

## Страхование

### Тема 1. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ СТРАХОВАНИЯ.

#### 1.Объективная необходимость возникновения отрасли страхования.

Объективная необходимость возникновения отрасли страхования обусловлена наличием рисков:

- рисковый характер общественного производства;
- риск ведения дела в отдельном хозяйстве;
- риски в самой жизнедеятельности человека.

Всё это порождает стремление, потребность человека в защите от этих рисков.

Мы всегда хотим предупредить риск, уменьшить, преодолеть последствия непредвиденных обстоятельств, защититься от них, т.е это стремление вызвано объективными обстоятельствами.

Именно эти объективные обстоятельства породили возникновение между людьми определенные отношения, смысл которых был в защите от негативных явлений.

Так возникли страховые отношения – т.е. отношения по поводу защиты от различных рисков.

Страховые отношения – одна из древнейших категорий общественных отношений.

Как историческая категория, страхование отражает определенные отношения, которые возникли и существовали с давних времен. Так, начало страховой деятельности можно найти еще в Кодексе Хаммурапи (около 1800 лет до н.э.) в котором 282 статьи были посвящены фактически страхованию судов, торговых караванов и др.

В эпоху рабовладения существовали соглашения по поводу защиты недвижимого имущества, которые имели черты страхования

В сельскохозяйственном производстве с самых давних времен делались взаимные запасы семенного фонда, фуражного и много др.

Обычаи чумацкой торговли (чумаки ездили с рыбой и солью к берегам Черного и Азовского морей. Они совершали свои путешествия караванами-ватагами, на подводах запряженных волами). Если в пути у чумака падет вол, то на артельные деньги ему покупали другого.

Уже тогда были определены основные признаки страхования – а именно - распределение между заинтересованными участниками риска возможного убытка и использование страхования как защиты от риска, но не как способ обогащения.

Первичное страхование не было самостоятельным видом деятельности, а только дополняло общественное производство. Желание сберечь достигнутый уровень материального достатка, уберечься от внезапных стихийных последствий привело к возникновению идеи возмещения материального ущерба путем солидарной раскладки его между заинтересованными лицами.

Создание денежного или материального резерва эквивалентного собственности очень тяжело и не эффективно для одного собственника. Поэтому возникает идея создания общего денежного или материального резерва капитала.

Жизненный опыт показал, что наступление непредвиденных событий носит случайный и неравномерный характер, как правило число заинтересованных лиц часто бывает больше числа потерпевших. При таких условиях солидарная

раскладка ущерба в значительной мере сглаживается и не является тяжелым бременем для участников страхования.

Самой ранней формой раскладки убытков было натуральное страхование. В ходе развития товарно-денежных отношений страховые взносы стали выплачиваться в денежной форме и возникает возможность взаимного страхования. Страхование становится самостоятельной отраслью.

На протяжении многих столетий страховые отношения развивались.

Появилось понятие страховой взнос. т.е плата страхователем за обещание компенсировать ущерб.

Появилось понятие страховой фонд, созданный непосредственно за счет взносов страхователей.

А вот в качестве коммерческого понятия страхование сформировалось в 18 ст., когда предприниматель–страховщик начал вести своё дело для получения прибыли.

Это были первые страховые компании.

Увеличивалось количество рисков которые брались на страхование : от огня, от кражи, от несчастных случаев, страхование животных и т.д.

Итак, что же мы сами должны понимать под понятием страхование.

**Страхование – это способ возмещения убытков, которые потерпело физическое или юридическое лицо, посредством их распределения между многими лицами (страховой совокупностью).**

**Возмещение убытков производится из средств страхового фонда, который находится в ведении страховой организации (страховщика).**

Объективная необходимость в страховании обуславливается тем, что убытки подчас возникают вследствие разрушительных факторов, вообще не подконтрольных человеку, во всяком случае не влекут чьей–либо правовой ответственности. В подобной ситуации бывает невозможно взыскивать убытки с кого бы то ни было, и они оседают в имущественной сфере самого потерпевшего. Заранее созданный страховой фонд может быть источником возмещения ущерба.

В условиях современного общества страхование превратилось в общий универсальный способ страховой защиты всех форм собственности, доходов и других интересов предприятий, организаций и граждан.

## **2.Сущность экономической категории страхования и страховой защиты.**

**Итак экономическую категорию страхования характеризуют следующие признаки:**

**1 -наличие страхового риска (и критерии его оценки)**

**2 -формирование страхового сообщества из числа страхователей и страховщиков**

**3 -формирование страхового фонда за счет взносов его участников**

**4 -замкнутая раскладка ущерба и перераспределение ущерба в пространстве и во времени**

## **5 -самоокупаемость страховой деятельности и получение прибыли страховщиком**

Исходя из этих признаков мы можем дать определение страхованию как экономической категории:

**Как экономическая категория страхование представляет систему экономических отношений, включающую совокупность форм и методов формирования целевых фондов денежных средств и их использование на возмещение ущерба при различных непредвиденных неблагоприятных явлениях (рисках), а также на оказание помощи гражданам при наступлении определенных событий в их жизни.**

Далее мы рассмотрим, что такое **страховая защита как экономическая категория и дадим определение**

Экономическую категорию страховой защиты характеризуют следующие признаки:

- Случайный характер наступления стихийных бедствий или других разрушающих сил
- выражение убытка в натуральной или денежной форме
- объективная необходимость возмещения убытка
- реализация мер по предупреждению и преодолению последствий конкретных событий.

Итак Сущность экономической категории страховой защиты состоит в защитных мерах при наступлении страховых рисков.

Рисками называют различные непредвиденные обстоятельства.

**А страховая защита – (в широком смысле) – это совокупность специфических распределительных и перераспределительных отношений, связанных с преодолением и возмещением убытков, нанесенных материальному производству и жизненному уровню.**

**А в узком смысле – это совокупность перераспределительных отношений по поводу распределения и возмещения ущерба, нанесенного конкретному объекту.**

В научной литературе существует большое количество определений страхования как экономической категории.

### **3.Страховые фонды, как материальная основа страховой защиты.**

**Материальным воплощением страховой защиты служит страховой фонд.**

Исторически первой организационной формой материального воплощения страховой защиты был натуральный страховой фонд.

Новое качество страховой фонд получил в связи с выделением из товарного обращения специфического товара – деньги.

Появление денег освободило страховой фонд от массы технических неудобств, связанных с его натурально-вещественным содержанием.

Благодаря денежной форме страховой фонд стал гибким и применимым не только во внутриотраслевом обороте, но и в межотраслевом.

И в настоящее время страховой фонд является обязательным элементом общественного воспроизводства.

Он создается в форме резерва материальных и денежных ресурсов, которые покрывают ущербы от стихийных бедствий, техногенных факторов, различных случайностей, человеческих ошибок и катастрофах.

Как же и за счет чего формируются страховые фонды?

Существуют разные теории и взгляды, а также практический опыт –

Как должны формироваться страховые фонды.

Теоретические подходы к формированию СФ.

1. В Капитале К.Маркс говорит о том, что источником формирования страхового фонда служит прибавочная стоимость и страховой фонд нельзя отнести ни к фонду накопления ни к фонду потребления. А чем он является на самом деле зависит от случайности.

2. В ряде стран это положение трансформировалось в теоретическое обоснование того, что расходы на страхование должны относиться на прибыль, остающуюся в распоряжении предприятия после уплаты налогов.

3. На рубеже 19-20 вв. немецкий ученый Адольф Вагнер сформулировал амортизационную теорию страхового фонда – источником формирования СФ являются издержки производства, т.е. страховой фонд создается путем постепенного перехода части стоимости средств производства на готовый продукт. (сейчас в с/х страховые взносы относят на себестоимость продукции)

Итак организация страхового фонда может быть различной и может меняться в зависимости от изменений условий общественного производства.

### **Организационные формы СФ.**

Общественная практика выработала ряд организационных форм страхового фонда:

- 1. централизованный страховой (резервный) фонд
- 2. фонд самострахования
- 3. страховой фонд страховщика

#### **1. Централизованный страховой (резервный) фонд.**

Образуется за счет общегосударственных ресурсов.

Назначение этого фонда - возмещение ущерба и устранение последствий стихийных бедствий и крупных аварий, повлекших крупные разрушения и большие человеческие жертвы, защита окружающей среды, проблемы обеспечения безопасности производства.

Этот фонд формируется как в натуральной, так и денежной форме.

В натуральной он представляет собой постоянно возобновляемые запасы продукции, материалов, сырья, оплива продовольствия по определенной номенклатуре, оторые размещены на специальных базах, - это государственная тайна, специальные расчеты.

**Централизованный страховой фонд в денежной форме – это централизованные государственные финансовые резервы, являющиеся достоянием государства.**

**Прерогатива распоряжаться ими принадлежит правительству.**

## **2. Фонд самострахования.**

**Это децентрализованный, организационно-обособленный фонд преимущественно в виде натуральных запасов хозяйствующего субъекта. Однако возможна и денежная форма самострахования.**

**Этот фонд предназначен для преодоления временных затруднений в процессе производства.**

**Например, в аграрном секторе экономики с помощью механизма самострахования образуются семенной, фуражный и др. натуральные фонды**

В сегодняшних нестабильных условиях при отсутствии планирования, колебаниях цен, привязанности к твердой валюте, условий получения банковских ссуд и системе налогообложения – этот фонд приобретает огромное значение и трансформируется в фонд риска.

Каждое предприятие, фирма, акционерное общество создают из своих средств этот фонд для обеспечения своей производственной деятельности.

## **3. Страховой фонд страховщика.**

Создается за счет большого круга его участников. Это предприятия, учреждения, организации и отдельные граждане. Участники этого фонда (пайщики и пользователи) выступают в качестве страхователей.

Формирование этого фонда происходит только в децентрализованном порядке, поскольку страховые взносы каждым участником (страхователем) уплачиваются обособленно.

В современных условиях этот фонд имеет только денежную форму.

Этот фонд очень эффективен - убытки в данном случае раскладываются на всех участников фонда, происходит значительное перераспределение средств, что приводит к большой маневренности и оборачиваемости.

Итак, страховой фонд страховщика, его общественный характер требуют и общественного характера его управления, т.е. возникает необходимость организовать страховые отношения между участниками фонда через страховые учреждения (общества, компании)

И каждое страховое учреждение, которому передается управление фондами призвано решать задачи страховых интересов, а для этого должно располагать необходимыми материальными, финансовыми и людскими ресурсами для выполнения этих задач.

А для установления взаимоотношений между страховщиками, страхователями и страховыми посредниками должны быть приняты определенные правила.

Эти правила устанавливаются и санкционируются государством.

Они составляют страховое право - Закон “О страховании”.

#### **4. Принципы страхования.**

В теории страхования нет единого мнения по поводу количества и качественных характеристик принципов страхования.

**Наиболее часто приводятся следующие принципы страхования:**

**-свободный выбор страховщика и вида добровольного страхования (касается только добровольных видов страхования)**

**-соблюдение обязанностей сторон**

**-возмещение в пределах реальных убытков, т.е. страхование, как способ организации страховой защиты, не может быть средством обогащения**

**Франшиза, как принцип страхования, предполагает наличие определенной договором страхования части убытков, которые не подлежат возмещению страховщиком, а остаются на ответственности страхователя, т.е. франшиза является способом распределения риска на уровне страховой ответственности. Таким образом сочетается использование двух организационных форм страховых фондов – страховщика и самострахования. Кроме этого усиливается принцип страхового интереса.**

**Суброгация, как принцип страхования, предполагает передачу права страховщику на возврат суммы страхового возмещения с виновных лиц в пределах выплаченных сумм страхового возмещения. Этот принцип также усиливает принцип страхового интереса. Реализация принципа суброгации усиливает финансовую устойчивость страховой компании.**

**Контрибуция, как принцип страхования, дает право страховщику обратиться к другим страховщикам, которые по договорам страхования несут ответственность перед одним и тем же страхователем с предложением разделить затраты на возмещение убытков.**

**Диверсификация, как принцип страхования, предполагает расширение деятельности страховщика за пределы основного бизнеса (страхового).**

#### **5. Функции страхования.**

Содержание любой экономической категории раскрывается в её функциях.

Именно функции отражают предназначение данной категории, выражают то главное и специфичное, что для данной категории характерно.

