



УДК 368.02:658.8

О. М. Пахненко,
к. е. н., асистент кафедри фінансів,
ДВНЗ «Українська академія банківської справи Національного банку України», м. Суми

АЛЬТЕРНАТИВНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ КАНАЛІВ ЗБУТУ МІКРОСТРАХОВИХ ПОСЛУГ

О. М. Pakhnenko,
Candidate of Sciences (Economics), Assistant, Department of Finance,
Ukrainian Academy of Banking of the National Bank of Ukraine, Sumy

ALTERNATIVE APPROACHES TO THE FORMATION OF DISTRIBUTION CHANNELS OF MICROINSURANCE SERVICES

У статті розглянута актуальна проблема вибору оптимального підходу до організації каналів збуту у мікрострахованні. Проведено дослідження основних моделей збуту мікрострахових послуг, що склалися у зарубіжній практиці, на прикладі медичного страхування, а саме агентсько-партнерської, централізованої, провайдер-орієнтованої та кооперативної моделей; побудовані структурні схеми для кожної із них, визначений склад суб'єктів, що беруть участь у мікрострахованні, розглянуті особливості розподілу функцій і повноважень між ними. Ідентифіковані базові ознаки кожної з моделей збуту мікрострахових послуг, що включають рівень контролю за проведенням операцій мікростраховання, гнучкість у розробці мікрострахових продуктів, рівень страхового ризику та кількість і параметри угод мікростраховання, що дозволило провести порівняльну характеристику досліджуваних моделей, визначити основні переваги і недоліки їх застосування.

In this paper the actual problem of choosing the optimal approach to organization of distribution channels in microinsurance is considered. The basic models of distribution of microinsurance services, that emerged in foreign practice (the partner-agent model, the community-based organization model, full service model and provider model), are examined on the example of health insurance. There are block diagrams for each of the model, in which the main participants of microinsurance are determined, also the distribution of functions and responsibilities between them are researched. Identified basic features of each model of distribution of microinsurance services, such as level of control over the microinsurance operations, flexibility in product designing, the level of insurance risk and the number of deals, allowed to conduct a comparative analysis of the models and identify their main benefits and drawbacks.

Ключові слова: мікростраховання, медичне страхування, мікрострахові послуги, канали збуту, модель мікростраховання.

Keywords: microinsurance, medical insurance, microinsurance services, distribution channels, model of microinsurance.

Постановка проблеми. Розробка страхових продуктів для категорій населення з низькими та непостійними доходами – мікростраховання – вимагає застосування особливих підходів як до оцінки страхових ризиків, порядку розрахунку страхових тарифів та механізму сплати страхових платежів, так і до організації каналів збуту мікрострахових послуг. При формуванні останніх повинні, перш за все, бути враховані особливості цільової групи споживачів, а саме їх майновий рівень, джерела та періодичність отримання доходів, а також пов'язані з цим обсяги користування іншими фінансовими послугами, у тому числі банківськими, освітній рівень та рівень страхової культури тощо. Лише гнучкість підходів до організації надання послуг на принципах мікростраховання та вибір оптимальних видів каналів збуту з урахуванням зазначених факторів дозволить досягти бажаних результатів від проведення мікростраховання.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблемам мікростраховання протягом останнього десятиліття приділяється значна увага в роботах зарубіжних дослідників. Проте основні аспекти, які розглядаються науковцями, стосуються сутності мікростраховання, видів мікрострахових продуктів, аналізу їх економічної і соціальної ефективності. Дослідження питань формування оптимальних каналів збуту такого виду страхових послуг обмежується переважно аналізом фактичного досвіду їх створення і характеристикою їх основних рис. Найбільш ґрунтовними роботами у даному напрямку можна визначити праці Асан С.М. (Ahsan S.M.) та Махмуд М. (Mahmud M.) [3], Чандані Т. (Chandani T.) [4], Чорчіла С. (Churchill C.) [5]. На сьогодні подальшого дослідження потребують питання доцільності застосування різних каналів збуту мікрострахових послуг на основі виявлення їх переваг і недоліків, а також проведення їх порівняння за найбільш важливими з точки зору забезпечення максимальної ефективності мікрострахових операцій ознаками.

Виходячи з цього, метою статті є дослідження основних підходів до створення каналів збуту мікрострахових послуг, ідентифікація їх сильних та слабких сторін, проведення їх порівняльного аналізу.

