нових альтернативних методів вимірювання ефективності, що базуються на нефінансових показниках.

Дослідження очолювалося директором Norlan Norton Institute Девідом Нортоном, який на сьогоднішній день займає посаду керівника Balanced Scorecard Collaborative і Робертом Капланом - професором Harvard Business School, якого було залучено як наукового консультанта проекту.

Основна стала гіпотеза проекту висловлювалась як "базування методики оцінки ефективності діяльності підприємства виключно на фінансових показниках не забезпечує зростання майбутньої економічної цінності організації" [2].

Протягом тривалих обговорень і дискусій була вироблена основа даної моделі, що базується на чотирьох основних складових (проекціях) - фінанси, маркетинг, внутрішні бізнес - процеси, навчання і зростання. Таким чином, система одержала назву "збалансованої", оскільки ґрунтувалася на комплексному підході до оцінки як матеріальних, так і нематеріальних активів.

Дана система одержала апробацію серед ряду організацій, що брали участь в проекті.

За результатами апробації було зроблено висновок: Система збалансованих показників ефективності (Balanced Scorecard) – як назвали її автори, має безумовні переваги в порівнянні з більш традиційними концепціями використовуваними для комплексної оцінки діяльності підприємства і має надзвичайну корисність як обліково-аналітичний інструмент.

Результати однорічного дослідження були опубліковані Девідом Нортоном і Робертом Капланом в статті - "Збалансована система показників ефективності – вимірники, що керують ефективністю" [3].

Самою головною особливістю та перевагою системи BSC є те, що вона тісно пов'язана з бізнес-