**Итак страхование осуществляется через функции:**

**Аккумулялирующая. Формирование специализированных страховых фондов. Эти фонды как мы уже говорили,могут формироваться как в обязательном, так и добровольном порядке из разных источников,исходя из экономической и социальной обстановки.**

**Рисковая** - возмещение материального ущерба и личное материальное обеспечение граждан. Порядок возмещения ущерба определяется страховыми компаниями исходя из условий договора страхования.

**Предупредительная** - т.е. предупреждение страхового случая и минимизация ущерба. Эта функция предполагает широкий комплекс мер, финансирование мероприятий по недопущению или уменьшению негативных последствий несчастных случаев, стихийных бедствий и т.д.

Сюда же относится правовое воздействие на страхователя, закрепленное в условиях договора и ориентированное на его бережное отношение к застрахованному имуществу, чему способствует франшиза.

Меры страховщика по предупреждению страхового случая и минимизации ущерба носят название – превенции, превентивные меры.

В целях реализации этой функции страховщик образует особый денежный фонд предупредительных мероприятий. Источником формирования этого фонда служат отчисления от страховых платежей страхователя.

**4.Инвестиционная** - предполагает вложение временно свободных средств страховщика в объекты предпринимательской деятельности с целью получения прибыли.

**5.Сберегательная** –позволяет накопить страхователю за счет страховых взносов определенную страховую сумму при условии отсутствия страхового случая во время действия договора.Данная функция присуща личному страхованию.

**6.Контрольная** - предполагает контроль со стороны государственных органов за целевым использованием страховых фондов.(Укрстрахнадзор)

**Тема 2:основные понятия и термины страхования.**

1. Значение страховой терминологии.
2. Понятия и термины, которые связаны с общими условиями страхования.
3. Термины, связанные с формированием страховых фондов.
4. Термины, связанные с использованием страховых фондов.
5. Термины, связанные с функционированием международного страхового рынка

### 1. Значение страховой терминологии.

**Что такое страховая терминология?**

**Это совокупность понятий и терминов, применяемых в страховании.**

Свободное владение страховой терминологией и умение широко применять её на практике – один из главных критериев высокой профессиональной квалификации специалиста в области страхования.

В соответствии с содержанием, страховые отношения можно разделить на 4 группы. Соответственно им подразделяется страховая терминология:

- 1- страховые термины, определяющие участников страхового процесса.
- 2- Термины, связанные с формированием страхового фонда
- 3- Термины, связанные с расходованием страхового фонда.
- 4- Термины, связанные с функционированием страхового рынка.

## **2. Понятия и термины, связанные с общими условиями страхования.**

**1. Страховщики** – финансовые учреждения, созданные в форме акционерных, полных, командитных обществ или обществ с дополнительной ответственностью согласно Закону Украины «О хозяйственных обществах» с учетом особенностей, предусмотренных этим законом, а также получившие в установленном порядке лицензию на осуществление страховой деятельности.

**Предметом непосредственной деятельности страховщика могут быть лишь:**

**-страхование**

**-перестрахование**

**-финансовая деятельность, связанная с формированием, размещением страховых резервов и их управлением.**  
(ст.2 Закона Украины «О страховании»).

**2.Страхователь** - юридические лица и дееспособные граждане, заключившие со страховщиками договоры страхования или являющиеся страхователями в соответствии с законодательством Украины (ст.3 Закона Украины «О страховании»)

**3.Застрахованный** – физическое лицо, жизнь, здоровье и трудоспособность которого выступают объектом страховой защиты. Застрахованным является физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования. На практике застрахованный может быть одновременно страхователем, если уплачивает денежные (страховые) взносы самостоятельно.

**4.Выгодоприобретатель** – завещательное лицо, получатель страховой суммы после смерти завещателя. Назначается страхователем на случай его смерти в результате страхового случая. Фиксируется в страховом полисе.

**5.Объектами страхования могут быть имущественные интересы, связанные:**

- с жизнью, здоровьем, трудоспособностью и дополнительной пенсией страхователя или застрахованного лица – в личном страховании.
- с владением, пользованием и распоряжением имуществом – в имущественном страховании.
- с возмещением страхователем причиненного им ущерба лицу или его имуществу, а также ущерба, нанесенного юридическому лицу – в страховании ответственности. (ст.4 Закона Украины )

**6.Договор страхования** – это письменное соглашение между страхователем и страховщиком, согласно которому страховщик берет на себя обязательства при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату страхователю или другому лицу, определенному в договоре страхования страхователем, в пользу которого заключен договор страхования, а страхователь обязуется уплачивать страховые платежи в определенные сроки и выполнять другие условия договора.

**7. Страховые агенты** – граждане или юридические лица, действующие от имени и по поручению страховщика и выполняющие часть его страховой деятельности, а именно: заключают договоры страхования, получают страховые платежи, выполняют работы, связанные с осуществлением страховых выплат и страховых возмещений.

Страховые агенты являются представителями страховщика и действуют в его интересах за вознаграждение на основании договора поручения со страховщиком.

**8. Страховые брокеры** – юридические лица или граждане, зарегистрированные в установленном порядке как субъекты предпринимательской деятельности и осуществляющие за вознаграждение посредническую деятельность в страховании от своего имени на основании брокерского соглашения с лицом, имеющим потребность в страховании как страхователь.

**9. Перестраховые брокеры** – юридические лица, осуществляющие за вознаграждение посредническую деятельность в перестраховании от своего имени на основании брокерского соглашения со страховщиком, имеющим потребность в перестраховании как перестрахователя.

**10. Страховое поле** - максимальное количество объектов, которые можно застраховать на добровольных началах.

**11. Страховой портфель** – фактическое количество застрахованных объектов или число договоров страхования.

### **3. Термины, связанные с процессом формирования страхового фонда.**

**1. Страховой интерес** - мера материальной заинтересованности физического или юридического лица в страховании.

Носителями страхового интереса выступают страхователи и застрахованные.

Страховой интерес конкретизируется в страховой сумме.

**2. Страховая сумма** – денежная сумма, в пределах которой страховщик в соответствии с условиями страхования обязан произвести выплату при наступлении страхового случая. (ст.9 Закона Украины «О страховании»)

**3. Страховая стоимость** – действительная стоимости застрахованного имущества на момент заключения договора страхования.

**4. Страховое обеспечение** – уровень страховой суммы по отношению к стоимости имущества, принятого на страхование.

Существуют несколько систем страхового обеспечения.

**5. Франшиза** – часть убытков, не возмещаемая страховщиком согласно договору страхования. (ст.9)

**6.Страховой тариф** - ставка страхового взноса с единицы страховой суммы за определенный период страхования.

**7.Страховой платеж ( страховой взнос, страховая премия)** – плата за страхование, которую страхователь обязан внести страховщику согласно с условиями договора страхования.

#### **4. Термины, связанные с расходованием средств страхового фонда.**

**1.Страховой риск** – определенное событие, на случай которого проводится страхование и которое имеет признаки вероятности и случайности наступления.

Перечень страховых рисков составляет объем страховой ответственности.

При значительных крупных рисках применяется механизм перестрахования или сострахования – это страхование одним страховщиком другого страховщика.

**2.Страховое событие** - потенциально возможное причинение ущерба объекту страхования.

**3.Страховой случай** – фактически произошедшее страховое событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

**4.Страховой акт** – документ или группа документов, оформленных в установленном порядке, подтверждающих факт наступления страхового случая.

На основании акта производится выплата или отказ от выплаты страхового возмещения.

Основанием для составления страхового акта служит письменное заявление страхователя страховщику. Оно называется – заявленной претензией.

**5.Страховой ущерб** – стоимость полностью погибшего или частично поврежденного имущества по страховой оценке Исходя из суммы страхового ущерба определяется сумма страхового возмещения.

**6.Страховая выплата или страховое возмещение** – денежная сумма, выплачиваемая страховщиком в соответствии с условиями договора страхования при наступлении страхового случая.(ст.9)

**7.Страховая ответственность (страховое покрытие)** – обязанность страховщика выплатить страховое возмещение при наступлении страховых случаев.

**Объем страховой ответственности** – это перечень рисков, по которым выплачивается страховое возмещение

**8.Срок страхования** – период времени, в течение которого действует договор страхования.

#### **4.Международная терминология страхования.**

1. **Актuariй** – лицензированный специалист, профессионально занимающийся расчетом страховых тарифов.
2. **Актuariйные расчеты** – система математических и статистических методов расчета страховых тарифов.
3. **Андеррайтер** – высококвалифицированный специалист в области страхового бизнеса, имеющий властные полномочия от руководства страховой компании принимать на страхование предложенные риски, определять тарифные ставки и конкретные условия договора страхования этих рисков исходя из норм страхового права и экономической целесообразности. Он может выполнять функции сюрвейера.

4. **Сюрвейер** – эксперт страховщика, осуществляющий осмотр имущества, принимаемого на страхование.

По заключению сюрвейера страховщик принимает решение о заключении договора страхования. В качестве сюрвейера могут выступать классификационные общества, специализированные фирмы. Они взаимодействуют со страховщиком на договорной основе.

Сюрвейер осматривает имущество до момента заключения договора страхования

**5.Аварийный комиссар или аджастер** - уполномоченное физическое или юридическое лицо страховщика. Занимается установлением причин, характера и размера убытков. По результатам проведенной работы аварийный комиссар составляет аварийный сертификат.

**6.Асистанс** – перечень услуг (в рамках договора страхования), которые предоставляются в необходимый момент в качестве медицинской, технической или финансовой помощи страхователю.

Асистанс преимущественно ориентирован на акции сознательного или гуманитарного характера, обеспечивающие безопасность путешественников при поездках за рубеж (в случае болезни, несчастного случая и тд.), предоставляя услуги врачей, санитаров, госпитализацию, санитарный транспорт. Имеется ряд специализированных компаний асистанса, тесно взаимодействующих со страховыми компаниями.

**7.Абандон** – отказ страхователя от своих прав на застрахованное имущество (судно, груз и др.) в пользу страховщика с целью получения от него полной страховой суммы.

**8.Аддендум** – письменное дополнение к ранее заключенному договору страхования и перестрахования, в котором содержатся согласованные между сторонами изменения ранее оговоренных условий.

**9.Аннуитет** – соглашение или контракт со страховой компанией, по которому физическое лицо, уплатив страховщику определенную сумму денег, приобретает право на регулярно поступающие суммы ,начиная с определенного времени, например, выхода на пенсию.в течение нескольких лет или пожизненно.

**10.Бордеро** – документально оформленный перечень рисков принятых на страхование и подлежащих перестрахованию, содержит их подробную характеристику.

**11.Биндер** – в зарубежной практике страхования, временная (переходная) форма соглашения между страхователем и страховщиком, закрепляющая волеизъявления сторон в отношении предстоящего заключения договора страхования.

Биндер используется в качестве инструмента регулирования страховых правоотношений до момента составления и согласования договора страхования, после чего подлежит замене на страховой полис.

**12.Банкассюранс** – страховая деятельность коммерческого банка.

Выражается во вторжении коммерческих банков в сферу страхования через приобретение уже функционирующих страховых компаний или, если это разрешено национальным законодательством, организацию системы продаж страховых полисов с использованием разветвленной сети банковской инфраструктуры-отделений, филиалов.

**13.Дисклоуз** - общепринятая в зарубежной практике норма страхового права,предусматривающая обязанность страхователя немедленно поставить в известность страховщика о любых фактах (рисковых обстоятельствах) характеризующих объект страхования,которые имеют существенное значение для суждения об изменении степени риска, принятого на страхование.

**14.Диспашер** – специалист в области международного морского права, составляющий расчеты по распределению расходов по общей аварии между судном, грузом и фрахтом, т.е.-диспашу.

Диспашер, как правило назначается судовладельцем.

**15.Зеленая карта** – система международных договоров об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев средств автотранспорта. Получила название по цвету и форме страхового полиса. Основана в 1949г.

**16.Риторно** – удержание страховщиком части ранее оплаченной страхователем премии при расторжении договора страхования без уважительной причины.

**17.Шомаж** - страхование потери прибыли и других финансовых потерь, связанных с приостановкой производства в результате наступления страхового случая.

### Тема 3 : классификация страховой деятельности.

1. Понятие классификации, её научное и практическое значение.
2. Критерии, положенные в основу классификации страховой деятельности.
3. Классификация страховой деятельности, согласно критериям.

#### 1. Понятие классификации, её научное и практическое значение.

Страхование имеет дело с массовыми явлениями в отношении которых организуется страховая защита.