Виклад основного матеріалу. Проблема формування каналів збуту мікрострахових послуг полягає у тому, що їх застосування повинно мінімізувати аквізиційні та транзакційні витрати, оскільки за своєю суттю мікростраховання спрямоване на задоволення потреб осіб з низькими доходами шляхом пропозиції їм продуктів з мінімальними страховими тарифами. Крім того, вибір моделі поширення мікрострахових послуг повинен враховувати інтереси та специфіку цільового сегменту споживачів, викликати в них максимальну довіру, забезпечувати доступність та зручність.

На сьогодні в зарубіжній практиці ведення страхової діяльності сформувалося 4 основні моделі збуту мікрострахових продуктів:

- партнерсько-агентська (комерційна) модель;
- централізована модель (модель повного обслуговування);
- провайдер-орієнтована модель;
- модель кооперації [5].

Розглянемо кожну із зазначених моделей на прикладі медичного мікростраховання, як одного із найпоширеніших видів мікрострахових продуктів.

Головною ознакою партнерсько-агентської моделі є поділ повноважень у сфері надання страхових послуг між двома групами посередників – головним партнером та агентами. Головний партнер у такій моделі виконує функції щодо управління ризиками, андеррайтингу, перестраховання тощо. З узгодженням із агентами формується продуктова політика, тобто визначаються основні умови страхування за мікростраховими продуктами. У свою чергу, безпосередні взаємовідносини з клієнтами, просування мікрострахових продуктів, інформаційне та технічне обслуговування договорів страхування здійснюється агентами (рис. 1).

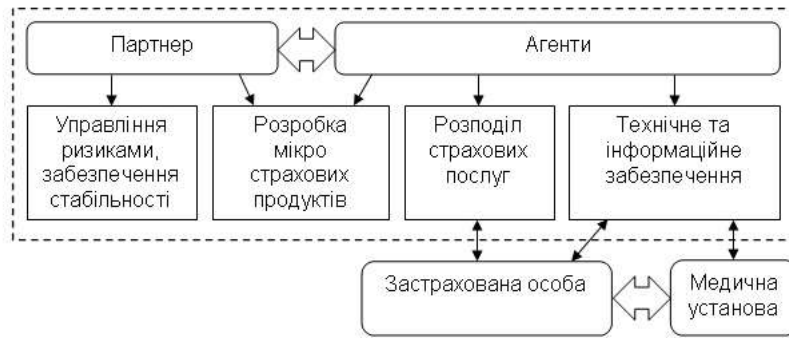


Рис. 1. Партнерсько-агентська модель медичного мікрострахування

У мікрострахуванні поняття «агентів», набір їх функцій та склад суб'єктів, які можуть бути віднесені до даної категорії, відрізняється від підходів, зазвичай прийнятих у страхуванні. При мікрострахуванні роль агентів можуть виконувати звичайні страхові компанії, банки та різні мікрофінансові посередники (організації мікрокредитування – кредитні спілки, ломбарди, та інші неурядові організації).

Основною перевагою даної моделі є те, що агенти, залучені до її реалізації, уже мають налагоджені відносини з клієнтами та можуть використовувати існуючі канали збуту мікрофінансових послуг, тому просування страхових продуктів здійснювати набагато простіше. За рахунок залучення великої кількості посередників (агентів), забезпечується найвищий ступінь диверсифікації ризиків та знижується ймовірність їх «несприятливого відбору».

До позитивних характеристик даної моделі можна віднести і те, що обидві сторони (головний партнер та агенти) є зацікавленими у розвитку мікрострахової моделі, підвищенні її ефективності та зниженні транзакційних витрат. Для мікрострахового партнера – це безпосередня фінансова зацікавленість, оскільки він є основним ініціатором даної моделі та стороною, що приймає ризики, а для агентів підтримка доступності мікрострахових послуг, забезпечення високої якості обслуговування та швидке врегулювання збитків за договорами мікрострахування є важливим для збереження та нарощення клієнтської бази, як за мікростраховими, так і за іншими мікрофінансовими послугами, що ними надаються.

Зарубіжні дослідники зауважують, що з точки зору організації партнерсько-агентська модель є найпростішою та забезпечує найшвидше створення і впровадження нових мікрострахових продуктів, оскільки базується на вже існуючій збутовій мережі агентів та інших посередників.