**Для упорядочения страховой деятельности необходима единая и взаимосвязанная система – т.е. классификация.**

Классификация представляет собой научную систему деления страхования на сферы деятельности, отрасли, подотрасли и виды; звенья которых располагаются так, что каждое последующее звено является частью предыдущего.

Целью классификации является распределение всей совокупности страховых отношений на иерархические взаимосвязанные звенья.

В современных условиях на Украине нет единого подхода и четко определенной классификации страховой деятельности.

#### 2. Критерии, положенные в основу классификации страховой деятельности.

Обобщая мировой опыт и отечественную практику, можно определить такие критерии классификации страхования:

- По объектам страхования
- По объему страховой ответственности
- По сфера деятельности страховых компаний
- По форме страхования.

#### 3. Классификация страховой деятельности согласно критериям.

А) В законодательстве Украины по объектам страхования выделено три Отрасли:

##### Классификация по объектам страхования



отрасли, подотрасли, виды, подвиды и т.д.

Б) Классификация по объему страховой ответственности:

- полное
- частичное (см. таблицу в конце)

**В) классификация по сфере деятельности страховщика:**

- страхование жизни
- рисковое страхование

Законодательством Украины, как и в большинстве стран, предусмотрено, что компании которые получили лицензию на страхование жизни не могут заниматься другими видами страхования, т.к. финансовое обеспечение и управление страховой компанией которая занимается страхованием жизни, отличается от финансового управления компанией, которая проводит другие виды страхования

**г) Классификация по формам страхования:**

- добровольное
- обязательное

**По способу вовлечения в страхование существуют две его организационные формы: обязательное и добровольное.** Инициатором обязательного страхования является государство, которое в форме закона обязывает юридических и физических лиц вносить средства для обеспечения общественных интересов. Что является обязательным, перечислено в Законе Украины.

**Добровольное страхование - осуществляется только на основе добровольно заключаемого договора между страхователем и страховщиком.**

**Обязательное страхование базируется на следующих принципах:**

- обязательность устанавливается законом-
- всеобщий охват указанных в законе субъектов
- автоматичность распространения обязательного страхования на объекты, указанные в законе
- действие независимо от внесения страховых платежей
- бессрочность
- нормирование страхового обеспечения по обязательному страхованию

**добровольное страхование базируется на принципах:**

- действие на основании составленного договора
- выборочный охват объектов
- добровольное участие в страховании
- договор страхования вступает в силу после внесения страховых платежей
- всегда ограничивается сроком страхования
- страховое обеспечение зависит от желания страхователя.

**Итак, классификация страхования выражает отличия в страховщиках, сферах их деятельности, объектах страхования, категориях страхователей, объеме страховой ответственности, форме проведения страхования.**



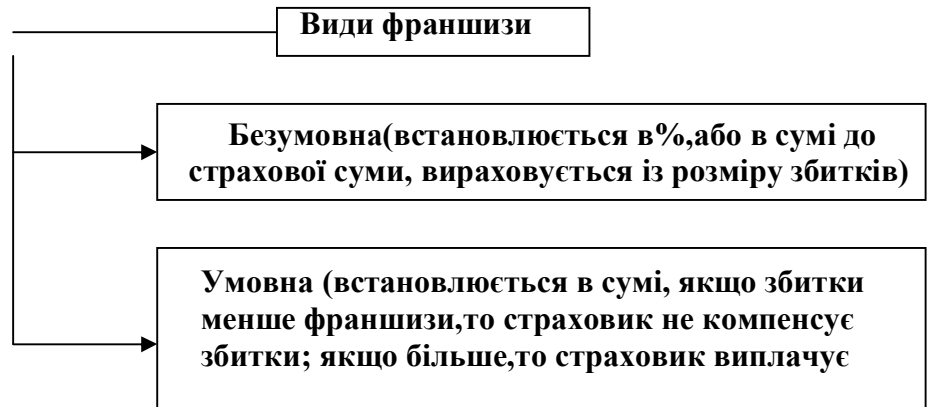
$S_v$  –страхове відшкодування

$C_y$  – страховий збиток

$C_s$ -страхова сума

$C$  – вартість майна відповідного виду

**Франшиза** –це принцип страхування,що показує звільнення страховика від частини покриття збитків.



**Система дійсної вартості.** Сума страхового відшкодування  $S_B$  визначається за дійсною страховою вартістю майна  $W_0$  на дату підписання договору страхування. Страхове відшкодування дорівнює розміру застрахованого збитку  $U_C$ , що дорівнює лише прямому ( $U_C = U_n$ ) або прямому плюс сума непрямих ( $U_C = U_n + U_k$ ) збитків, за відрахуванням установленної франшизи. [Подвійне страхування](#) (або дострахування) неможливе.

*Приклад 1.* Вартість об'єкта страхування і страхова сума дорівнюють 2 тис. грн. Безумовна франшиза – 5%, або 100 грн. У результаті стихійного лиха майно ушкоджене, і збиток складає 1500 грн. Розмір страхового відшкодування  $1500 - 100 = 1400$  грн.

**Система першого ризику** визначає розмір, що покриває шкоду у межах страхової суми. Страхове відшкодування виплачується у розмірі шкоди, але виплата не може перевищувати встановлену страхову суму. Компенсується вся шкода у межах страхової суми. “Другий ризик” (тобто шкода, що перевищує страхову суму) не відшкодовується взагалі. Подвійне страхування (дострахування) неможливе.

*Приклад 2.* Житловий будинок застрахований за системою першого ризику на страхову суму 10 тис. грн. Шкода, заподіяна будинку пожежею і засобами пожежогасіння, складає 15 тис. грн. Страхове відшкодування при вогневому страхуванні виплачується у сумі 10 тис. грн.

**Система пропорційної відповідальності** визначає виплату страхового відшкодування пропорційно коефіцієнту покриття збитків через неповне страхування вартості об'єкта. Страхова сума встановлюється в обсязі, що не перевищує дійсну реальну вартість об'єкта. Коефіцієнт  $K_n$  покриття збитків страховиком дорівнює відношенню страхової суми  $S_0$  до страхової вартості об'єкта  $W_0$ , а страхове відшкодування визначається за формулою

$$S_B = U_C \cdot K_n = U_C \cdot S_0 / W_0 ,$$

де  $U_C$  – фактичний обсяг застрахованого збитку. За такою системою страхувальник самий бере участь у відшкодуванні своїх збитків у частині, пропорційній розміру  $(1 - S_0 / W_0)$ . Чим менше ступінь страхового відшкодування, тим більша частина збитку залишається на відповідальності самого страхувальника. (див. ст. 9 Закону України “Про страхування”).

Для системи пропорційної відповідальності можливе одночасне дострахування об'єкта від тих самих ризиків до загальної страхової суми, при якій сумарний коефіцієнт покриття збитків дорівнюватиме  $K_n = 1$ .

*Приклад 3.* Вартість об'єкта страхування 2400 грн.; страхова сума 1200 грн. Збиток у результаті ушкодження об'єкта склав 400 грн. У цьому випадку страхове відшкодування складає  $400 \cdot (1200 : 2400) = 200$  грн.

**Система відбудовної вартості** означає, що сума страхового відшкодування дорівнює ціні нового майна відповідного виду чи вартості робіт із відновлення визначеного майна до попереднього стану. Знос майна, що має місце від початку дії договору страхування до настання страхового випадку, може не враховуватися. Страхування за системою відбудовної вартості відповідає принципу повноти страхового захисту.

**Система дробної частини** повинна встановлювати дві страхові суми: власне страхову суму  $S_0$  і показану вартість  $S_n$ . За показаною вартістю страхувальник звичайно одержує покриття ризику, що виражається натуральним дробом або у

відсотках. Відповідальність страховика обмежена розмірами дробної частини, тому страхова сума буде менше за показану вартість та її дробну частину. Страхове відшкодування дорівнює шкоді, але не може бути вище за страхову суму. У випадку, коли показана вартість дорівнює дійсній вартості об'єкта, страхування за системою "дробної частини" відповідає страхуванню за системою першого ризику. Якщо показана вартість менше за дійсну, то страхове відшкодування розраховується за формулою

$$S_B = U_C \cdot S_n / W_o.$$

*Приклад 4. Вартість застрахованого вантажу – 2 тис. грн., дійсна вартість 4 тис. грн. Внаслідок крадіжки збиток 3 тис. грн. Страхове відшкодування  $3000 \cdot (2000 : 4000) = 1500$  грн.*

**Система граничної відповідальності** припускає наявність заздалегідь визначеної межі виплачуваної суми страхового відшкодування у вигляді коефіцієнта покриття шкоди  $K_n$ . Розмір шкоди, що відшкодовується, визначається як добуток установленого  $K_n$  на різницю між заздалегідь визначеною межею і реально досягнутим (отриманим) страхувальником рівнем прибутку. Якщо внаслідок настання страхового випадку рівень реального прибутку страхувальника буде менше за визначену межу, то повинна відшкодовуватися різниця між межею і фактично отриманим прибутком. Система граничної відповідальності використовується при страхуванні сільськогосподарських ризиків неотримання запланованого врожаю, приплоду молодняка і т.п., ризиків реалізації інвестиційних проектів.

*Приклад 5. Середній прибуток від впровадження інвестицій у 500 тис. грн запланований у розмірі 45%. Фактично отриманий прибуток склав 37%. Коефіцієнт покриття  $K_n = 75\%$ . Знайти суму страхового відшкодування. Знаходимо суму збитку  $U_C$ :*

$$U_C = 500000 [(45\% - 37\%) : 100\%] = 0,08 \cdot 500000 = 40000 \text{ грн.}$$

*Страхове відшкодування складає  $S_B = 40000 \cdot 0,75 = 30000$  грн.*

#### Тема 4 : страховый рынок.

**1.Понятие страхового рынка. Объективные законы функционирования страхового рынка.**

**2. Классификация страхового рынка.**

**3.Субъекты страхового рынка.**

**4.Государственное регулирование страховой деятельностью.**

**5.Основные тенденции, действующие на страховом рынке.**

**Страховий ринок** – це особливі соціально-економічне середовище і сфера економічних відношень, де об'єктом купівлі-продажу (товаром) є страхова послуга, формуються попит і пропозиція на неї. У територіальному аспекті можна виділити:

- 1) внутрішній (місцевий) страховий ринок;
- 2) національний (зовнішній) страховий ринок;
- 3) міжнародний (світовий) страховий ринок.

**Внутрішній страховий ринок** – місцевий ринок, де є безпосередній попит на страхові послуги з боку клієнтів, що може бути задоволений конкретними страховиками.

**Національний** (зовнішній) страховий ринок – той ринок, який перебуває у межах певної держави, охоплює декілька внутрішніх ринків і до структури якого належать багато страхових компаній, котрі діють як у межах держави, так і за кордоном.

**Міжнародний** (світовий) страховий ринок – це пропозиція і попит на страхові послуги у масштабах світового співтовариства.

За галузевою (видовою) ознакою виділяють ринки:

- 1) особистого страхування;
- 2) майнового страхування;
- 3) страхування відповідальності;
- 4) страхування економічних ризиків;
- 5) перестраховування.

Кожний із видових ринків можна поділити на відособлені сегменти: ринок страхування від нещасних випадків, вантажів і т.д.

Метою діяльності за умов ринкової економіки є одержання прибутку. При цьому об'єктивна наявність конкуренції, економічною основою якої є розходження в обсязі витрат різних страховиків на реалізацію однакової страхової послуги (її собівартості). Особливістю ціноутворення у страхуванні є той факт, що ціна страхової послуги складається з:

- 1) коштів, що використовуються для формування страхового фонду для відшкодування збитків страхувальників після настання страхових випадків;
- 2) коштів, що потрібні для реалізації страхової послуги;
- 3) коштів, що формують прибуток страховика.

Закон вартості, діючи у ринковій економіці, проявляється у наявності на страховому ринку послуги за ціною, що сформована на основі співвідношення попиту і пропозиції. Очевидно, що ринкова ціна на страхову послугу повинна бути однаковою для всіх страховиків, діючих на цьому ринку. Тому для завоювання ринку, забезпечення незалежності від конкурентів і збільшення прибутковості страхової діяльності потрібне зниження рівня індивідуальної вартості страхової послуги конкретного страховика щодо її ринкової вартості.

**Комплексний страховий ринок** - страховий ринок, об'єднаний системою соціально-економічних зв'язків в одне ціле з необмеженою кількістю інших ринків, що вільно існують і розвиваються у заданих політико-економічних рамках (у конкретній країні) на основі законів ринкової економіки. Розглянемо Рис. 3.1. Модель комплексного страхового ринку

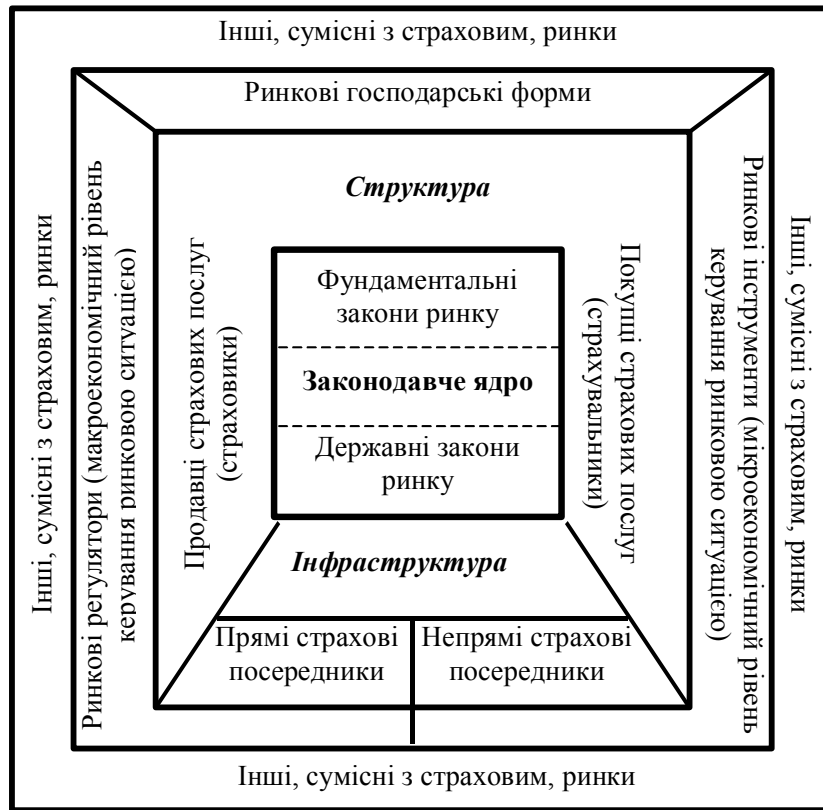


Рис. 3.1. Модель комплексного страхового ринку

Комплексний страховий ринок складається з наступних компонентів:

- 1) законодавче ядро (система державного регулювання) ринку;
- 2) структура й інфраструктура ринку;
- 3) ринкові господарські форми, призначені для керування процесами на ринку;
- 4) система взаємозв'язків з іншими вільними ринками, що розвиваються у цій країні спільно або паралельно з страховим ринком, створюючи комплексний страховий ринок.

### **Законодавче ядро страхового ринку**

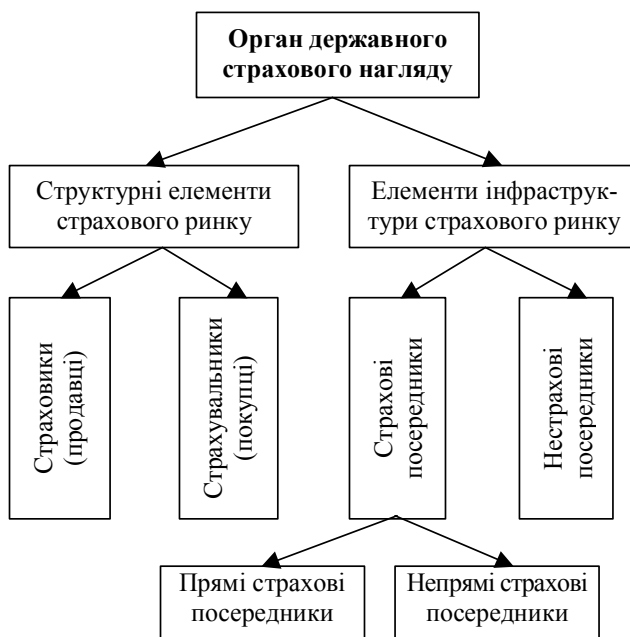
Законодавче ядро складається з фундаментальних ринкових законів (ФЗР), що є загальними для всіх країн, і ринкового законодавства цієї держави (ДЗР), що відбиває специфіку реалізації ФЗР на конкретному соціально-економічному етапі розвитку країни. Незважаючи на те, що удосконалення ДЗР провадиться шляхом

досягнення як можна більш повного відбитку у ДЗР фундаментальних ринкових законів, між цими двома складовими завжди є певна межа. Властивості цієї межі визначаються станом соціальної психології суспільства.

### Структура страхового ринку

Страховий ринок має складну структуру. Структурні елементи й елементи інфраструктури подані на рис.3.2, а функціональні зв'язки між ними зображені на рис.3.3.

**Структура** страхового ринку складається з двох основних елементів (секторів) – страховика, що є продавцем страхової послуги, і страхувальника – покупця цієї послуги. В інституціональному аспекті структура ринку визначається акціонерними, корпоративними, приватними і державними страховими компаніями. Саме ці суб'єкти формують і використовують страхові фонди, саме в їхній діяльності реалізуються і зав'язуються нові економічні відносини, переплітаються особисті, корпоративні (колективні) і державні інтереси.



**Страхова компанія** – юридична особа, що складає і забезпечує функціонування страхового фонду, здійснює укладання договорів страхування та їхнє обслуговування. Страховій компанії притаманні організаційна єдність і економіко-правова відособленість. Економічна відособленість страхової компанії полягає у повній господарській самостійності обороту її ресурсів. Страхова компанія функціонує як самостійний суб'єкт, що господарює, і є “вмонтованою” у певну систему цивільно-правових відносин. Страхова компанія будує свої відносини з іншими суб'єктами на договірній основі.

Рис 3.2. Загальна структура страхового ринку

Страхові компанії класифікуються таким чином:

1. За формою власності – на приватні і публічно-правові, акціонерні (корпоративні), товариства взаємного страхування та державні.
2. За характером виконуваних операцій – на спеціалізовані (особисте або майнове страхування), універсальні і перестраховувальні. У деяких закордонних країнах діяльність універсальних страхових компаній заборонена. На практиці спостерігається тенденція до ліквідації вузької спеціалізації у страховій діяльності.
3. За територією роботи – на місцеві, регіональні, національні і міжнародні.
4. За розміром статутного капіталу й обсягом надходження страхових платежів, за іншими організаційно-економічними показниками – на значні, середні і дрібні.

**Акціонерне страхове товариство** – основна форма організації страховика (страхового фонду) на основі централізації коштів за допомогою продажу акцій. Акціонерне страхове товариство – юридична особа, що має свій статут, де визначені цілі і задачі товариства, види діяльності, розмір статутного фонду, порядок керування ним.

Акціонерне страхове товариство може містити, крім головної компанії, окремі підрозділи, різноманітні за рівнем самостійності і здійснюваними операціями.

**Філія (відділення)** страхової компанії є відособленим підрозділом страховика без права юридичної особи. Здійснює свою діяльність в межах ліцензій, отриманих страховиком, на підставі положення, затвердженого його вищим органом. Має відокремлений баланс, а підсумкові результати роботи філії (відділення) відбиваються в консолідованому балансі страховика. (див. Положення КМУ від 12 березня 1994р.)

**Представництво** страхової компанії також є неюридичною особою, а підрозділом страховика, але не має права займатися страховою і будь-якою підприємницькою діяльністю. Представництво виконує функції сприяння страховику і здійсненню його статутної діяльності, виступає від його імені і фінансується останнім (див. Положення КМУ від 12 березня 1994р.).

**Агентству** страховика дозволено виконувати всі функції представництва і страхові операції (укладання й обслуговування договорів тощо) в межах агентської угоди з страховиком.

У деяких країнах із ринковою економікою філії страхового товариства є юридичними особами, а представництва, агентства і відділення такої самостійності не мають.

**Товариство взаємного страхування (ТВС)** – особлива форма організації страхового фонду на основі централізації коштів за допомогою пайової участі його учасників. Учасник ТВС одночасно виступає як страховик і страхувальник. Створення товариств взаємного страхування притаманне об'єднанням фізичних осіб, а також об'єднанням дрібних і середніх власників (домовласників, власників готелів і т.д.). (див. Постанову КМУ від 1 лютого 1997 р. №132)

У сучасних умовах в індустріально розвинутих країнах сфера діяльності ТВС концентрується переважно в області особистого страхування. Так, один з найбільших у масштабах США страховик у сфері особистого страхування – це товариство взаємного страхування **“Prudential Insurance Company of America”**.

Перевищення прибутків над витратами ТВС надходить, найперше, для поповнення резервних фондів. Залишок коштів може бути розподілений у формі прибутку між пайовиками або у формі зменшеної суми страхової премії, що потрібно сплатити цим пайовикам у наступному році.

Роль і значення ТВС, що діють на страхово-

му ринку, постійно зростають. У США, напри-клад, усі ТВС (разом біля 200) складають 6% загальної чисельності страховиків, що спеціалі-

зуються на операціях особистого страхування, проте на їхню частку припадає 42% продажу полісів особистого страхування. В Японії товариства взаємного

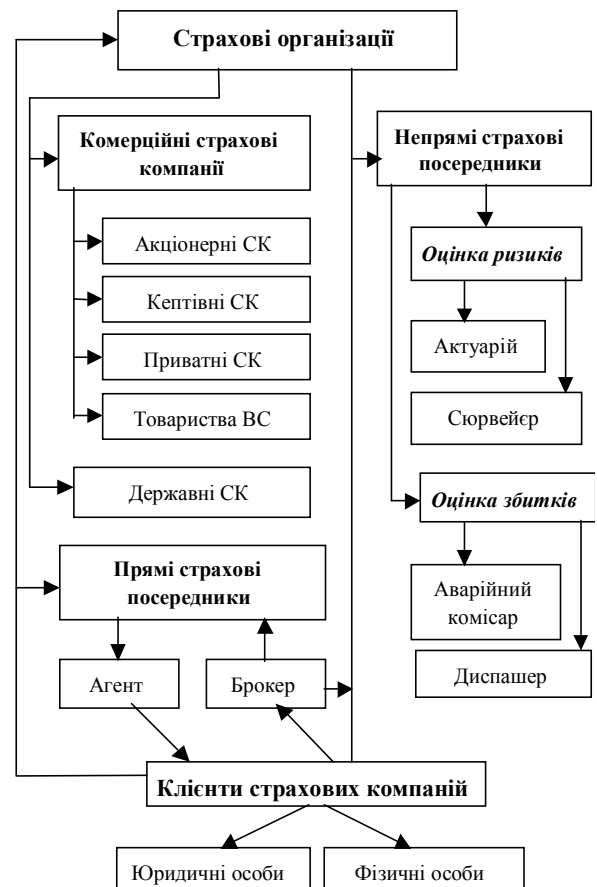


Рис.3.3. Схема функціональних зв'язків між суб'єктами страхового ринку

страхування є переважною формою організації особистого страхування й охоплюють більше 95% ринку особистого страхування. В Україні така категорія суб'єктів страхових відносин, незважаючи на те, що є Постанова КМУ, яка тимчасово регулює діяльність ТВС, практично не подана.

**Державна страхова компанія (ДСК)** – публічно-правова форма організації страхового фонду самою державою. Організація державних страхових компаній здійснюється через їхнє заснування державою чи націоналізацію акціонерних страхових компаній і оборнення їхнього майна у державну власність. Ця форма організації страховика передбачена законодавством України і практично реалізована у виді кількох державних страхових компаній, що заповнюють конкретні сегменти страхового ринку (медичне страхування іноземних громадян, що в'їжджають в Україну, обов'язкове страхування від нещасних випадків на залізничному транспорті й ін.).

Особливим видом державних страхових компаній є **урядові страхові організації (УСО)** – некомерційні компанії, діяльність яких ґрунтується на субсидуванні. Вони спеціалізуються на страхуванні від безробіття, страхуванні компенсацій робітникам і службовцям, а також на страхуванні непрофесійної працездатності. Здебільшого УСО звільнені від сплати державних, федеральних і місцевих податків. В Україні цієї категорії страховиків немає.

**Приватна страхова компанія** належить декільком власникам – приватним особам. В Україні така форма існує у вигляді акціонерних страхових компаній закритого типу або повних (командитних) товариств чи товариств із додатковою відповідальністю, причому до числа засновників (акціонерів) такої компанії повинно входити не менше трьох осіб.