На відміну від розглянутого підходу, функціонування централізованої моделі мікрострахування базується на акумулюванні усього спектру функцій щодо розробки, просування та збуту мікрострахових продуктів однією організацією, як правило неприбутковою. Така модель застосовується в деяких малорозвинених країнах з низьким рівнем соціального захисту населення, коли за сприяння спеціалізованих міжнародних організацій, благодійних фондів, спонсорських внесків розробляється проєкт надання мікрострахових послуг місцевому населенню (наприклад, на засадах централізованої моделі функціонує «DELTA life» у Бангладеші). Для практичної реалізації проєкту можуть залучатися сторонні організації, які виконують посередницькі функції, але не несуть відповідальності за договорами страхування.

Управління ризиками здійснюється централізовано організацією, що виступає ініціатором проєкту. Крім того, остання бере на себе всі повноваження щодо розробки видів страхових продуктів, їх популяризації та здійснення пов'язаних із цим витрат, залишаючи за собою повний контроль за процесом мікрострахування (рис. 2).

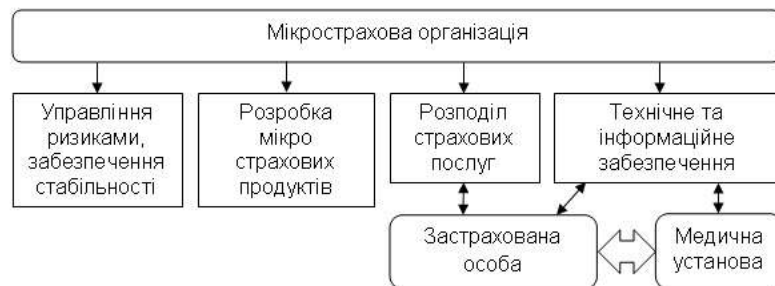


Рис. 2. Централізована модель медичного мікрострахування

Організація моделі такого типу вимагає значних аквізиторських витрат та інвестиційних вкладень, а також потребує високої кваліфікації працівників для розробки і збуту страхових послуг із мінімальними витратами і за прийнятними для страхувальників тарифами. Дані умови не завжди можуть бути виконані нестраховими мікрофінансовими установами, що значно обмежує популярність застосування такої моделі в країнах з недостатнім розвитком страхового ринку.

Крім того, суттєвим недоліком даної моделі, порівняно з партнерсько-агентською, є складність і висока затратність формування розгалуженої збутової мережі. Це накладає відповідні обмеження на можливості охоплення всього цільового сегменту споживачів. Значні капіталовкладення в розрахунок на кількість укладених договорів мікрострахування призводять до того, що адміністративні витрати в централізованій моделі можуть бути в три чи навіть більше разів вищими, порівняно з аналогічними показниками в партнерсько-агентській моделі [3].

Дуже схожою на централізовану модель за характером розподілу страхових ризиків та функцій щодо управління ними є модель кооперації. Дана модель збуту мікрострахових послуг набула поширення в багатьох малорозвинених країнах, що обумовлюється перевагами її застосування, особливо за умов низької довіри населення до страхового сектору та нерозвиненості мережі страхових агентів. Більш того, кооперативне страхування залишається на сьогодні достатньо популярним і в ряді розвинених країн світу [1].

Центральне місце в моделі кооперації займає кооператив – організація, функціонування якої забезпечується за рахунок вступних та щорічних внесків її членів, а діяльність спрямовується на досягнення визначених соціальних чи економічних цілей учасників кооперативу, у даному випадку – задоволення потреб у страховому захисті. На таких засадах функціонують, наприклад, товариства взаємного страхування, страхові каси тощо.

При організації мікрострахування із застосуванням кооперативної моделі кожен кооператив самостійно розробляє та поширює мікрострахові продукти між членами кооперативу, забезпечуючи економічну ефективність даних операцій за рахунок відсутності посередників та уникнення відповідних витрат.

Такий підхід має і недоліки, пов'язані з тим, що за кооперативом залишається весь обсяг страхових ризиків. Кооператив має обмежені можливості щодо управління ризиками, оскільки їх акумулювання і розподіл відбувається лише між членами кооперативу. Чим більший кооператив – тим вищий ступінь диверсифікації і нижча ймовірність концентрації та «несприятливого відбору» ризиків, і навпаки. Диверсифікація може забезпечуватися також у випадку, коли діяльність кооперативу включає не лише мікрострахування, але й надання своїм членам інших видів мікрофінансових послуг (мікрокредитування, мікроперекази).

Для розробки мікрострахових продуктів та управління страховими ризиками при кооперативі може формуватися кептивна страхова компанія, особливо якщо страхування учасників кооперативу не є основною метою його створення. Якщо ж така компанія не створюється, то враховуючи специфіку страхової діяльності, необхідним є залучення спеціалістів з належною кваліфікацією.