**Кептів (captive)** – акціонерна страхова компанія, що обслуговує цілком або переважно корпоративні страхові інтереси їх засновників, а також суб'єктів, що самостійно господарюють, і які належать до структури багатопрофільних концернів або значних фінансово-промислових груп. Кептів може бути дочірньою страховою компанією іншого страховика.

Переваги організації кептіва – у великій потенційній ємності значного сегмента страхового ринку, що обслуговується корпоративним страховиком. Проникнення конкуруючих страхових компаній до цього сегменту страхового ринку досить утруднене або взагалі неможливе.

Діяльність кептіва безпосередньою пов'язана з комерційними банками, пенсійними й інвестиційним фондами, іншими фінансово-кредитними інститутами,

що функціонують у системі концернів або фінансово-промислових груп. Ці фінансові і банківські структури зазвичай виступають засновниками кептіва.

На українському страховому ринку кептівні страхові компанії подані у достатній кількості, що пояснюється принадністю роботи на ізольованому сегменті ринку страхувальників, можливістю використовувати фінансові ресурси замкнутої фінансово-економічної системи і запобігати конкурентній боротьбі з іншими страховиками.

### **Інфраструктура страхового ринку**

Інфраструктура страхового ринку – це система посередників, які прямо чи побічно здійснюють на страховому ринку роботу, що спрямована на обслуговування продавців і покупців страхових послуг (тобто страховиків і страхувальників). Посередники можуть робити послуги і виконувати роботи, котрі безпосередньо пов'язані з продажем страхових продуктів і обслуговуванням договорів страхування, чи пропонувати послуги і роботи, що потрібні як страховикам, так і страхувальникам для здійснення ними іншої нестрахової діяльності.

Якщо посередники виконують роботи першого напрямку, їх називають **страховими посередниками**. До складу страхових посередників належать прямі страхові посередники (страхові агенти і страхові брокери), які прямо беруть участь у продажі страхового продукту, і непрямі (побічні) страхові посередники (актуарії, диспашери, сюрвейєри, аварійні комісари, ін.), що беруть участь в організації страхової послуги та її виконанні, але не в її продажі.

Посередники, що виконують роботи другого напрямку, називаються **нестраховими**. До них належать посередники, що надають консультаційні, інформаційні, рекламні, кредитно-банківські, фінансові, валютні, аудиторські, нотаріальні, юридичні, біржові й інші послуги, без яких неможливо функціонування вільного страхового ринку.

### **Ринкові господарські форми керування страховим ринком**

До ринкових господарських форм, що керують процесами на страховому ринку, належать ринкові інструменти (керування на мікроекономічному рівні) і ринкові регулятори (керування на макроекономічному рівні).

#### **1) Ринкові інструменти**

Основним ринковим інструментом керування ринком на мікроекономічному рівні через вплив на конкретного продавця (страховика) і конкретного покупця

(страхувальника) є договір страхування. Тому дуже важливо вміти правильно його складати.

## **2) Ринкові регулятори**

Ринкові регулятори керують ринком на макроекономічному рівні шляхом впливу на всі елементи його структури й інфраструктури. Це податки (обов'язкові збори) і страхова біржа, тобто універсальні регулятори ціни страхової послуги.

### **3.2 ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ МІЖНАРОДНОГО СТРАХОВОГО РИНКУ**

Основними проблемами розвитку всесвітнього страхового ринку є:

- 1) інтернаціоналізація страхового бізнесу;
- 2) поява значних міжнародних страхових консорціумів;
- 3) зростання обсягу інвестицій у цінні папери;
- 4) зростання рівня запитів з боку клієнтури;
- 5) безперестанні фінансові шахрайства у сфері страхування;
- 6) різкі зміни політико-економічної ситуації у багатьох країнах;
- 7) незбалансованість вікової структури персоналу страховиків;
- 8) масова поява нових інформаційних технологій;
- 9) потреба забезпечення особистої безпеки працівників страхових компаній.

Сильно впливають на розвиток страхування зміни у соціальній сфері, що зумовлюють зростання запитів клієнтури. Високі стандарти життя населення у розвинутих країнах формують підвищені вимоги до страхового обслуговування. Клієнти страхових компаній цих країн не схильні беззастережно приймати те, що їм пропонують страхові компанії, які змушені систематично вивчати ринок, щоб їхні послуги відповідали запитам споживачів.

Нові інформаційні технології докорінно змінили роботу страховика. Комп'ютеризація збору й обробки страхової інформації значно підвищили продуктивність праці, надійність, оперативність в ухваленні рішень й ефективність роботи страхових компаній у цілому, і знизили рівень внутрішньофірмових витрат страховиків.

Нові інформаційні технології сприяли впровадженню у страхове обслуговування кредитних карток. Підвищується конкурентна боротьба за ринок вільного капіталу, який є у населення, між страховими компаніями і комерційними банками. Останні активно впроваджуються в сферу страхового бізнесу через

створення страхових альянсів (особливо у страхуванні життя, що дає банкам великий прибуток і пов'язане з невеликим і суттєво прогнозованим ризиком).

Сучасний стан розвитку страхового ринку в індустріально розвинутих країнах Заходу характеризується посиленням тенденції до монополізації та концентрації капіталу у страхуванні. Можна виділити чотири організаційні форми прояву цієї тенденції:

**1. Горизонтальна інтеграція** – зосередження у невеликій кількості значних страхових компаній все більшого обсягу страхових премій і страхових послуг.

**2. Вертикальна інтеграція** – проникнення страхових компаній до інших сфер, що пов'язані зі страхуванням (банківська, біржова діяльність).

**3. Створення транснаціональних** страхових компаній поки ще значно не поширилося у страхуванні, проте це явище існує і має тенденцію до розвитку.

**4. Диверсифікація** – розширення інвестиційної сфери діяльності на галузі, що прямо не пов'язані зі страхуванням. Таким чином невеликі страхові компанії намагаються вижити в умовах загострення конкуренції і набути додаткового і більш сталого джерела прибутків, які потрібні для покриття витрат із страхування, що зростають.

Для страхового ринку індустріально розвинутих країн Заходу притаманні такі основні типи диверсифікацій:

- 1) страхові компанії стають частиною якогось концерну або промислової (фінансово-промислової) групи;
- 2) страхові компанії починають володіти підприємствами, які зайняті в інших галузях матеріального виробництва, або вкладають капітал у ці галузі, скуповуючи їхні акції;
- 3) страхові компанії створюють дочірні компанії у фінансово-кредитній сфері.

Нова роль страхових компаній полягає в тому, що вони виконують функції спеціалізованих кредитних інститутів – займаються кредитуванням певних сфер і галузей господарської діяльності. Страхові компанії займають провідні після комерційних банків позиції за величиною активів і можливістю використання їх як кредитного капіталу. Характер ресурсів, що акумулюється страховиками, дозволяє використовувати їх для довгострокових виробничих капіталовкладень, наприклад, через ринок цінних паперів. Таких можливостей банки, що оперують коштами, які залучаються на більш короткий термін, не мають. Тому страхові компанії займають панівне положення на ринку вільного капіталу.

## Тема 5 Забезпечення фінансової стійкості страхової справи.

1. Фінансова надійність страховика.
2. Поняття платоспроможності страховика і умови її забезпечення.
3. Страхові резерви, формування і розміщення.

### 1. Фінансова надійність страховика.

Страхова діяльність відрізняється від інших видів діяльності тим, що страховик має справу з грошима, які тільки тимчасово перебувають в його розпорядженні. Страхова премія, котру він отримує від страхувальника, є не оплатою матеріального товару (продукта, послуги), а оплатою гарантії того, що в майбутньому страховик здійснить страхову виплату тоді, коли настануть обставини, які передбачені договором страхування.

Такий вид преміальної оплати (оплати наперед) страхової послуги потребує деякої впевненості у тому, що страховик буде спроможний відповідати за всіма своїми зобов'язаннями перед усіма його страхувальниками у будь-який час. Такою гарантією є високий рівень **фінансової надійності страховика**, що визначається, як спроможність страховика виконувати свої функції в умовах будь-якої економічної і політичної ситуації в обсязі і формах, що є припустимими в умовах, які склалися. Фінансова надійність визначається платоспроможністю, фінансовою усталеністю і стабільністю страховика, залежить від його тарифної (цінової), інвестиційної і перестраховувальної стратегій, і забезпечується завдяки таким показникам (зазначені у порядку здійснення страхової діяльності):

- 1) достатнього обсягу власних коштів страховика;
- 2) правильно розрахованих значень базових тарифних ставок;
- 3) адекватних розмірів сформованих страхових резервів;
- 4) оптимальної програми розміщення страхових резервів;
- 5) збалансованості страхового портфеля;
- 6) надійних програм перестраховування.

Висока фінансова надійність виконання страхових операцій дозволяє страховику виконувати страхові зобов'язання за всіма чинними й укладеними ним договорами страхування і перестраховування, якщо настають заздалегідь визначені несприятливі події (страхові випадки), що є прямими наслідками обумовлених раніше несприятливих ймовірносних обставин (страхових ризиків).

Розглянемо склад основних показників фінансової надійності.

**1) ОБСЯГ ВЛАСНИХ КОШТІВ** – це **обсяг статутного фонду і запасних фондів (гарантійного фонду і вільних резервів)**, тобто обсяг коштів страховика, що вільні від зобов'язань, які прийняті страховиком за діючими договорами страхування. Власні кошти потрібні, оскільки страхування використовує принцип розкладки шкоди у часі між усіма страхувальниками. При цьому потрібно формування запасних фондів за рахунок частини отриманого прибутку або невикористаної у сприятливі роки частини сумарно отриманих страхових премій. Запасні фонди будуть витрачатися у роки з підвищеною збитковістю, або коли виникають катастрофічні збитки.

**Статутний фонд** – це головний елемент власних коштів страховика. Закон “Про страхування” (див. ст. 2 і 30 Закону України “Про страхування”). визначає такі вимоги до статутного фонду (СФ) страховика.

По-перше, обсяг СФ повинен бути не менше суми, що еквівалентна 1000 тис. EUR (Євро) за валютним обмінним курсом валюти України, а для страховика, який займається страхуванням життя, - 1,5 млн. євро.

По-друге, 100% обсягу СФ повинно бути сплачено грошима (для забезпечення його високої ліквідності, якщо потрібно виконати зобов'язання перед страхувальниками у разі недостатності обсягу створених страхових резервів).

По-третє, забороняється формувати обсяг СФ за рахунок нематеріальних активів, кредитних коштів і коштів, що отримані під заставу, а також завдяки раніше створеним страховим резервам (якщо страховик раніше вже здійснював страхову діяльність і формував страхові резерви).

Окрім того, встановлюються обмеження з розміщення СФ у державних цінних паперах (можлива оплата грошової частини статутного фонду цінними паперами, що випускаються державою, за їхньою номінальною вартістю згідно з порядком, який встановлений Міністерством фінансів України, в обсязі не більше 25% від всього обсягу СФ страховика) і у статутних фондах інших страховиків (у сумі не більше 30% від власного СФ, при чому внесок до статутного фонду одного окремого страховика не може бути більше 10%).

**Гарантійний фонд** створюється страховиком із чистого прибутку (як спеціальні, резервні фонди і фонд нерозподіленого прибутку). Особливості тимчасової розкладки шкоди для ризикових (короткострокових) видів страхування і накопичення страхових сум у довгострокових видах особистого страхування життя та пенсії визначають два типи гарантійних фондів: спеціальні фонди (за ризиковими видами страхування) і резервні фонди (із страхування життя).

Такі фонди, у свою чергу, можуть формуватися за всіма видами і галузями страхування в цілому, за кожним видом страхування окремо або за групами видів страхування – як вирішить страховик. Перший варіант дає можливість більш гнучкого перерозподілу коштів, другий – відповідає вимогам дотримання еквівалентності взаємовідносин страховика і страхувальника, але не дозволяє перерозподіляти кошти між страхувальниками за конкретними видами страхування.

**Вільні резерви** (запасні фонди самострахування) формуються з власних коштів страховика, щоб додатково забезпечити його фінансову надійність згідно з напрямками і методиками здійснення страхової діяльності, зазвичай, у тих видах страхування, для яких сумарна страхова шкода може досягати катастрофічних розмірів.

Чим вище ймовірність того, що створена страховиком система страхових фондів виявиться прийнятною для виконання ним своїх страхових зобов'язань, тим вище фінансова стійкість страховика. Отже, особливості спрямування коштів, які пов'язані з формуванням і використанням страхових резервних фондів, безпосередньо обумовлені ризиковим характером обігу грошей у страховика.

**2) ПРАВИЛЬНО РОЗРАХОВАНІ БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ** визначають цінову політику страховика й істотно впливають на його фінансову надійність, оскільки повинні враховувати рівень збитковості конкретних видів страхування на страховому ринку, реальну ціну кожного ризику, обсяг, стабільність та однотипність виконуваних страхових операцій. Базові тарифні ставки розраховуються так, щоб урахувати всі перелічені вище показники, обсяг укладених договорів страхування (страхового портфеля) і статистичні дані щодо настання страхових випадків за декілька останніх років. Якщо конкретні тарифи, які вказуються у договорах страхування, менше базових, це може призвести до зниження фінансової надійності страховика і неможливості виконання ним своїх зобов'язань за договорами страхування.

**3) РОЗМІР СТРАХОВИХ РЕЗЕРВІВ**, які сформовані страховиком, повинен бути достатній для покриття зобов'язань за укладеними договорами страхування. Отже, він повинен бути адекватний взятим зобов'язанням і формуватися з урахуванням особливостей видів і об'єктів страхування, розподілу ризиків у просторі і в часі й інших об'єктивних характеристик ризиків, які взяті на страхування, а також тривалості страхування. Очевидний зв'язок цього показника з попереднім, оскільки основне джерело для формування страхових резервів – це страхові премії, що розраховуються на основі базових страхових тарифів.

**4) РОЗМІЩЕННЯ СТРАХОВИХ РЕЗЕРВІВ**, як тимчасово вільних коштів, що перебувають у розпорядженні страховика, у вигляді активів тих або інших категорій передбачає їхнє інвестування з метою одержання страховиком прибутку. Оскільки активи страховика як страхові резерви є гарантією виконання ним страхових зобов'язань, вони повинні розміщуватися з урахуванням вимог прибутковості, надійності, диверсифікованості і ліквідності всіх напрямків розміщення. При цьому страховик повинен забезпечити виконання страхових зобов'язань (страхових виплат) у повному їхньому обсязі й у визначений термін.

**5) СКЛАД СТРАХОВОГО ПОРТФЕЛЯ** страховика істотно впливає на його фінансову стабільність. Основними критеріями його збалансованості є рівні однорідності і диверсифікованості обсягу взятих зобов'язань (ризиків), а також рівень виконання обмеження на обсяг власного утримання, залежно від розміру власних коштів страховика. Законом “Про страхування” встановлена норма, згідно з якою страховику дозволений обсяг власного утримання ризику (максимальна величина страхової суми за окремим об'єктом страхування) в межах не більше 10% від суми сплаченого статутного фонду і сформованих страхових резервів. Усі перевищення встановленої межі відповідальності повинні обов'язково перестраховуватися страховиком в інших страховиків.

**6) ПЕРЕСТРАХОВУВАННЯ** – процедура задоволення потреби страховика у підвищенні його фінансової усталеності, коли виконуються страхові операції в умовах ризикового характеру кругообігу фінансових коштів, яка реалізується через розширення принципу розподілу у просторі і часі завданої шкоди між декількома страховиками. Передаючи частину взятого на себе ризику іншим страховикам (перестраховикам), перший

страховик (перестраховувальник) продовжує відповідати перед його страхувальником в обсязі всього прийнятого ним ризику, але при цьому набуває право вимоги до його перестраховувальників в обсязі перестрахованих у них ризиків (зобов'язань). Перестраховування є реальним інструментом формування оптимального (збалансованого) страхового портфеля, що істотно підвищує фінансову стабільність страховика.

## 2. Поняття платоспроможності страховика і умови її забезпечення.

Платоспроможність страховика – це об'єктивний показник його поточного фінансового стану шляхом його прогнозування. Інакше, це можливість виконання в майбутньому його зобов'язань завдяки тим активам, які є в розпорядженні страховика, являють собою реальні цінності, а тому є ліквідними.

Усі зобов'язання страховика можна розділити на дві групи:

- зовнішні зобов'язання перед страхувальниками, перестраховувальниками, бюджетом, банками й іншими кредиторами;
- внутрішні зобов'язання перед фундаторами, акціонерами, філіями, співробітниками й ін.

Страхова платоспроможність за зовнішніми зобов'язаннями перед страхувальниками (по страхових зобов'язаннях) забезпечується за допомогою страхових резервів і власних вільних коштів (статутного фонду, резервів, сформованих за рахунок чистого прибутку й інших резервів, не пов'язаних зобов'язаннями). Якщо обсяг страхових резервів недостатній, то страховик виконує страхові зобов'язання за рахунок власних коштів. Якщо обсяг власних коштів перевищує обсяг зовнішніх (у тому числі страхових) зобов'язань, можна вважати страховика платоспроможним.

У світовій практиці запас платоспроможності страховика, як правило, визначається окремо для ризикових видів страхування й окремо для страхування життя. Для ризикових видів страхування рівень платоспроможності, зазвичай, оцінюється через зіставлення фактичної і розрахункової (нормативної) платоспроможностей. Фактичний запас платоспроможності (так звані **нетто-активи**) звичайно визначається як різниця між обсягом матеріальних активів і сумою зобов'язань страховика (у тому числі страхових), що повинна бути позитивною. У такому випадку власних коштів страховика, вільних від зобов'язань, буде достатньо, щоб виконати всі страхові зобов'язання, тобто страховик вважається платоспроможним.

Розрахунковий (нормативний) запас платоспроможності може визначатися за обсягом отриманих за звітний період страхових премій (за обсягом прийнятих страхових зобов'язань), або за обсягом зроблених за звітний період страхових виплат (за обсягом виконаних страхових зобов'язань). Очевидно, що для максимальної надійності з двох зазначених показників повинен бути обраний той, що протягом того самого звітного періоду є більшим.

В Україні прийняті такі вимоги для забезпечення платоспроможності:

- наявність оплаченого статутного фонду в обсязі, що встановлений вимогами законодавства;
- наявність у страховика гарантійного фонду, вільного від прийнятих ним страхових зобов'язань;
- створення страхових резервів, достатніх для майбутніх виплат страхових сум і страхових відшкодувань;
- перевищення фактичного запасу платоспроможності страховика над розрахунковим нормативним запасом платоспроможності.

Перші три умови були розглянуті раніше, тому розглянемо останню умову платоспроможності, що утворюється завдяки забезпеченню страховиком перевищення фактичного запасу платоспроможності над нормативним.

Відповідно до вимог Закону “Про страхування”, фактичний запас платоспроможності (ФЗП) страховика повинен перевищувати розрахунковий рівень нормативного запасу (**НЗП**) на будь-яку дату:

$$\text{ФЗП} > \text{НЗП}. \quad (7.1)$$

**Фактичний запас платоспроможності** страховика визначається як різниця між загальною сумою матеріальних активів  $\sum M_a$  і сумою нематеріальних активів  $\sum N_a$  мінус сума зобов'язань  $\sum S_o$ , у тому числі страхових в обсязі технічних резервів  $\sum TR$  що дорівнюють сумі незароблених премій і резервів збитків:

$$\text{ФЗП} = M_a - N_a - S_o - TR \quad (7.2)$$

Страховики, відповідно до обсягів їхньої страхової діяльності і страхових зобов'язань, зобов'язані підтримувати відповідний рівень фактичного запасу платоспроможності (нетто-активів), що відповідає умові (7.1).

$\sum$  **Нормативний запас платоспроможності** страховика на звітну дату (без урахування договорів страхування життя) вибирається як найбільша з двох наведених нижче величин. Перша **НЗП<sub>1</sub>** визначається шляхом множення на 0,18 суми надходжень страхових премій  $P_i$  протягом розрахункового періоду (12 місяців). При цьому сума надходжень страхових премій зменшується на 50% страхових премій, які сплачені страховиком перестраховикам  $Re_j$ , відповідно до формули:

$$\text{НЗП}_1 = 0,18 \cdot (P_i - \sum 0,5 \cdot \sum Re_j) \quad (7.3)$$

Друга величина нормативного запасу платоспроможності **НЗП<sub>2</sub>** визначається шляхом множення на 0,26 суми виплат  $S_B$ , які здійснені протягом звітного періоду самим страховиком за договорами страхування, зменшеної на 50% обсягу виплат  $S_{RE}$ , що компенсуються протягом цього звітного періоду перестраховиками згідно з укладеними із страховиком договорами перестраховування:

$$\text{НЗП}_2 = 0,26 \cdot (\sum S_B - 0,5 \cdot \sum S_{RE}) \quad (7.4)$$

Отже, на будь-яку дату повинна виконуватися така умова:

$$\text{ФЗП} > \{ \text{НЗП}_1 \vee \text{НЗП}_2 \}_{\text{MAX}} \quad (7.5)$$

Нормативний запас платоспроможності страховика, який здійснює страхування життя, на будь-яку дату дорівнює величині, яка визначається шляхом множення загальної величини резерву довгострокових зобов'язань (математичного резерву) на 0,05.

Загальна величина резерву довгострокових зобов'язань (математичного резерву) дорівнює сумі резервів довгострокових зобов'язань (математичних резервів), які визначаються на будь-яку дату окремо по кожному договору страхування життя.

Уповноважений орган контролює також коефіцієнт запасу платоспроможності  $K_{ЗП}$ , який визначається як відношення показника фактичного запасу платоспроможності до максимального значення показника нормативного запасу платоспроможності:

$$K_{ЗП} = \Phi ЗП / \{ НЗП_{1,2} \}_{\max} \quad (7.6)$$

Платоспроможність також залежить від співвідношення між розміром ресурсів страховика й обсягом зобов'язань, які він приймає. Це положення визначає обмеження на обсяг власного утримання ризику за окремим об'єктом страхування у межах не більш 10% від суми оплаченого статутного фонду і сформованих страхових резервів.

### 3. Страхові резерви, формування і розміщення.

Найважливішою особливістю фінансово-господарської діяльності страховиків є формування страхових резервів, які повинні забезпечити фінансову стабільність страховика і виконання ним зобов'язань перед клієнтами. Розмір сформованих страхових резервів відображає величину зобов'язань страховика перед страхувальниками за діючими на звітну дату договорами страхування. Кошти страхових резервів використовуються для виплат страхових сум і страхових відшкодувань тоді, коли для забезпечення страхових виплат страховику не вистачає поточних надходжень страхових премій.

Відповідно до вимог чинного законодавства, українські страхові компанії формують два види страхових резервів (див. рис.7.3):

- резерви за ризиковими видами страхування (технічні резерви);
- резерви із страхування життя.

Таке розмежування пов'язане з загальною практикою поділу страхового бізнесу на **страхування життя** і **загальне (ризикове) страхування**.

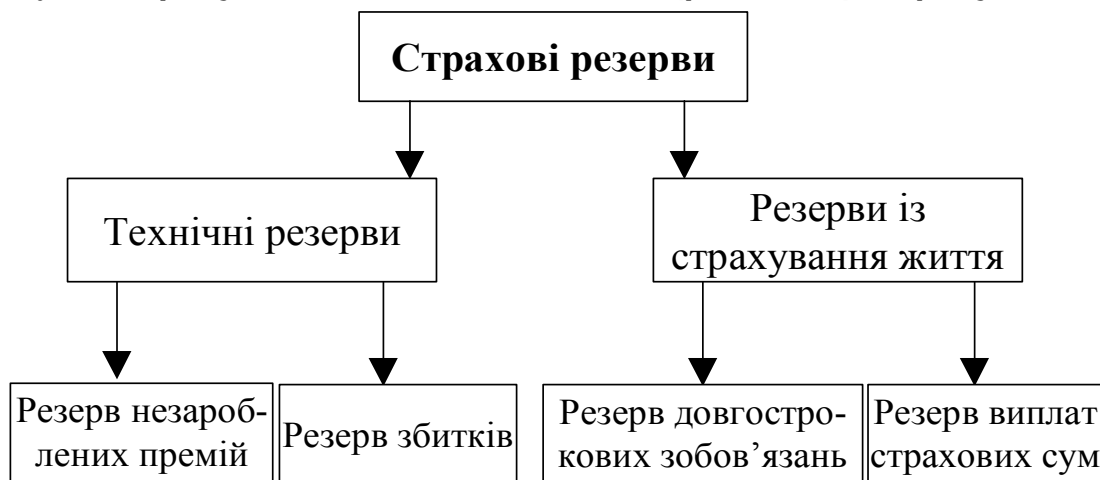


Рис. 7.3. Система страхових резервів, запроваджена в Україні

Страхові резерви створюються в тій валюті, якою страховики відповідають за своїми страховими зобов'язаннями, і призначені саме для забезпечення виплат страхових сум і страхових відшкодувань за укладеними договорами страхування.