У разі необхідності в функціонування моделі кооперації залучаються також зовнішні організації, які надають певний вид послуг членам кооперативу. Наприклад, у випадку медичного мікрострахування члени кооперативу взаємодіють та укладають відповідні угоди із медичною установою, яка в такій моделі організації збуту мікрострахових послуг не бере участі в управлінні чи розподілі страхових ризиків, а виключно здійснює діяльність з надання медичних послуг (рис. 3).

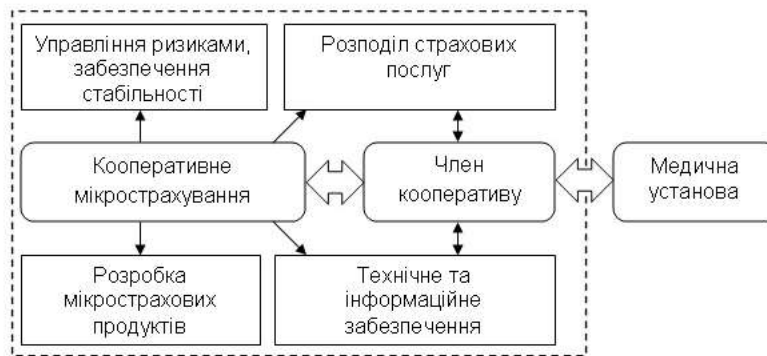


Рис. 3. Модель кооперації

Безперечною перевагою моделі кооперації є те, що члени кооперативу можуть впливати на формування страхових продуктів, визначення обсягів страхового покриття та розміру страхових платежів відповідно до своїх потреб і фінансових можливостей. Кооператив, на відміну від комерційних страхових компаній, не переслідує мету максимізувати власну вигоду, а основна частина отриманого прибутку спрямовується на поповнення резервних фондів.

Крім того, така модель забезпечує максимально простий підхід до збуту мікрострахових продуктів, оскільки надання страхових послуг відбувається в межах невеликих соціальних груп з великою кількістю налагоджених взаємозв'язків і швидким поширенням інформації між учасниками.

Кооператив, як правило, об'єднує осіб однорідного соціального та економічного рівня, взаємовідносини всередині кооперативу формуються на основі взаємодовіри і часто набувають форми неформальних, що суттєво знижує ризики шахрайства, несприятливого відбору та моральні ризики.

Незважаючи на зазначені переваги та високу ефективність моделей кооперації на локальному рівні, в організації мікрострахування, слід визнати, що вони не забезпечують потрібного рівня страхового захисту населення у загальнодержавному масштабі, оскільки значно обмежені територіально, замкнуті на групі споживачів з визначеними соціальними чи економічними характеристиками, а також мають недоліки, пов'язані з обмеженими можливостями щодо формування резервних фондів і залучення працівників з потрібною кваліфікацією.

Переходячи до аналізу провайдер-орієнтованої моделі, можна відмітити, що за своєю сутністю вона є найбільш близькою до централізованої моделі збуту мікрострахових послуг, оскільки передбачає зосередження всіх функцій щодо проектування і просування страхових продуктів, управління ризиками та технічного забезпечення в межах однієї установи. При цьому, дана установа одночасно уособлює як страхову організацію, так і надавача основного виду послуг. Наприклад, базовий пакет послуг щодо мікродофінансування, що пропонується мікрофінансовою установою може одночасно включати здійснення даним посередником від свого імені страхування на випадок неплатоспроможності позичальника.

В медичному мікрострахуванні застосування даної моделі означає, що укладання договорів страхування відбувається безпосередньо між медичною установою і страхувальниками (застрахованими особами) (рис. 4).