Резерви із страхування життя, медичного страхування і обов'язкових видів страхування формуються окремо від резервів для інших видів страхування. Забороняється здійснювати виплати за ризиковими видами страхування за рахунок резервів із страхування життя і медичного страхування, і витрачати страхові резерви для інших цілей, окрім страхових виплат.

Коли визначаються фінансові результати від проведення страхової діяльності за станом на звітну дату, страховик обов'язково розраховує розміри страхових резервів. Звіт про страхові резерви надається до органів контролю у складі річного бухгалтерського звіту страховика.

### Технічні резерви

Страховик, який здійснює страхову діяльність за ризиковими видами страхування, зобов'язаний формувати **технічні резерви** (див. схему на рис.7.3). Обсяг технічних резервів повинен гарантувати виконання зобов'язань перед страхувальниками за всіма укладеними договорами ризикового страхування, навіть якщо припинено надходження премій за цими договорами. При цьому обсяг технічних резервів, які створені страховиком, і обсяг виданих ним страхових зобов'язань приймаються рівними один одному.

Відповідно до вимог Закону “Про страхування” і інших нормативних документів, страховики, що здійснюють ризикові види страхування, зобов'язані за кожним видом страхування окремо формувати і вести облік таких технічних резервів:

**А) резервів незароблених премій (резервів премій)**, що утворюються з частин сум страхових премій, які отримані страховиком, що відповідають страховим ризикам, котрі не закінчилися на звітну дату (тобто за договорами страхування, термін яких на звітну дату не минув);

**Б) резервів збитків** (зарезервовані невиплачені суми страхових відшкодувань і страхові суми за заявленими вимогами страхувальників).

Призначення кожного виду технічних резервів різне, але протягом певного інтервалу часу, коли діє договір страхування, це є не власні кошти страховика, а кошти страхувальників, призначені для виплати страхових відшкодувань за тими договорами, що на звітну дату ще не закінчилися. Базою для розрахунку величини страхових резервів є страхова премія, що надійшла у звітному періоді, за укладеними договорами страхування, розрахована відповідно до структури страхового тарифу за договорами страхування без урахування тієї її частини, що передана до перестрахування.

**А. Резерви незароблених премій.** Поняття незароблених премій впливає із зіставлення звітного періоду діяльності страховика з періодом дії конкретного договору страхування. Незароблені премії – це частини страхових премій, що надійшли за договорами страхування, котрі діяли у звітному періоді, і належать до періодів дії договорів страхування, що

виходять за рамки звітнього періоду. Наприклад, якщо договір укладений 1 січня строком на один рік, то вся отримана за ним премія вважатиметься заробленою у цьому фінансовому році. Якщо ж аналогічний договір укладений 1 липня, то лише половина терміну його дії припадає на звітний рік, тому друга половина премії, яка відповідає терміну дії договору, що виходить за рамки цього фінансово-календарного року, буде вважатися незаробленою.

Сума незароблених премій – це страховий резерв, що призначений для виплати страхувальникам страхового відшкодування або страхових сум у майбутньому, і який називається резервом незароблених премій (**РНП**). За своїм змістом **РНП** не є резерв у чистому вигляді, а лише інструмент поділу отриманих премій між суміжними звітними періодами.

Різниця між обсягом страхових премій, що надійшли, і величиною резерву незароблених премій складає резерв зароблених премій (**РЗП**) для звітнього періоду. Збільшення (зменшення) величини резервів незароблених премій у звітному періоді відповідно зменшує (збільшує) зароблені страхові премії.

Величина резервів незароблених премій відображається у відповідній окремій статті балансу страховика як технічні резерви.

Формування резерву незароблених премій відбиває факт отримання доходу у виді страхових премій у конкретному звітному періоді, а за своїм економічним змістом незароблена премія являє собою витрати майбутніх періодів. Щоб визначити реальне значення **РНП**, існує декілька способів, що відрізняються рівнем точності, вибір яких залежить від:

- виду страхування;
- терміну дії договору страхування;
- рівномірності розподілу ризиків у часі;
- збалансованості страхового портфеля;
- періодичності оплати страхових премій.

Величина резервів незароблених премій на будь-яку звітну дату визначається страховиками України за спрощеною методикою “плаваючих кварталів”, яка наведена у ст. 31 Закону “Про страхування”. Згідно з цією методикою, ті страхові премії, які надійшли, групуються поквартально, а розмір РНП на звітну дату встановлюється залежно від сум страхових премій, які надійшли, за відповідними видами страхування у кожному з трьох кварталів періоду, що передує цій звітній даті, і обчислюється таким чином:

- 1) сума страхових премій, які надійшли у I кварталі цього періоду, помножується на  $1/4$ ;
- 2) сума страхових премій, які надійшли у II кварталі цього періоду, помножується на  $1/2$ ;
- 3) сума страхових премій, які надійшли у III кварталі цього періоду, помножується на  $3/4$ ;
- 4) отримані добутки додаються й утворюється значення РНП.

Відзначимо, що, використовуючи цю методику, слід розрізняти терміни “квартал року” і “квартал періоду, що передує звітній даті”.

Розглянемо приклад розрахунку **РНП** за такою методикою. Нехай страховик протягом 12 місяців, починаючи із січня, отримав такі суми

страхових внесків за договорами страхування, що укладені на 1 рік (у гривнях):

Січень	Лютий	Березень	Квітень	Травень	Червень	Липень	Серпень	Вересень	Жовтень	Листопад	Грудень	Разом
240	120	360	500	600	500	600	600	720	480	600	720	6040
Разом 720 грн.			Разом 1600 грн.			Разом 1920 грн.			Разом 1800 грн.			6040

Визначимо суму незаробленої премії на 31 грудня. Сума премій, які надійшли у 1-му із трьох кварталів, що передують даті 31 грудня (у II кварталі року), помножується на  $1/4$ , тобто  $1600 \times 1/4 = 400$  (грн).

Сума премій, що надійшли у 2-му кварталі періоду (у III кварталі року), помножується на  $1/2$ , тобто  $1920 \times 1/2 = 960$  (грн).

Сума премій, що надійшли у 3-му кварталі цього періоду (у IV кварталі року), помножується на  $3/4$ , тобто  $1800 \times 3/4 = 600$  (грн).

Сумарне значення **РНП** на 31 грудня дорівнює:

$400 + 960 + 600 = 1960$  (грн).

Усі премії, які отримані страховиком за I квартал року (тобто 720 грн), на кінець звітної періоду (на 31 грудня) вважаються заробленими. Таблиця, що ілюструє розрахунки **РНП** за рік на 31 грудня, при цьому буде мати вигляд:

Квартали періодів і поточного року	1-й квартал періоду, що передує звітній даті	2-й квартал періоду, що передує звітній даті	3-й квартал періоду, що передує звітній даті
<i>I квартал року</i>	<i>II квартал року</i>	<i>III квартал року</i>	<i>IV квартал року</i>
Отримано 720	Отримано 1600	Отримано 1920	Отримано 1800
РЗП = 720	РЗП = 1200	РЗП = 960	РЗП = 450
РЗП <sub>Σ</sub> = 720	РЗП <sub>Σ</sub> = 1920	РЗП <sub>Σ</sub> = 2880	РЗП <sub>Σ</sub> = 3330
РНП = 0	РНП = 400	РНП = 960	РНП = 1350
РНП <sub>Σ</sub> = 0	РНП <sub>Σ</sub> = 400	РНП <sub>Σ</sub> = 1360	РНП <sub>Σ</sub> = 2710

У цій таблиці **РЗП<sub>Σ</sub>** – зароблені премії, знак говорить про сумарні значення **РНП** або **РЗП**, які визначаються на першу дату кожного наступного кварталу, що накопичені із першої дати звітної періоду (тобто з початку року).

Якщо звітним періодом є один квартал, то за страховими преміями, які надійшли у поточному кварталі, згідно з цією методикою, сума резерву незароблених премій за цим видом страхування на звітну дату (кінець кварталу) складе  $3/4$  суми премій, котрі надійшли за цим видом страхування, тому що премії за даним видом страхування у двох кварталах, що передують звітній даті, не надходили.

Так, якщо страхові премії за відповідним видом страхування надійшли у період із січня по березень у сумі 720 грн, то на звітну дату 1 квітня сума **РНП** складе  $\frac{3}{4}$  від премій, що надійшли, тобто  $\frac{3}{4} \times 720 = 540$  (грн).

Розглянемо вплив права вимоги до перестраховиків на обсяг резерву незароблених премій. Коли здійснюються операції перестраховування, то частки страхових премій, які були сплачені за договорами перестраховування, формують права вимоги до перестраховиків і обліковуються як суми часток перестраховиків у резервах незароблених премій. Обсяги страхових резервів у страховика при цьому не зменшуються.

Суми часток перестраховиків у резервах незароблених премій на звітну дату розраховуються в залежності від сум часток страхових премій, які були сплачені перестраховиком протягом розрахункового періоду таким чином:

- сума часток страхових премій, що сплачені перестраховиком протягом перших трьох місяців цього періоду, множиться на  $\frac{1}{4}$ ;
- сума часток страхових премій, які сплачені перестраховиком протягом наступних трьох місяців, множиться на  $\frac{1}{2}$ ;
- сума часток страхових премій, які сплачені перестраховиком протягом останніх трьох місяців, помножується на  $\frac{3}{4}$ ;
- одержані добутки додаються.

Таким чином, збільшення (зменшення) сум часток перестраховиків у резервах незароблених премій у звітному періоді відповідно збільшує (зменшує) обсяг зароблених страхових премій.

**Б. Резерв збитків.** До резерву збитків зараховуються зарезервовані, але неоплачені суми, що передбачені до виплати за страховими випадками, котрі вже сталися до закінчення фінансового року, за якими страхувальниками вже подані вимоги про виплату страхових відшкодувань і за якими страховиком не ухвалене рішення про повну або часткову відмову у виплаті страхових відшкодувань.

У практиці страхування збитки за договорами ризикового страхування найчастіше оплачуються страховиком не відразу після настання страхового випадку, а через певний період часу. Це обумовлюється специфікою деяких видів ризикового страхування, де потрібний певний час і значні зусилля для встановлення причин страхового випадку і точної суми шкоди. Резерви збитків формуються страховиками при наявності відомих вимог страхувальників (перестраховальників) на звітну дату, що підтверджені відповідними заявами.

Величина резервів збитків відображається у відповідній окремій статті балансу страховика як технічні резерви.

Сума збільшення резервів збитків у звітному періоді належить до витрат страховика, сума зменшення – до прибутків від страхової діяльності.

Права вимоги до перестраховиків згідно з договорами перестраховування, коли настають страхові випадки, у звітному періоді формуються і враховуються, як частка цих перестраховиків у резервах збитків. Збільшення (зменшення) суми таких вимог до перестраховиків у звітному періоді відповідно збільшує (зменшує) дохід від страхової діяльності.

**Інші системи технічних резервів.** Закон дозволяє страховику самостійно формувати інші додаткові резерви, відповідно до страхових технологій, які він використовує для конкретних видів страхування і

формування страхового портфеля. У світовій практиці існують інші способи визначення технічних резервів для страховиків, що здійснюють ризикові види страхування. Так, у Європі, згідно з Директивами ЄС, діє система технічних резервів, що подана на рис.7.4.