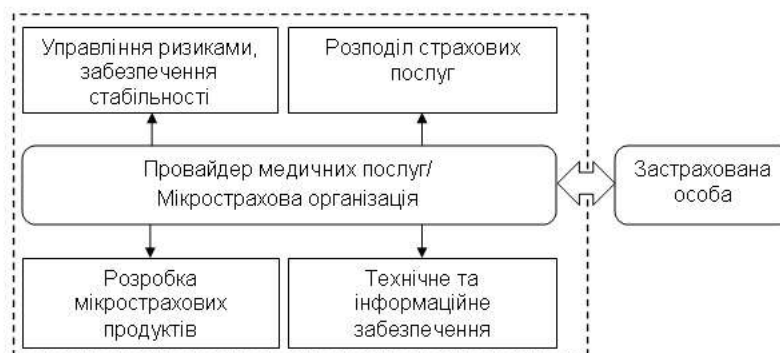


Рис. 4. Провайдер-орієнтована модель в медичному мікрострахуванні

Використовуючи приклад медичного мікрострахування, можна відзначити наявність конфліктної ситуації при використанні провайдер-орієнтованої моделі збуту страхових послуг, виникнення якої пов'язано із суперечністю цілей надання медичних послуг і здійсненням страхової діяльності. Так, якщо основна мета першої має соціальний характер і полягає у наданні необхідної медичної допомоги та забезпеченні високої якості медичного обслуговування, то друга напряму пов'язана із досягненням певного рівня фінансових показників – забезпеченням прибутковості і платоспроможності, обмеженням рівня прийнятого ризику, встановленням економічно обґрунтованих страхових тарифів тощо. Коли ці цілі намагаються узгодити в рамках діяльності однієї організації, це може призвести до обмеження переліку пропонованих медичних послуг, що охоплені договором страхування. Більш того, визначення обсягів страхового покриття за договорами медичного мікрострахування та якість надання медичних послуг при використанні провайдер-орієнтованої моделі буде визначатися виходячи із реальних можливостей провайдера послуг – медичної установи, а не з реальних потреб застрахованої особи.

Формування провайдер-орієнтованої моделі може відбуватися на базі існуючої страхової компанії, яка створює власні медичні потужності або на базі медичної установи, яка починає пропонувати відповідні страхові продукти. В першому випадку основним недоліком є вузький перелік медичних послуг, що надаються, та відсутність можливості їх вибору у споживача. Для страхової компанії, яка задіяна в просуванні власних мікрострахових продуктів із використанням провайдер-орієнтованої моделі, такий підхід є найскладнішим, оскільки вимагає виконання додаткової функції – безпосереднього надання «не страхових» послуг застрахованій особі. Суттєвим недоліком другого варіанту є недостатній професіоналізм у сфері страхування, низька конкурентоспроможність у довгостроковій перспективі та недосконала система управління ризиками провайдера послуг, що опосередковано може вплинути і на обслуговування споживачів.

Узагальнюючи досліджені підходи до організації збуту мікрострахових послуг на прикладі медичного мікрострахування, можна зробити висновок, що формування базових ознак кожної з моделей, передусім, залежить від того, які інститути, включаючи медичні установи, задіяні в процесі мікрострахування та як розподілені між ними основні функції. Кожна з моделей має свої переваги і недоліки, що визначаються характеристиками рівня ризикованості операцій і ступеня контролю за ними, можливостями індивідуалізації побудови страхових продуктів, у тому числі переліку медичних послуг та обсягу операцій страхування. Характеристика ідентифікованих ознак у розрізі 4 основних моделей збуту мікрострахових послуг узагальнена в таблиці 1.

Таблиця 1. Порівняльна характеристика основних моделей збуту страхових послуг у медичному мікрострахованні

Моделі Ознаки	Партнерсько-агентська модель	Централізована модель	Модель кооперації	Провайдер-орієнтована модель
Дизайн продуктів (можливість вибору послуг, індивідуальність підходу)	+	+	+	-
	Достатній вибір видів страхових продуктів		Страхові продукти пристосовані до потреб конкретних споживачів	Стандартний набір послуг, значна обмеженість вибору
Рівень страхового ризику (на 1 посередника)	+	-	+/-	-
	Ризики розподіляються між значною кількістю посередників	Висока концентрація ризику у одного посередника	Ризик розподіляється між членами кооперативу	Страхові ризики концентруються у провайдера медичних послуг
Контроль за операціями мікростраховання з боку основного надавача страхових послуг	-	+	+	+
	Низький рівень контролю за якістю послуг	Високий рівень контролю за якістю послуг	Високий рівень контролю за якістю послуг	Можливість повного контролю за якістю послуг
Обсяг угод мікростраховання і їх кількість	+	+	-	-
	Диференційовані обсяги угод, максимальна кількість угод порівняно з іншими моделями	Диференційовані обсяги угод, велика кількість угод	Обмежені сформованим страховим фондом та кількістю учасників	Обмежені спеціалізацією медичної установи

Конкретний вибір моделі збуту мікрострахових послуг залежить від багатьох умов, у тому числі від наявності певних законодавчих обмежень; від сформованого в суспільстві рівня страхової культури і обізнаності населення, рівня довіри до страхування; а також від можливостей мінімізації витрат, забезпечення своєчасності страхових виплат та достатності формування страхового фонду при застосування тієї чи іншої моделі за фактичного рівня розвитку страхового ринку і економіки країни в цілому [2].

Враховуючи те, що кожна з розглянутих моделей має ряд недоліків, дослідники зауважують, що іноді доцільним є паралельне використання декількох варіантів організації каналів збуту мікрострахових послуг з метою підвищення загальної їх результативності [3].

Висновки. В залежності від економічної і правової природи суб'єкта, який бере на себе основні функції щодо надання мікрострахових послуг, його взаємовідносин з іншими учасниками моделі мікростраховання та характеру делегованих повноважень, в сучасній практиці сформувалося 4 моделі збуту мікрострахових послуг: агентсько-партнерська, кооперативна, централізована та провайдер-орієнтована. На поточному етапі жодна з моделей не забезпечує цілковитого задоволення потреб у мікрострахових продуктах для цільового сегменту споживачів – осіб з низькими доходами, як і не є оптимальною з точки зору досягнення економічної ефективності страхових операцій для установи, яка надає такі послуги. Подальше дослідження можливих підходів до організації збуту мікрострахових послуг має надзвичайно важливе значення для їх удосконалення та поширення практики мікростраховання в країнах з недостатнім розвитком страхового ринку.

Література.

1. Пантелеймоненко А.О. Західноєвропейські товариства взаємного страхування та страхові кооперативи: сутність організації, зміст діяльності і значення / А.О. Пантелеймоненко // Вісник Львівської комерційної академії. – 2011. – № 10. – С. 509-520.
2. Пахненко О.М. Критерії вибору моделі збуту мікрострахових послуг / О.М. Пахненко // Фінансово-економічні проблеми сучасного світу: шляхи і перспективи їх вирішення на мікро-, макро- та мегарівнях. Тези доповідей на III Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів і молодих вчених : 14 лютого 2014 р. – Кременчук : Кременчуцький інститут Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля, 2014. – С. 246-248.
3. Ahsan S. M. Microinsurance: The Choice among Delivery and Regulatory Mechanisms [Electronic resource] / S. M. Ahsan, M. Mahmud // MPRA Paper. – 2011. – Access mode: <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/50286>
4. Chandani T. Microinsurance business models [Electronic resource] / T. Chandani // Primer Series on Insurance; The World Bank. – 2009. – № 3. – Access mode: http://siteresources.worldbank.org/EXTFINANCIALSECTOR/Resources/282884-1242281415644/Microinsurance_Business_Models.pdf
5. Protecting the Poor: A Microinsurance Compendium / Edited by C. Churchill. – Geneva: ILO and Munich Re Foundation, 2006. – 678 p. – ISBN 978-92-1-119254-1.

References.

1. Pantelejmonenko, A.O. (2011), "West European mutual insurers and insurance cooperatives: the essence, content of activities and necessity", *Visnyk Lviv's'koj komertsijnoji akademii*, vol. 10, pp. 509-520.
2. Pakhnenko, O.M. (2014), "Criteria for selecting the model of distribution of microinsurance services", *Tezy dopovidej na III Vseukrains'kij naukovo-praktychnij konferentsii studentiv, aspirantiv i molodykh vchenykh* [Abstracts of the Third National Scientific Conference of Students, PhD Students and Young Scientists], *Finansovo-ekonomichni problemy suchasnoho svitu: shliakhy i perspektyvy ikh vyrishennia na mikro-, makro- ta meharivniakh* [Financial and economic problems of the modern world: prospects and ways of their solution at the micro, macro and mega-levels], Kremenчук Institute, Kremenчук, Ukraine, 14 Feb 2014, pp.246-248.
3. Ahsan, S.M. and Mahmud, M. (2011) "Microinsurance: The Choice among Delivery and Regulatory Mechanisms", *MPRA Paper*, [Online], available at: <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/50286> (Accessed 27 Jul 2014).
4. Chandani, T. (2009) "Microinsurance business models", *Primer Series on Insurance*, [Online], vol . 3, available at: http://siteresources.worldbank.org/EXTFINANCIALSECTOR/Resources/282884-1242281415644/Microinsurance_Business_Models.pdf (Accessed 27 Jul 2014).
5. Churchill, C. (2006), *Protecting the Poor: A Microinsurance Compendium*, Geneva: International Labour Organization and Munich Re Foundation.

Стаття надійшла до редакції 06.08.2014 р.