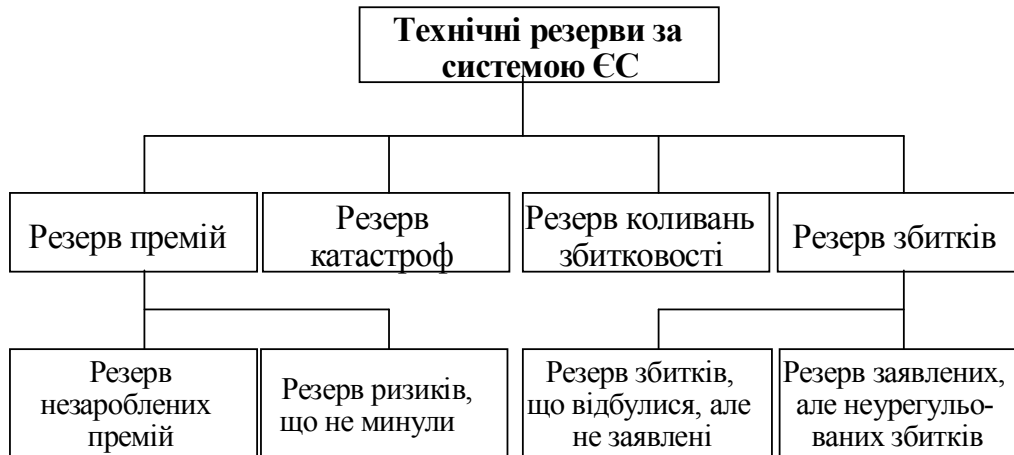


Рис. 7.4. Система технічних резервів страховиків згідно з Директивою ЄС

Особливість цієї системи полягає в тому, що резерв премій складається з резерву незароблених премій **РНП** і резерву ризиків, які ще не закінчилися. Останній доповнює **РНП** і потрібний, щоб компенсувати наслідки можливих знижень тарифних ставок за деякими договорами страхування.

**Резерв збитків** у цій системі формується, щоб забезпечити суми виплат за страховими випадками, які можуть настати до закінчення фінансового року. Практично страховик здійснює виплати за збитками не відразу, а після закінчення деякого часу. Визначення резерву збитків має низку етапів:

- 1) настання страхового випадку (страхувальник ще не подав заяву про настання страхового випадку, і розмір збитку невідомий);
- 2) заяву страхувальником подано, страховик фіксує можливий збиток в обсязі страхової суми за певним договором страхування, але точний розмір збитку ще невідомий;
- 3) страховик визначає фактичну суму заявленого збитку;
- 4) проводяться розрахунки страховика зі страхувальником за заявленими і розрахованими збитками.

Тому резерв збитків поділяється на:

- резерв заявлених, але неурегульованих збитків;
- резерв збитків, що відбулися, але не заявлені.

**Резерв заявлених, але неурегульованих збитків (РЗНЗ)** створюється страховиком, щоб забезпечити виконання зобов'язань, включаючи витрати з врегулювання збитків за договорами страхування, що не виконані або виконані не повністю на звітну дату. Причому ці страхові зобов'язання виникли у зв'язку зі страховими випадками, що сталися у звітному або у періодах, що передували йому, і про факт настання яких у встановленому порядку вже було раніше заявлено страховику.

Величина розміру **РЗНЗ** визначається за кожною заявленою, але неурегульованою претензією (якщо збиток заявлений, але його розмір поки не визначений, то для розрахунку використовується максимально можлива величина збитку, але не більше страхової суми), як сума таких складових:

- відрахувань на можливі невизначені збитки в обсязі 5% від сум надходжень страхових премій;
- заявлених, але неурегульованих збитків (відомих страховику збитків, за якими страховик не розрахував потрібну виплату);
- урегульованих (заявлених страхувальником і зареєстрованих страховиком, що склав за ними страхові акти з вказівкою їхнього обсягу), але ще не сплачених страховиком збитків.

Розмір **РЗНЗ** відповідає сумі заявлених збитків за звітний період, що збільшена на суму неурегульованих збитків за періоди, що передують звітному, і зменшена на вже сплачені протягом звітного періоду збитки плюс витрати на врегулювання збитків.

**Резерв збитків, які відбулися, але незаявлені (РВНЗ)** формується в зв'язку з страховими випадками, що сталися, про факт настання яких страховику не було заявлено у встановленому порядку на звітну дату, і тому страхові зобов'язання страховик змушений виконувати у наступному звітному періоді. На практиці величина **РВНЗ** обчислюється у розмірі не більш 10% від суми страхових премій, що надійшли в звітному періоді, якщо звітним періодом вважається рік.

**Резерв катастроф** створюється для того, щоб забезпечити страхові виплати на випадок природних катастроф або великомасштабних промислових аварій, у результаті яких шкода заподіяна значному числу застрахованих об'єктів, що перевищує середньостатистичний рівень, і виникає потреба здійснити виплати страхового відшкодування в сумах, які значно перевищують середні розміри, обчислені при розрахунку базового страхового тарифу. Такий резерв формується страховиками у випадках, якщо чинними договорами страхування передбачена страхова відповідальність при виникненні таких катастрофічних обставин.

Порядок, умови формування і використання резерву катастроф визначається страховиком відповідно до нормативних актів, що діють в Україні, й особливостями його роботи при страхуванні ризиків стихійних явищ і роботі на територіях із підвищеною небезпекою.

**Резерв коливань збитковості** створюється для компенсації витрат страховика на здійснення страхових виплат у випадках, якщо значення збитковості страхової суми у звітному періоді перевищує очікуваний рівень збитковості, взятий за основу при розрахунку тарифної ставки за видом страхування. У роки успішної діяльності цей резерв поповнюється за рахунок отриманого страховиком у результаті страхової діяльності прибутку; у збиткові роки кошти вилучаються з резерву для покриття збитків, котрі пов'язані зі страховою діяльністю страховика.

У світовій практиці страхового бізнесу прийнято також **створювати резерв попереджувальних заходів (РПЗ)**, що призначений для фінансування заходів з попередження настання страхових випадків і на інші цілі, передбачені страховиком для зменшення ймовірності настання страхових випадків, що не суперечать чинному законодавству, і спрямовані на зменшення величини ризиків за укладеними договорами страхування. Цей резерв формується через відрахування відповідних частин навантаження зі складу страхових премій, що надійшли за договорами страхування у звітному періоді. Розмір відрахувань у **РПЗ** відповідає сумі

відрахувань до єдиного резерву у звітному періоді, виходячи з відсотка, що передбачений у структурі тарифної ставки для цих цілей, збільшеної на розмір **РПЗ** на початок звітного періоду і зменшеної на суму витрачених коштів на попереджувальні заходи у цьому періоді.

### **Резерви із страхування життя**

Відповідно до Закону “Про страхування”, страховики, що здійснюють страхування життя, зобов’язані формувати і вести облік:

- резервів довгострокових зобов’язань (математичних резервів);
- резервів належних виплат страхових сум.

Ці резерви формуються окремо від страхових резервів на покриття збитків за іншими видами страхування і використовуються винятково на виплати із страхування життя. Джерело формування резервів – відрахування частин страхових премій, які передбачені для здійснення страхових виплат (нетто-премій) і частини інвестиційного доходу страховика від розміщення його тимчасово вільних коштів.

Страхові резерви за видами страхування, що належать до страхування життя, формуються з метою забезпечення виконання зобов’язань страховика здійснювати страхові виплати (у тому числі в довгостроковому вигляді – пенсій, рент, ануїтетів) за укладеними договорами страхування при дожитті застрахованої особи до визначеного договором страхування терміну або віку і (або) настання смерті застрахованої особи, або постійної втрати нею працездатності (інвалідності) згідно з умовами, що передбачені договором страхування.

**Резерви довгострокових зобов’язань** (математичні резерви) формуються, щоб покрити збитки із страхування життя й обчислюються актуарно (математично), за кожним договором страхування окремо, з урахуванням темпів росту інфляції і відповідно до затвердженої методики їхнього формування.

Окрім того, коли здійснюється страхування життя, то страховик зобов’язаний створити і вести облік **резервів належних виплат страхових сум** за договорами страхування, для яких страхові випадки вже настали й обсяг потрібних виплат страхових сум (їхніх частин) уже відомий (виплати пенсій і т.п.).

Страховики формують резерви із страхування життя на основі методики через відрахування частини страхової премії, що передбачена для забезпечення страхових виплат (нетто-премії), і частини інвестиційного доходу від розміщення тимчасово вільних коштів страховика. Загальний розмір резерву із страхування життя дорівнює сумі резервів, що визначаються окремо за кожним договором страхування життя.

Розрахунки тарифів і, отже, страхових резервів із страхування життя, здійснюються за кожним договором страхування окремо за допомогою методів актуарної математики, що використовують:

- статистичні закономірності прояву конкретних страхових ризиків, які передбачені договорами страхування, протягом терміну дії цих договорів;
- нормативи дохідності від інвестування тимчасово вільних коштів резервів у вигляді річної ставки інвестиційного доходу;
- регіональні або селективні таблиці дожиття і смертності населення;

- регіональні або селективні таблиці додаткових страхових ризиків (одруження, народження дитини, вступу до навчального закладу, смерті близького родича, інвалідності, тимчасової непрацездатності застрахованої особи й ін.);
- таблиці комутаційних чисел для ставок інвестиційного доходу і ймовірностей відповідних страхових ризиків, які встановлюються у договорах страхування.

## **Тема 6 Основні принципи побудови страхових тарифів.**

- 1. Актуарні розрахунки.**
- 2. Основні положення розрахунку страхових тарифів.**
- 3. Тарифна політика у страхуванні.**
- 4. Показники страхової статистики.**

### **1. Актуарні розрахунки.**

Актуарные расчёты – это система статистических и экономико-математических методов расчёта тарифных ставок и определения финансовых взаимоотношений страховщика и страхователя.

Задачами актуарных расчётов являются: изучение рисков в рамках страховой совокупности; изучение вероятности наступления страхового случая, частоты и уровня тяжести убытка; обоснование необходимых резервных фондов страховщика и источников их формирования; исследование нормы вложения капитала (процентной ставки) и определения зависимости между процентной ставкой и размером брутто-ставкой.

При помощи актуарных расчётов определяются себестоимость и стоимость услуги, которая предоставляется страховщиком страхователю. Так же определяется часть участия каждого страхователя в создании страхового фонда, т.е. определяются размеры страховых тарифов.

Определение затрат, необходимых для страхования определённого объекта, - один из наиболее сложных и ответственных моментов в деятельности страховщика.

Форма, в которой вычисляются затраты на проведение данного страхования, называется актуарной калькуляцией.

Роль актуарной калькуляции может быть рассмотрена в разных аспектах: с одной стороны, она позволяет определить себестоимость услуги, предоставляемой страховщиком, а с другой – через неё создаются условия для всеобщего анализа и раскрываются причины экономических, финансовых и организационных успехов или недостатков в деятельности страховщика.

Актуарная калькуляция позволяет определить страховые премии по договору. Величина предъявленных к уплате страховых премий допускает измерение принятого страховщиком риска.

В состав актуарной калькуляции входит так же определение суммы или части суммы затрат на проведение страхования по обслуживанию договора страхования.

Основными задачами актуарных расчётов являются:

- исследования и группировка рисков в границах страховой совокупности, т.е. выполнение требований научной классификации рисков с целью создания гомогенной подсовокупности в границах общей страховой совокупности.
- определения математической вероятности наступления страхового случая, а так же частоты и степени тяжести последствий причинения убытка как в отдельных рискованных группах, так и в целом по страховой совокупности;
- математическое обоснование необходимых затрат на проведение страхования страховщиком и прогнозирования тенденций их развития;
- математическое обоснование необходимых резервных фондов страховщика, предложения конкретных методов и источников их формирования.

Общие методологические вопросы, зависят от конкретного вида страхования и охватывают: определение нетто-ставки; надбавки за риск; затраты на проведения страхования.

Несмотря на методологическое единство всех актуарных расчётов, практика их проведения допускает разные вариации и варианты, связанные со спецификой отдельных видов, подвидов и отраслей страхования.

При определении размера страховых платежей единица расчётов рассматривается на разных иерархических уровнях: в целом для страны, по отдельным регионам, с учётом особенностей данного конкретного района и неодинаковостью проявления риска во времени и пространстве.

Другой особенностью актуарных расчётов по отдельным видам страхования связана с теми обстоятельствами, что в имущественной группе в связи с большими колебаниями рисков определяется специальная надбавка за риск. Подобная надбавка обычно не вычисляется при актуарных расчётах по личному страхованию (хотя в принципе возможно), потому что объём страховой совокупности достаточно большой, а страховые суммы сравнительно маленькие.

Влияние социальных моментов деятельности человека при организации актуарных расчётов так же допустимый.

Конкретные выводы с практики актуарных расчётов связаны с временем, местом и видом страхования. Это означает, что в зависимости от некоторых социальных условий заключительный актуарный расчёт может иметь несколько вариантов при наличии одинаковых объективных факторов (проявление рисков, степень вероятности, затраты на проведение страхования).

Актуарные расчёты, которые проводятся страховщиком, можно классифицировать по нескольким признакам: