

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНБАСЬКА ДЕРЖАВНА МАШИНОБУДІВНА АКАДЕМІЯ

Ю.М. Дьячкова

СТРАХУВАННЯ

*Рекомендовано
Міністерством освіти і науки України
як навчальний посібник для студентів
вищих навчальних закладів*

Київ
«Центр учбової літератури»
2008

ББК 65.271я73
Д 93
УДК 368(075.8)

*Гриф надано
Міністерством освіти і науки України
(Лист №1.4/18-Г-1776 від 23.10.2007 р.)*

Рецензенти:
Внукова Н.М. – доктор економічних наук, професор;
Гаврилова В.М. – кандидат економічних наук, Донбаський інститут техніки і менеджменту.

Дьячкова Ю.М.
Д 93 Страхування. Навчальний посібник. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 240 с.

ISBN 978-966-364-645-9

Навчально-методичний посібник містить теоретичні зведення за основними темами курсу «Страхування», завдання для перевірки знань, тематику реферативних робіт. У навчально-методичному посібнику наведені поради щодо вивчення тієї чи іншої теми курсу «Страхування», наведені пояснення, розрахункові формули, додатки, необхідні для засвоєння матеріалу. Розраховано на студентів очної і заочної систем навчання; може бути використано як навчальний посібник для підготовки контрольних робіт з дисципліни «Страхування» студентами заочних відділень вищих навчальних закладів.

ISBN 978-966-364-645-9

© ДДМА
© Дьячкова Ю.М., 2008
© Центр учбової літератури, 2008

ЗМІСТ

ВСТУП	5
ПЕРЕЛІК ТЕМ НАВЧАЛЬНОГО КУРСУ «СТРАХУВАННЯ»	8
ТЕМА 1. СУТНІСТЬ, ПРИНЦИПИ ТА РОЛЬ СТРАХУВАННЯ 18	
1.1. Теоретичні відомості.....	18
1.2. Термінологічний словник	22
1.3. Завдання для перевірки знань	24
1.4. Теми рефератів	27
ТЕМА 2. КЛАСИФІКАЦІЯ СТРАХУВАННЯ	28
2.1. Теоретичні відомості.....	28
2.2. Термінологічний словник	35
2.3. Завдання для перевірки знань	37
2.4. Теми рефератів	39
ТЕМА 3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА ЇХ ОЦІНКА	40
3.1. Теоретичні відомості.....	40
3.2. Термінологічний словник	50
3.3. Завдання для перевірки знань	52
3.4. Теми рефератів	54
ТЕМА 4. ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВОЇ.....	55
ДІЯЛЬНОСТІ	55
4.1. Теоретичні відомості.....	55
4.2. Термінологічний словник	64
4.3. Завдання для перевірки знань	66
4.4. Теми рефератів	67
ТЕМА 5. СТРАХОВИЙ РИНОК.....	68
5.1. Теоретичні відомості.....	68
5.2. Термінологічний словник	85
5.3. Завдання для перевірки знань	87
5.4. Теми рефератів	90
ТЕМА 6. МАЙНОВЕ СТРАХУВАННЯ.....	91
6.1. Теоретичні відомості.....	91
6.2. Термінологічний словник	104
6.3. Завдання для перевірки знань	105
6.4. Теми рефератів	111
ТЕМА 7. СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ.....	112
7.1. Теоретичні відомості.....	112
7.2. Термінологічний словник	127

7.3. Завдання для перевірки знань	127
7.4. Теми рефератів	130
ТЕМА 8. ОСОБИСТЕ СТРАХУВАННЯ.....	131
8.1. Теоретичні відомості.....	131
8.2. Термінологічний словник.....	153
8.3.Завдання для перевірки знань	156
8.4. Теми рефератів	159
ТЕМА 9. ПЕРЕСТРАХУВАННЯ ТА СПІВСТРАХУВАННЯ ...	160
9.1. Теоретичні відомості.....	160
9.2. Термінологічний словник	173
9.3. Завдання для перевірки знань	174
9.4. Теми рефератів	178
ТЕМА 10. СТРАХОВІ РЕЗЕРВИ.....	179
10.1. Теоретичні відомості.....	179
10.2. Термінологічний словник	188
10.3. Завдання для перевірки знань	190
10.4. Теми рефератів.....	193
ТЕМА 11. ДОХОДИ ТА ВИТРАТИ СТРАХОВИКА	194
11.1. Теоретичні відомості.....	194
11.2. Термінологічний словник	201
11.3. Завдання для перевірки знань	203
11.4. Теми рефератів.....	207
ТЕМА 12. ФІНАНСОВА НАДІЙНІСТЬ СТРАХОВИКА	208
12.1. Теоретичні відомості.....	208
12.2. Термінологічний словник	216
12.3. Завдання для перевірки знань	216
12.4. Теми рефератів.....	220
ВІДПОВІДІ ДО ЗАВДАНЬ З ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ	221
ДОДАТКИ.....	223
ЛІТЕРАТУРА.....	236

ВСТУП

Страховання в Україні має значні перспективи розвитку. Інформація про стан страхового ринку за період 2000-2005рр. переконливо свідчить про позитивний розвиток даного економічного сектора. Кількість страхових компаній на 31.12.2005р. становила 398 (станом на 31.12.2004р. – 387). Сума страхових премій, отриманих від страхувальників фізичних осіб, склала 1616,2 млн. грн., що перевищує аналогічний показник за 2004р. у 1,6 раза. У порівнянні з 2004р. статутний капітал страховиків збільшився у 1,2 раза. Згідно з індексом Герфіндаля-Гіршмана (ННІ) спостерігається позитивна тенденція до зростання рівня конкуренції на всьому страховому ринку.

Але за оцінкою фахівців сьогодні в Україні застраховано не більш ніж 10% потенційних ризиків. Частка страхового ринку України в європейському складає лише 0,07%, тоді як в Україні проживає 7% населення Європи. На вітчизняному страховому ринку існує багато проблем, серед яких, насамперед, низький рівень довіри населення до страхових компаній, недостатня капіталізація страховиків, ще й досі великі обсяги сектора страхування фінансових ризиків, недостатній розвиток інфраструктури, труднощі з впровадженням обов'язкових видів страхування.

Активізація страхових відносин потребує спеціальних знань. У 2005 – 2010рр. прогнозується значне зростання потреб страхового ринку у кваліфікованих кадрах. В Україні підготовку економістів за фаховим напрямком „Страховання” вже 15 років здійснює Тернопільська академія народного господарства (ТАНГ). Київський національний університет (КНЕУ) здійснює випуск магістрів за кваліфікацією „Страховий менеджмент”.

Структуру даного навчально-методичного посібника визначила типова програма навчального курсу страхування, запропонована Київським національним університетом. Дисципліна „Страховання” є однією з базових при підготовці фахівців в галузі економіки, бухгалтерського обліку, фінансів. Ця дисципліна вивчається студентами після ознайомлення з такими дисциплінами, як “Статистика”, „Економіка підприємства”, „Макроекономіка”, „Мікроекономіка”, “Інвестування”, “Громадське право”, що дає змогу закріпити отримані знання і розпочати підготовку ба-

калаврів. Одночасно вона забезпечує вивчення таких дисциплін, як: „Страхові послуги”, “Соціальне страхування”, „Фінансовий ринок”, “Банківська справа”.

Метою дисципліни "Страхування" є послідовне формування у студентів знання основних положень, теорії і практики страхування фізичних і юридичних осіб.

Вивчення дисципліни „Страхування” має озброїти студентів знаннями економічних відносин, що виникають у процесі захисту майнових інтересів громадян і юридичних осіб у випадку настання страхових подій, визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що створюються сплатою страхових внесків.

Дисципліна „Страхування” має навчити студентів умінню:

- з’ясувати об’єктивну необхідність, сутність і роль страхування в умовах економіки ринкового типу;
- висвітлювати організацію і шляхи розвитку страхового ринку та державного регулювання страхової діяльності;
- розглядати умови особистого страхування, страхування майна, страхування відповідальності, перестраховання з позицій вітчизняного та зарубіжного досвіду;
- вивчати особливості фінансової діяльності страховиків.

Перший рекомендований Міністерством освіти і науки України підручник зі страхування був розроблений на базі КНЕУ у 1998р. колективом авторів під загальною редакцією доктора економічних наук, професора Осадця С.С. У підручнику було висвітлено широке коло питань з методології страхування, наведені статистичні дані щодо формування страхового ринку, розглянута методика проведення багатьох видів страхування в Україні та за кордоном.

Даний навчально методичний посібник складається із 12 тем, до яких ввійшли: сутність, основні функції і класифікація страхування, страхові ризики та їх оцінка, страховий ринок та державне регулювання страхової діяльності, основні види страхування (майна, відповідальності та особисте), перестраховання та співстрахування, грошовий обіг страховика (доходи, витрати, формування прибутку), фінансова надійність страхової компанії.

У посібнику наведені сучасні статистичні дані та тенденції формування страхового ринку України та Європейських країн,

висвітлені питання щодо страхового законодавства та державного регулювання страхової діяльності, розглянуті закордонний досвід та проблеми щодо впровадження того чи іншого виду страхування в Україні. Також значна увага приділяється особливостям грошового обігу страхової компанії. Розкривається сутність механізмів перестраховування та співстраховування. Розглянута класифікація доходів та витрат страховика, законодавча база, що обумовлює особливості інвестиційної діяльності страхових компаній в Україні. У темі „Фінансова надійність страховика” розглянуті чинники, що забезпечують платоспроможність, показники фінансового стану страхових компаній, наведена пропозиція державних органів страхового нагляду щодо тестів раннього попередження банкрутства, розглянута процедура присвоєння рейтингу страховим компаніям.

З метою покращення засвоєння теоретичного матеріалу, до кожної теми надається термінологічний словник та завдання для перевірки знань. Додані також теми рефератів для самостійної роботи студентів. Кожна тема супроводжується переліком літератури, що також може використовуватися для самостійної роботи з метою поглибленого вивчення теми.

При висвітленні питань, пов'язаних з методикою проведення основних видів страхування, автором був використаний матеріал окремих параграфів підручника „Страховання” за загальною редакцією професора Осадця С.С. та підручника „Страховое дело”, що був підготовлений у 1992р. колективом російських спеціалістів Науково-дослідницького фінансового інституту під загальним керівництвом професора Рейтмана Л.І. Дані посібники автор вважає базовими з методології страхових відносин.

При розгляданні питань щодо визначення фінансової стійкості страхових операцій автор наводить деякі пропозиції колективу авторів навчально-методичного посібника „Основи актуарних розрахунків” за загальним керівництвом члена Українського Товариства актуаріїв Ковтуна І.О.

Для підготовки навчально-методичного посібника використовувався статистичний матеріал аналітичних звітів Українського центру економічних і політичних досліджень ім. О.Розумкова, звітів НБУ, Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг.

Автор виражає подяку колективу та дирекції страхової компанії „Аско Донбас Північний”, зокрема Матушевському Є.Л., Іваненко О.М., Малахатке М.В., Бойко Н.Л., за відкритість страхового бізнесу, багаторічну співпрацю, високий рівень корпоративної культури, сприяння підвищенню якості викладання дисципліни „Страхування” у Донбаській державній машинобудівній академії.

Автор вдячний за будь-які зауваження та побажання щодо цього видання.

ПЕРЕЛІК ТЕМ НАВЧАЛЬНОГО КУРСУ «СТРАХУВАННЯ»

Тема 1. Сутність, функції і принципи страхування

Страхування як соціально-економічна категорія. Функції страхування: захисна, розподільна, інвестиційна, попереджувальна, міжнародна. Історичні етапи розвитку страхування. Основні способи організації страхового захисту: самострахування, взаємне страхування, комерційне страхування, державні соціальні страхові гарантії. Принципи страхування: майнового інтересу, граничної сумлінності сторін, відшкодування у межах збитків, безпосередньої причини.

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- економічну сутність та доцільність страхування;
- хронологію виникнення форм страхового захисту;
- основні ознаки та межі застосування різних способів організації страхового захисту;
- основу принципів страхового захисту.

Студент повинен уміти:

- визначати місце страхування серед фінансових категорій;
- розрізняти взаємне та комерційне страхування, комерційне та соціальне страхування за способом формування та використання страхового фонду;
- обґрунтовувати застосування того чи іншого принципу страхового захисту в практиці страхових відносин.

Тема 2. Класифікація страхування

Практичне значення класифікації страхування. Ознаки класифікації: за об'єктом страхування, за формою проведення, за сферою діяльності страховика. Класифікація за об'єктами страхування: страхування майнове, особисте та страхування відповідальності. Класифікація за формами проведення: обов'язкове страхування та добровільне страхування. Класифікація за сферою діяльності страховика: ризикове та довгострокове страхування. Основні терміни, що використовуються при укладанні договору страхування: страховий ризик, страховий випадок, страхова сума, страхове відшкодування, страхова премія, внесок, страховий тариф.

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- основні критерії класифікації страхування;
- визначення майнового, особистого та страхування відповідальності;
- основні види добровільного страхування, що визначаються у Законі України “Про страхування”;
- види обов'язкового страхування, що визначаються у Законі України “Про страхування”;
- критерії віднесення страхування до ризикового чи довгострокового;
- зміст основних термінів, що використовуються при укладанні договору страхування.

Студент повинен уміти:

- відрізнити страхування за галузями;
- визначати ознаки, цілі та межі застосування обов'язкового страхування;
- відрізнити обов'язкове страхування від соціальних страхових гарантій;
- сформулювати критерії відношення страхування до ризикового чи довгострокового;
- розрізнити поняття страхового ризику та страхового випадку;
- розрізнити поняття страхової суми та відшкодування;
- визначати страхову премію на підставі тарифу та страхової суми за договором.

Тема 3. Страхові ризики та їх оцінка

Поняття ризику у сучасній економіці. Необхідність та критерії класифікації ризиків: залежно від походження, носія ризику, можливих наслідків. Класифікація ризиків учасників фінансового ринку: фінансові, операційні, ризики подій. Страхові та нестрахові ризики. Ознаки страхового ризику. Ризик менеджмент та його основні етапи: аналіз, контроль, фінансування.

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- основні критерії класифікації ризиків;
- класифікацію ризиків учасників фінансового ринку;
- критерії віднесення ризику до страхового чи нестрахового;
- завдання та етапи ризик менеджменту;

Студент повинен уміти:

- пояснити доцільність класифікації ризиків;
- оцінити ризик з точки зору можливості страхування;
- зробити висновки щодо частоти настання імовірної події та її можливих наслідків на підставі статистичних даних;
- розробляти методи контролю над ризиком щодо конкретних умов реалізації випадкової події;
- пропонувати методи фінансування наслідків реалізації випадкової події у заданих умовах.

Тема 4. Державне регулювання страхової діяльності

Необхідність та сутність державного регулювання страхової діяльності. Моделі державного нагляду: континентальна та ліберальна (англо-американська). Централізоване та децентралізоване регулювання страхової діяльності Міжнародна система регулювання страхової діяльності в країнах Європейського Союзу (ЄС). Директиви ЄС. Етапи формування законодавчої бази щодо страхового ринку України. Завдання та функції державного органу з нагляду за страховою діяльністю.

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- цілі та завдання державного регулювання страхової діяльності;
- основні моделі регулювання страхової діяльності;

- особливості державного регулювання страхової діяльності в країнах Євросоюзу;

- основні етапи формування системи державного регулювання страхування в Україні;

- функції державного органу нагляду за страховою діяльністю в Україні.

Студент повинен уміти:

- називати важелі державного регулювання страхової діяльності;

- оцінити політику регулювання страхової діяльності в Україні на різних етапах розвитку страхового ринку;

- провести порівняння державної політики у сфері страхування США і Великобританії, країн Європейського Союзу і України;

- сформулювати основні тенденції розвитку страхового ринку України.

Тема 5. Страховий ринок

Страховий ринок. Характеристика страхового ринку за територіальною та галузевою ознакою. Тенденції розвитку сучасних страхових ринків. Ознаки класифікації страхових компаній. Акціонерні, державні, приватні страхові компанії, товариства взаємного страхування, кептиви. Інфраструктура страхового ринку. Страхові та нестрахові посередники. Вимоги законодавства України до страхових посередників. Страхові об'єднання та їх основні функції. Ліга страхових організацій України: основні завдання та функції. Сучасний стан страхового ринку України. Показники діяльності. Концепція подальшого розвитку страхового ринку України.

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- основних суб'єктів, діючих на страховому ринку, форми організації страховиків;

- законодавчі вимоги до діяльності страхових та нестрахових посередників;

- основні цілі утворення та функції страхових об'єднань на страховому ринку України.

Студент повинен уміти:

- визначати місце та зв'язок страхового ринку з рядом фінансових ринків (інвестування, кредитування, цінних паперів);
- розрізняти форми організації страховиків;
- розрізняти функції страхових та нестрахових, прямих та непрямих страхових посередників;
- розрізняти функції страхових агентів та страхових брокерів;
- визначати переваги та недоліки реалізації договору за участю страхових агентів, брокерів, шляхом прямого продажу.

Тема 6. Майнове страхування

Сутність майнового страхування. Основні види страхування майна та їх тарифікація. Сучасний стан ринку страхування майна в Україні. Умови проведення страхування від вогню. Системи страхової відповідальності: Економічна сутність франшизи. Особливості страхування майна юридичних осіб: страхова оцінка, страхові випадки, порядок укладання договорів, умови відшкодування збитків. Страхування майна громадян: будівель і споруд, автомобільного транспорту. Страхування технічних ризиків.

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- види страхування майна, що здійснюються в Україні;
- методику визначення страхового відшкодування при страхуванні майна на певний відсоток вартості;
- відмінності умовної та безумовної франшизи;
- методику проведення страхової оцінки та розрахунку страхового відшкодування щодо страхування майна підприємств;
- методику проведення страхової оцінки та розрахунку страхового відшкодування щодо страхування майна громадян;

Студент повинен уміти:

- визначати страхову вартість об'єкта страхування;
- визначати обсяг збитків від страхового випадку;
- розраховувати обсяг страхового відшкодування на підставі збитків від страхового випадку та співвідношення страхової суми і дійсної вартості застрахованого майна;
- розраховувати страхове відшкодування при умовній та безумовній франшизі.

Тема 7. Страхування відповідальності

Економічна сутність страхування відповідальності. Правова база. Основні види, що здійснюються в Україні. Страхування загальної цивільної відповідальності. Договори страхування відповідальності на основі прояву та на основі заявлених позовів. Страхування відповідальності за забруднення довкілля. Страхування відповідальності виробників за якість продукції. Страхування цивільної відповідальності власників автотранспортних засобів: мета, умови проведення, визначення страхових внесків, відшкодування збитків. Моторне (Транспортне) страхове бюро та його функції. Міжнародна система «Зелена карта». Страхування відповідальності перевізника вантажів на різних видах транспорту.

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- мету та завдання проведення страхування відповідальності;
- правову базу, що є основою для проведення страхування відповідальності;
- цілі та завдання страхування відповідальності за екологічне забруднення;
- цілі та завдання інших видів страхування відповідальності;
- нормативно-правову базу проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів.
- основні функції та завдання Моторного (Транспортного) страхового бюро та системи „Зелена карта”.

Студент повинен уміти:

- визначати доцільність застосування того чи іншого виду страхування відповідальності на практиці;
- розраховувати обсяг страхового відшкодування щодо страхування відповідальності автовласників;
- розподіляти збитки у межах страхової суми між сторонами договору страхування відповідальності перед третіми особами.

Тема 8. Особисте страхування

Економічна сутність особистого страхування. Класифікація особистого страхування за різними критеріями. Страхування життя та його соціальний зміст. Основні види страхування життя. Правова база страхування життя в Україні. Сутність страхування

від нещасних випадків. Обов'язкове страхування від нещасних випадків. Колективне та індивідуальне страхування від нещасних випадків: особливості проведення, тарифні ставки. Страхування туристів від нещасних випадків та раптових захворювань в Україні. Медичне страхування як елемент соціального захисту громадян. Державне обов'язкове медичне страхування. Системи фінансування медицини у зарубіжних країнах: переваги та недоліки. Перспективи формування системи обов'язкового державного медичного страхування в Україні. Особливості проведення добровільного медичного страхування.

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- основні види обов'язкового страхування, що здійснюються в Україні;
- завдання та правила проведення страхування життя в Україні;
- мету впровадження та діючі види обов'язкового страхування від нещасних випадків в Україні;
- особливості проведення добровільного страхування від нещасних випадків;
- цілі, завдання та особливості проведення добровільного медичного страхування в Україні.

Студент повинен уміти:

- розрізняти загальні (ризикові) види особистого страхування та довгострокове страхування;
- розрізняти обов'язкові види страхування від нещасних випадків та соціальні страхові гарантії;
- аналізувати можливості диференціації тарифних ставок за страхуванням від нещасних випадків та страхуванням медичних витрат залежно від різних груп застрахованих осіб.
- визначати переваги та недоліки систем добровільного та обов'язкового медичного страхування в Україні.

Тема 9. Перестраховання та співстраховання

Необхідність та сутність перестрахового захисту. Порядок укладання угоди перестраховання. Основні форми перестраховання: факультативне, облігаторне, факультативно-облігаторне. Пропорційне перестраховання. Договори квоти та ексцеденту су-

ми: переваги та недоліки. Непропорційне перестраховання. Договори перестраховання перевищення збитків та перевищення збитковості: переваги та недоліки, межі застосування. Порядок розрахунку обсягу страхової відповідальності за договорами пропорційного та непропорційного перестраховання. Економічна сутність співстраховання. Страхові та перестрахові пули. Переваги та недоліки перестраховання ризиків у нерезидентів.

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- цілі застосування перестраховання на страховому ринку;
- правову базу здійснення перестраховання в Україні;
- основні терміни, що використовуються при укладанні договору перестраховання;
- критерії визначення ліміту власного утримання компанії;
- відмінності форм здійснення перестраховання;
- відмінності та межі застосування пропорційних та непропорційних договорів перестраховання.
- відмінності співстраховання та перестраховання.

Студент повинен уміти:

- оцінювати переваги та недоліки різних форм проведення перестраховання;
- розраховувати обсяг страхової відповідальності за квотним договором перестраховання, оцінювати доцільність квоти з точки зору власних можливостей цедента;
- розраховувати обсяг відповідальності сторін за договором ексцеденту сум;
- розраховувати обсяг відповідальності сторін за договорами ексцеденту збитків та ексцеденту збитковості;
- оцінювати переваги та недоліки перестраховання ризиків у нерезидентів.

Тема 10. Страхові резерви

Сутність та класифікація страхових резервів. Резервні фонди зі страхування життя. Технічні резерви: резерв збитків та резерв премій. Незароблена премія. Методики формування резерву незароблених премій: „1/365”, „1/24”, „1/4”, „40%”. Вільні резерви.

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- призначення страхових резервів та їх поділ залежно від сфери діяльності страховика;
- особливості формування резервів зі страхування життя;
- складники технічних резервів;
- економічну сутність незаробленої премії;
- методи розрахунку резерву незароблених премій.

Студент повинен вміти:

- розрізняти види страхових резервів залежно від сфери діяльності страховика та економічного призначення;
- розраховувати обсяг резерву незароблених премій методами „1/365”, „1/24”, „1/4”, „40%”.

Тема 11. Доходи та витрати страховика

Особливості формування грошових потоків страховика. Класифікація доходів страховика. Розрахунок доходу страховика від реалізації послуг зі страхування життя та видів страхування інших, ніж страхування життя. Складники операційних доходів страховика. Фінансові доходи. Поділ засобів страховика з позиції інвестування. Принципи інвестування страхових резервів: надійності, ліквідності, диверсифікації, рентабельності. Нормативна структура активів, прийнятих у покриття страхових резервів.

Класифікація витрат страховика. Складники операційних та інших витрат, що належать до собівартості реалізованих послуг. Фінансові витрати. Розрахунок фінансового результату від операційної та звичайної діяльності страховика.

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- особливості формування грошових потоків страховика;
- основні джерела формування доходів страховика;
- законодавчу базу, що визначає порядок та правила інвестування страхових резервів;
- основні складники витрат страховика, що належать до собівартості страхової послуги;

Студент повинен уміти:

- визначати дохід страховика від страхової діяльності залежно від резерву незароблених премій та участі перестраховиків;
- визначати фінансовий результат від операційної діяльності залежно від операційних та інших доходів і витрат;

-визначати фінансовий результат від звичайної діяльності за-
лежно від фінансових та інших доходів і витрат страховика.

Тема 12. Фінансова надійність страховика

Фінансова надійність страховика та фактори, що її забезпечують. Вимоги до системи показників щодо оцінки фінансового стану страховика. Абсолютні та відносні показники Законодавча база щодо визначення платоспроможності страховиків в Україні та в країнах ЄС. Фінансова стійкість страхових операцій та її визначення. Рекомендації Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг щодо методики оцінки фінансового стану страховика на підставі тестів раннього попередження банкрутства. Рейтингова оцінка страховика як фактор запобігання банкрутству.

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- основні фактори, що забезпечують фінансову надійність страховика;
- методика визначення платоспроможності страховика за ризиковим страхуванням та страхуванням життя;
- показники, які використовуються для оцінки фінансового стану страховика;
- методи оцінки фінансової стійкості страхових операцій;
- метод оцінки фінансового стану страховика на підставі тестів раннього попередження банкрутства;
- етапи процедури отримання рейтингової оцінки страховою компанією.

Студент повинен уміти:

- розрізняти поняття фінансової надійності, платоспроможності та фінансової стійкості страхових операцій;
- розраховувати фактичний та нормативний запас платоспроможності, коефіцієнт платоспроможності страховика на звітну дату;
- розраховувати та робити висновки щодо фінансової стійкості страхових операцій залежно від кількості застрахованих об'єктів, нетто-ставки та середньої страхової суми застрахованих об'єктів;
- оцінювати фінансовий стан страховика за допомогою тестів раннього попередження банкрутства.

ТЕМА 1. СУТНІСТЬ, ПРИНЦИПИ ТА РОЛЬ СТРАХУВАННЯ

1.1. Теоретичні відомості

Страховання – особливий вид договірних цивільно-правових відносин із захисту майнових інтересів громадян і юридичних осіб на випадок настання непередбачених негативних подій (*страхових випадків*) за рахунок *страхових фондів*, сформованих шляхом сплати громадянами і юридичними особами страхових платежів (*страхових премій, внесків*).

Страховання не створює *валового внутрішнього продукту*, однак перерозподіляє грошові потоки в ті галузі народного господарства, що найбільше мають потребу в коштах у результаті настання негативних подій.

Страховання є часткою фінансової системи, що виконує в суспільстві низку **соціально-економічних функцій**:

1. Захисна. Страхованням забезпечується фінансовий захист фізичних і юридичних осіб від збитків у результаті настання негативних подій, крім того, страхованням забезпечується безперервність процесу суспільного відтворення шляхом скорочення часу некомпенсованого збитку, що, у свою чергу, знижує загальні збитки в соціально-економічній сфері.

2. Розподільна. Для страховання характерна замкнута розкладка величини збитку від настання негативної події на всіх учасників процесу страховання. Причому, чим ширше коло учасників страховання, тим менше може бути розмір страхового платежу, тим більший збиток можна буде покрити.

3. Інвестиційна. У ринковій економіці зростає роль страховання як одного зі способів концентрації тимчасово вільних грошових коштів фізичних і юридичних осіб, а також як способу ефективного використання даних засобів (поповнення ринку вільного капіталу).

4. Попереджувальна. Полягає у фінансуванні за рахунок коштів страхового фонду попереджувальних заходів, спрямованих на зменшення ризику настання негативних подій, що, у свою чергу, позитивно впливає на соціально-економічний розвиток суспільства в цілому.

5. Міжнародна. Шляхом здійснення міжнародних страхових відносин (страхування зовнішньоекономічних операцій, розміщення фінансових засобів страховика в міжнародній банківській системі) здійснюється міжнародний експорт та імпорт капіталу.

Наприкінці XIX-го століття американським етнографом, істориком і археологом Л.Морганом і німецьким економістом Ф.Енгельсом була розроблена культурно-історична періодизація, відповідно до якої людське суспільство у своєму розвитку пройшло три епохи: дикість, варварство, цивілізацію. Ризик виникає наприкінці першого ступеня дикості, а точніше при переході до її середнього ступеня, коли дикун починає усвідомлювати поняття ризику.

Страхування виникає в натуральному вигляді як захист від голоду в окремі періоди року (насамперед узимку). Первісні люди сушили і заморожували їжу, роблячи запаси на чорний день. Вихідною точкою наступного етапу слід вважати час появи товару, тобто продукту, призначеного для обміну, приблизно за 8 тис.років до н.е.

Поява товару – це період варварства. Він зв'язаний з утворенням держави. Видаються державні закони, що є загальними правилами життя. Найбільш чітким економічним документом є Закони Хаммурапі (господаря старовавілонської держави), прийняті приблизно в 1800р. до н.е.

Цей період у розвитку страхування тривав до 550 р. до н.е., коли в Лідійській державі з'явилися перші золоті монети. Поява металевих грошей означає початок цивілізації. З моменту початку цивілізації страхування набуває яскраво виражену грошову форму.

Широке поширення одержав висновок угоди між учасниками сухопутного або морського каравану про спільне несення збитків від нападу розбійників, крадіжок і т.д. Угода про взаємний розподіл збитків (втрат) від морських небезпек укладалась між купцями-корабельниками Стародавньої Греції.

Порівняно з іншими народами, у Стародавньому Римі подібне страхування було найбільш розвинуте в різних професійних союзах, колегіях статутного типу. Відповідно до правил, при вступі в колегію необхідно було внести одноразовий, а потім і щомісячний внесок. У випадку смерті члена колегії з її каси (фонду) виплачувалася визначена сума для організації гідного похорону. У деяких статутах передбачалися навіть підстави втрати

права на одержання страхової суми. До них належали самогубство і прострочення щомісячних внесків понад установлений термін (6 або 10 місяців).

У період середньовіччя у західноєвропейських державах уперше виникли страхові гільдії (купецькі й ін.) і страхові цехи (ремісничі). Вже в ту пору страхування передбачало різні страхові випадки.

Існувало також і державне страхування. Так, у Московській Русі набіги на російські рубежі, захоплення бранців змусили державу з метою збереження людських поселень створити фінансову базу з царської скарбниці на випадок викупу з полону служивих людей.

З розвитком капіталістичного способу виробництва специфічною ознакою страхування стає отримання прибутку. Страхування переходить з «товариської» у «товарну» форму, перетворюючись в комерційне підприємство.

Перші страхові суспільства (акціонерні) виникли наприкінці XVII -го століття в Англії, Франції, Італії, Данії, Швеції. У другій половині XIX-го століття з'явилися страхові об'єднання типу картелів і концернів, що склалися з десятків страхових суспільств. Були організовані і міжнародні страхові суспільства – російські, шведські, австрійські. Інтенсивно розвивалися нові види страхування, а на їхній основі виникали численні підвиди, різновиди, форми і варіанти страхування.

Таким чином, якщо розташувати основні **способи здійснення страхового захисту** в порядку хронології їхнього виникнення, одержимо наступну послідовність:

1. Самострахування – система індивідуального нагромадження і використання засобів страхового фонду самим суб'єктом, що господарює. Нагромадження засобів виробляється шляхом відрахування частини доходу або прибутку. Фонд може створюватися в матеріальній або грошовій формі.

2. Взаємне страхування – колективне нагромадження страхового фонду особами, що мають загальні економічні інтереси (участь на паях). При цьому внесок кожного учасника залишається його власністю. Створений фонд використовується не в комерційних цілях, а виключно для страхового захисту його учасників.

3. Комерційне страхування – нагромадження страхового фонду суб'єктом господарської діяльності (*страховиком*), що ставить метою одержання прибутку шляхом використання засобів *страхувальників*. Розпорядження засобами страхового фонду й отриманим прибутком залишається в компетенції страховика.

4. Державні соціальні страхові гарантії являють собою соціальне, пенсійне страхування, страхування на випадок безробіття та таке інше. Захист здійснюється шляхом створення державою цільових бюджетних і позабюджетних фондів за рахунок обов'язкових зборів і відрахувань. Розпорядження фондами знаходиться в компетенції спеціального уповноваженого державного органу.

Усі перелічені вище способи здійснення страхового захисту характеризуються повною незалежністю виплат, тобто виплати, на які має право особа за однією системою, не залежать від виплат, на які дана особа має право в будь-якій іншій системі.

Страхові відносини здійснюються на основі визначених **принципів**.

Принцип майнового інтересу. Страхувальник повинен мати *законний майновий інтерес* щодо *об'єкту страхування*. Якщо страхувальник не мав законних прав на об'єкт страхового захисту, то він не міг понести збитків, тобто *договір страхування* вважається недійсним.

1. Принцип граничної сумлінності сторін. Страховики і страхувальники повинні надати один одному максимально повну інформацію щодо об'єкта страхового захисту (*страхувальник*), а також щодо всіх правил і умов укладання договору (*страховик*).

2. Принцип відшкодування. *Страхове відшкодування* лише відновлює майнове становище страхувальника до того рівня, що мав місце до настання страхового випадку.

3. Принцип безпосередньої причини. У договорі страхування повинна бути зафіксована безпосередня причина виникнення збитку (*страховий ризик*). Тільки обговорені події, що вже відбулися, викликають обов'язок страховика відшкодувати збитки у межах *страхової суми*.

4. Принцип суброгації (принцип *регресного позову*). Страховик, компенсуючи збитки після настання страхового випадку може придбати право на позов до третьої особи, з чієї вини став-

ся страховий випадок, для компенсації витрат в обсязі виплаченого страхового відшкодування. Даний регресний позов можливий тільки при законодавчому встановленні провини третьої особи. Термін давності суброгації встановлюється загальними нормами цивільного права.

5. Принцип сприяння страховиків (контрибуції). Якщо страхувальник застрахував об'єкт за договором майнового страхування в декількох страховиків одночасно, сумарне відшкодування, що виплачується всіма страховиками, не буде перевищувати дійсної вартості застрахованого об'єкта. При цьому кожен страховик виплачує свою частку пропорційно участі у сукупній страховій сумі у відповідності з договором страхування.

1.2. Термінологічний словник

Валовий внутрішній продукт – важливий показник економічного розвитку суспільства, що характеризує кінцевий результат виробничої діяльності економічних одиниць у сфері матеріального та нематеріального виробництва. Вимірюється вартістю товарів та послуг, що вироблені даними економічними одиницями.

Договір страхування – угода між страхувальником і страховиком, яка передбачає зобов'язання страховика в разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страхувальникові або іншій особі, на користь якої укладено договір, а страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначені терміни. Договір страхування укладається на підставі заяви страхувальника. Факт укладення договору страхування може засвідчуватись також страховим полісом, свідоцтвом.

Контрибуція – право страховика на звернення до інших страховиків, які за переданими полісами несуть відповідальність перед одним і тим же конкретним страхувальником з пропозицією розділити витрати на відшкодування збитків.

Об'єкт страхування – законні майнові інтереси страхувальника, що пов'язані з володінням чи розпорядженням будь-яким майном, рівнем здоров'я та працездатності, відповідальністю перед третіми особами за ненавмисно завдану шкоду.

Регрес – право страховика на висування в межах фактично сплаченої страхувальникові суми страхового відшкодування претензії до третьої сторони, яка винна в страховому випадку, з метою отримання від неї компенсації за заподіяну шкоду.

Страховик – суб'єкт підприємницької діяльності, фінансова установа, що має право на здійснення страхової діяльності, основним предметом діяльності якої є укладання та обслуговування договорів страхування.

Страхувальник – юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала договір страхування, сплатила належні внески і має право в разі настання страхового випадку отримати відшкодування в межах застрахованої суми, обумовленої в полісі.

Страхове відшкодування – грошова виплата в межах страхової суми за договорами страхування майна і відповідальності, що не може перевищувати розміру прямого збитку, понесеного страхувальником.

Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість у страхуванні об'єктів, до яких страхувальник має відношення як власник, орендар, перевізник тощо. Включає все те, що може бути предметом заподіяння матеріального збитку (шкоди) страхувальникові або у зв'язку з чим може виникнути відповідальність страхувальника перед третіми особами.

Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування або чинним законодавством, з настанням якої виникає обов'язок страховика відшкодувати заподіянні цією подією збитки або виплатити страхове забезпечення страхувальникові (застрахованій особі, бенефіціару).

Страховий внесок – частина страхової премії, яка сплачується за визначений термін страхування.

Страхова премія – платіж, що сплачується страхувальником страховику за умовами договору одноразово за весь період страхування.

Страховий ризик – подія, що має ознаки випадковості та імовірності настання, на випадок якої здійснюється страхування.

Страхова сума – ліміт відповідальності страховика за договором страхування; грошова сума, у межах якої страховик відповідно до умов договору зобов'язаний зробити виплату при настанні страхового випадку.

Страховий фонд – 1) сукупність натуральних запасів і фінансових резервів суспільства, призначений для попередження, локалізації і відшкодування збитків, завданих стихійними лихами, нещасними випадками та іншими надзвичайними подіями; 2) грошові кошти, що перебувають у розпорядженні страховика та використовуються на здійснення страхових виплат та на утримання страхової компанії.

1.3. Завдання для перевірки знань

1. Страхування є:

- а) складовником державних фінансів;
- б) складовником фінансової системи;
- в) складовником фінансів підприємств;
- г) складовником державного бюджету.

2. Якої функції не виконує страхування?

- а) фіскальної;
- б) розподільної;
- в) превентивної;
- г) захисної?

3. Страховий фонд самострахування може створюватись у вигляді:

- а) виробничих запасів;
- б) грошових накопичень;
- в) запасів сировини;
- г) всі відповіді правильні.

4. Який принцип страхування відбиває право страховика на компенсацію матеріальних витрат після виплати страхового відшкодування за рахунок третьої особи, винної в настанні страхового випадку?

- а) принцип контрибуції;
- б) принцип граничної сумлінності;
- в) принцип відшкодування;
- г) принцип суброгації?

5. Страховий фонд страховика створюється:

- а) в натуральній формі;
- б) як в натуральній, так і в грошовій формі;
- в) в грошовій формі;
- г) винятково у вигляді цінних паперів.

6. Який принцип страхування відбиває право страховика на пропорційний поділ відповідальності, якщо об'єкт застрахований одночасно за декількома договорами майнового страхування у декількох страховиків?

- а) принцип контрибуції;
- б) принцип граничної сумлінності;
- в) принцип відшкодування;
- г) принцип суброгації?

7. Страхування – це:

а) одержання страховиком прибутку внаслідок страхового випадку;

б) фінансовий механізм для передачі суб'єктом власних ризиків страховику на договірній платній основі;

в) система компенсації збитків, нанесених страхувальникові за рахунок власних коштів страховика;

г) соціальний фонд допомоги особам, що одержали збитки внаслідок нещасних випадків або катастроф.

8. Які з перерахованих нижче заходів сприяють підвищенню ролі страхування?

- а) зростання інфляції;
- б) низькі розміри державного пенсійного забезпечення;
- в) зменшення безкоштовних соціальних послуг;
- г) усі відповіді правильні.

9. Страховий фонд заснований на паях:

- а) в акціонерних страхових компаній;
- б) у комерційних страхових компаній;
- в) у державних страхових компаній;
- г) у суспільств взаємного страхування.

10. Метою взаємного страхування є..

- а) отримання прибутку від проведення страхування за рахунков використання коштів страхувальників;
- б) надання допомоги соціально не захищеним членам суспільства;
- в) використання засобів страхового фонду в якості інвестиційних ресурсів;
- г) виключно страховий захист учасників.

11. Метою комерційного страхування є...

- а) отримання прибутку від проведення страхування за рахунков використання коштів страхувальників;
- б) надання допомоги соціально не захищеним членам суспільства;
- в) використання засобів страхового фонду в якості інвестиційних ресурсів;
- г) виключно страховий захист учасників.

12. Метою соціального страхування є...

- а) отримання прибутку від проведення страхування за рахунков використання коштів страхувальників;
- б) надання допомоги соціально не захищеним членам суспільства;
- в) використання засобів страхового фонду в якості інвестиційних ресурсів;
- г) виключно страховий захист учасників.

13 Чи може страхове відшкодування перевищувати збиток від наслідків страхової події?

а) Так.

б) Ні.

в) Тільки якщо збиток був наслідком стихійного лиха чи інших катастрофічних подій.

1.4. Теми рефератів

1. Роль страхування в ринковій економіці.
2. Джерела виникнення страхування та етапи його розвитку.
3. Формування страхових ринків країн Європи.
4. Розвиток страхування в умовах становлення капіталістичних відносин у Росії.

Література: [1, 2, 50, 52, 53].

ТЕМА 2. КЛАСИФІКАЦІЯ СТРАХУВАННЯ

2.1. Теоретичні відомості

Страховання, як і інші сфери діяльності людини, вимагає створення внутрішньої упорядкованої структури. Така структура дає можливість виробити методологію страховання, організувати навчальний процес, провести наукові дослідження. Для реалізації даних завдань застосовують **класифікацію**.

Під класифікацією розуміють систему понять (класів), упорядкованих і підлеглих визначеній ознаці, у визначеній сфері знань або сфері діяльності людини, що використовується як спосіб установалення взаємозв'язку між даними поняттями.

Залежно від того, з якою метою проводиться класифікація, вибирають ту або іншу *класифікаційну ознаку*.

Страховання як наука і сфера бізнесу характеризується великою кількістю специфічних понять. В основу класифікації страховання покладені розбіжності у сферах діяльності страхових компаній, у визначенні об'єкта страховання, у страхових випадках і т. ін.

Найбільш важливими з погляду практичного використання, є такі економічні ознаки класифікації:

- залежно від об'єкта страхових відносин (майнове страхування, особисте страхування і страхування відповідальності);
- залежно від форми проведення (добровільне й обов'язкове страхування);
- залежно від сфери діяльності страховика (ризикове страхування і довгострокове страхування).

Об'єктами страхових відносин виступають майнові інтереси громадян або юридичних осіб, пов'язані:

- з життям, здоров'ям, працездатністю (**особисте страхування**);
- з володінням, користуванням, розпорядженням яким-небудь майном (**майнове страхування**);
- з відшкодуванням страховальником збитку, заподіяного третій особі або його майну (**страхування відповідальності**).

Страховання може проводитися в **добровільній і обов'язковій формі**. Суспільство в особі держави встановлює обов'язко-

ве страхування, тобто обов'язковість внесення відповідним колом страхувальників фіксованих страхових платежів, коли необхідність відшкодування матеріального збитку або надання іншої грошової допомоги стосується інтересів не тільки конкретної постраждалої особи, але і суспільних інтересів. Іншими словами, обов'язкова форма страхування поширюється на пріоритетні об'єкти страхового захисту.

Обов'язкову форму страхування характеризують такі принципи.

1. Обов'язкове страхування встановлюється законом, відповідно до якого страховик зобов'язаний застрахувати відповідні об'єкти, а страхувальник – внести належні страхові платежі. У випадку неплатоспроможності страховика, що здійснює державне обов'язкове страхування, держава гарантує страхувальникам виконання зобов'язань компанії за договорами такого страхування. Закон звичайно передбачає:

- а) перелік підлягаючих обов'язковому страхуванню об'єктів;
- б) обсяг страхової відповідальності;
- в) рівень або норми страхового забезпечення;
- г) порядок установалення *тарифних ставок* або середніх розмірів цих ставок з наданням права їх диференціації на місцях;
- д) періодичність внесення страхових платежів;
- е) основні права й обов'язки страховика і страхувальника.

2. Суцільне охоплення обов'язковим страхуванням зазначених у законі об'єктів. Для цього страхові органи повинні щорічно проводити територіальну реєстрацію застрахованих об'єктів, нарахування страхових платежів і їх стягування у встановлений термін.

3. Автоматичність поширення обов'язкового страхування на об'єкти, зазначені в законі.

4. Дія обов'язкового страхування поза залежністю від внесення страхових платежів. У випадках, коли страхувальник не сплатив належні внески, вони можуть стягуватися в судовому порядку. Страхове відшкодування буде виплачене за винятком заборгованості із страхових платежів.

5. Безстроковість обов'язкового страхування. Воно діє протягом усього періоду існування об'єкта страхового захисту.

6. Нормування страхового забезпечення. З метою спрощення страхової оцінки і порядку виплати страхового відшкодування,

установлюються норми страхового забезпечення у відсотках від *страхової оцінки*.

Добровільне страхування побудоване на дотриманні таких принципів.

1. Добровільне страхування діє і згідно з законом, і на добровільних підставах. Страхове законодавство визначає підлеглі добровільному страхуванню об'єкти і найбільш загальні умови страхування. Конкретні умови страхування регулюються *правилами страхування*, що розробляються страховиком.

2. Добровільна участь у страхуванні для страхувальників. Страховик не в праві відмовитися від страхування об'єкта, якщо волевиявлення страхувальника не суперечить умовам страхування.

3. Вибіркове охоплення об'єктів страхового захисту, що зв'язано з тим, що не всі потенційні страхувальники бажають взяти у ньому участь.

4. Обмеження *терміну страхування*. При цьому початок і закінчення терміну особливо обумовлюються в договорі, оскільки страхова сума підлягає виплаті, якщо страховий випадок відбувся в період страхування. Безперервність страхування можна забезпечити тільки шляхом повторного переукладання договорів.

5. Дія страхового захисту тільки при сплаті страхових внесків. Договір страхування починає діяти з моменту отримання страховиком страхового платежу чи першого страхового внеску, якщо інше не передбачено договором.

6. Несплата чергового страхового внеску спричиняє припинення дії договору страхування.

7. Залежність страхового забезпечення від бажання страхувальника. За майновим страхуванням страхувальник може визначити страхову суму в межах страхової оцінки майна, за особистим страхуванням страхова сума за договором встановлюється за угодою сторін.

Перелік видів добровільного й обов'язкового страхування визначений законом України «Про страхування». Право на здійснення добровільного й обов'язкового страхування страховик одержує при наявності відповідної ліцензії.

У Законі України «Про страхування» наведений перелік 33 видів обов'язкового страхування, що повинні здійснюватися в нашій державі.. Нові види обов'язкового страхування можуть бу-

ти введені тільки шляхом внесення змін у даний Закон. До складу обов'язкового страхування входять:

- 1) медичне страхування;
- 2) особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників (крім тих, котрі працюють в організаціях, фінансованих з Державного бюджету України) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків;
- 3) особисте страхування працівників відомчої охорони (крім тих, котрі працюють в організаціях, фінансованих з Державного бюджету України), сільської пожежної охорони і членів добровільних пожежних дружин;
- 4) страхування спортсменів вищих категорій;
- 5) страхування життя і здоров'я фахівців ветеринарної медицини;
- 6) особисте страхування пасажирів від нещасних випадків на транспорті;
- 7) *авіаційне страхування* цивільної авіації;
- 8) страхування відповідальності морського *перевізника* і виконавця робіт, зв'язаних з обслуговуванням морського транспорту;
- 9) страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів;
- 10) страхування засобів водного транспорту;
- 11) страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних зелених насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур і цукрового буряка сільськогосподарськими підприємствами усіх форм власності;
- 12) страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установи за шкоду, що може бути нанесена унаслідок ядерного інциденту;
- 13) страхування працівників (крім тих, котрі працюють в організаціях, фінансованих з Державного бюджету України), що беруть участь у наданні психіатричної допомоги;
- 14) страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, що може бути заподіяна пожежами й аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки;
- 15) страхування цивільної відповідальності інвестора, у тому числі за шкоду, що може бути заподіяна навколишньому середовищу, здоров'ю людини;

16) страхування майнових ризиків за договором про розподіл продукції у випадках, передбачених Законом України «Про договір про розподіл продукції»

17) страхування фінансової відповідальності, життя і здоров'я тимчасового адміністратора і ліквідатора фінансової організації;

18) страхування майнових ризиків при промисловій розробці родовищ нафти і газу у випадках, передбачених Законом України «Про нафту і газ»;

19) страхування медичних та інших працівників державних і комунальних органів охорони здоров'я і державних наукових установ (крім тих, котрі працюють в організаціях, фінансованих з Державного бюджету України) на випадок інфекційних захворювань, що зв'язано з виконанням ними професійних обов'язків;

20) страхування відповідальності експортера й особи, що відповідає за утилізацію небезпечних відходів;

21) страхування персоналу ядерних установок, джерел іонізуючого випромінювання, а також державних інспекторів з нагляду за ядерною і радіаційною безпекою від ризику впливу іонізуючого випромінювання;

22) страхування об'єктів космічної діяльності (наземна інфраструктура), перелік яких затверджений Кабінетом Міністрів України;

23) страхування цивільної відповідальності суб'єктів космічної діяльності;

24) страхування об'єктів космічної діяльності, що є власністю України, перелік яких затверджений Кабінетом Міністрів України;

25) страхування ризиків, що зв'язані з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском і експлуатацією в космічному просторі;

26) страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів;

27) страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може принести шкоду третім особам, відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України;

28) страхування відповідальності власників порід собак, відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України;

29) страхування цивільної відповідальності осіб, що мають у своєму розпорядженні зброю, за шкоду, що може бути заподіяна третій особі;

30) страхування тварин на випадок загибелі, змушеного вибою, хвороб, нещасних випадків, відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України;

31) страхування відповідальності суб'єктів туристичної діяльності;

32) страхування відповідальності морського судновласника;

33) страхування ліній електропередач і устаткування, пристроїв, що передають електроенергію від ушкоджень унаслідок стихійних лих, техногенних катастроф, протиправних дій третіх осіб.

Усі види страхування, що не входять до даного переліку, проводяться в добровільній формі.

Оптимальне сполучення обов'язкового і добровільного страхування дозволяє сформувати таку систему видів страхування, що забезпечить універсальний обсяг страхового захисту суспільного виробництва.

Найбільш важливим з погляду організації фінансів страховика є розподіл страхування залежно від сфери діяльності на довгострокове (накопичувальне) і ризикове (загальне). Така класифікація має велике значення з погляду особливостей формування і розміщення страхових резервів і оподатковування страхової діяльності.

В основі віднесення того або іншого виду страхування до ризикового або довгострокового лежить сукупність двох ознак, а саме:

1. Термін дії договору страхування. Договори довгострокового страхування укладають на термін 10, 20 і більше років. У вітчизняній практиці мінімальний термін дії договорів страхування життя – 3 роки.

2. Наявність накопичувального характеру договору страхування. Протягом усієї дії договору страхувальники періодично сплачують страхові премії з таким розрахунком, щоб загальна сума внесків у результаті дорівнювала страховій сумі за договором. Відбувається своєрідне нагромадження страхувальниками засобів, що зберігаються (перебувають у керуванні) у страховика на період дії договору страхування. Оскільки відповідальність страховика за договорами довгострокового страхування настає

або у випадку смерті застрахованої особи, або у випадку дожиття його до визначеної в договорі дати, це означає, що засоби в будь-якому випадку повертаються страхувальникові (або його спадкоємцям), причому з визначеними відсотками. Тобто внески із страхування життя мають чітко виражений характер інвестицій.

Законодавство багатьох країн передбачає встановлення мінімальної *норми прибутковості*, яку страховик зобов'язується забезпечити в результаті керування засобами страхувальників з довгострокового страхування. На цю норму прибутковості, передбачену при розрахунку страхових тарифів, може зменшуватися сума страхових внесків, що сплачуються страхувальником.

Ризикове страхування містить у собі всі ті види, що не відповідають ознакам довгострокових договорів. Страхові премії за договорами ризикового страхування сплачуються, як правило, одноразово у визначеному відсотку від страхової суми. Вони не накопичуються, тобто не розглядаються страховиком як інвестиційні ресурси і не повертаються страхувальникам, якщо страхова подія не настала. Договори ризикового страхування, таким чином, забезпечують тільки компенсацію збитків. Ці договори укладаються на невеликий термін, як правило, на один рік.

Законодавством України передбачено, що компанії, які одержали *ліцензію* на проведення страхування життя, не мають права здійснювати ризикове страхування, і навпаки. Такий підхід характерний і для багатьох закордонних країн. Справа в тім, що фінансове керування компанією, що проводить страхування життя, відрізняється від керування компанією, що проводить ризикове страхування. Необхідність заощадження засобів довгострокових зобов'язань із страхування життя висуває стосовно страховиків, що проводять цей вид страхування, особливі вимоги. Для них, як правило, передбачається підвищений розмір статутного капіталу. Встановлюється також особливий порядок формування резервних фондів. Доходи таких компаній у вигляді страхових внесків за договорами страхування життя не підлягають оподатковуванню.

Довгостроковий характер зобов'язань за договорами страхування життя впливає на характер *інвестицій*, що здійснюються страховиком. Він може дозволити собі визначену частку довгострокових інвестицій у зв'язку з тим, що договори страхування життя уклада-

ють на тривалий термін, а виплати, як правило, значно відстрочені, і, крім того, піддаються досить точному прогнозуванню.

Компанії, що проводять ризикове страхування, орієнтовані на короткострокові інвестиції. Особливі інвестиційні можливості компаній, що проводять страхування життя, роблять унікальним їх становище на ринку вільного капіталу. Вони є фінансовими установами, що задовольняють економічні потреби в дефіцитному капіталі для довгострокових інвестицій.

2.2. Термінологічний словник

Авіаційне страхування – страхування ризиків, пов'язаних із використанням авіаційної та космічної техніки. Іноді страхування космічних ризиків відокремлюється в інший вид. До авіаційного страхування входять: страхування літаків, вертольотів та іншої авіаційної техніки від пошкодження й знищення; страхування відповідальності перед пасажирами і третіми особами за шкоду, заподіяну їх здоров'ю та майну; відповідальність власників повітряних суден як роботодавців; страхування деяких інших ризиків.

Закон «Про страхування» – прийнятий Верховною Радою України 7 березня 1996р. Регулює відносини у сфері страхування і спрямований на розвиток ринку страхових послуг, посилення надійності страхового захисту юридичних і фізичних осіб. Дія цього Закону не поширюється на державне соціальне страхування. Документ містить 5 розділів (загальні положення, умови страхування, забезпечення платоспроможності страховиків, державний нагляд за страховою діяльністю в Україні, заключні положення).

Інвестиції – грошові, майнові, інтелектуальні цінності, що вкладаються в об'єкти підприємницької та інших видів діяльності з метою отримання прибутку.

Ліцензія на страхову діяльність – документ, що засвідчує право страхової компанії брати на страхування страхові ризики певного виду. Видається державним уповноваженим органом у справах нагляду за страховою діяльністю, має спеціальну форму і містить такі обов'язкові реквізити: повну і скорочену назву страховика та його юридичну адресу; перелік видів добровільного та

обов'язкового страхування; назву території, на якій страховик та його філії мають право укладати договори страхування; термін дії, реєстраційний номер і дату видачі ліцензії; підпис керівника (або заступника) державного органу у справах нагляду за страховою діяльністю. У разі порушення страхового законодавства ліцензія може бути відкликана.

Норма дохідності – відсоток, який нараховується страховиком на резерв внесків із страхування життя та пенсій при використанні його коштів як кредитних ресурсів. Норма дохідності враховується при визначенні початкових внесків страхувальників за укладеними договорами.

Ознака класифікації – ознака, покладена в основу поділу страхування на окремі ланки класифікації.

Перевізник – транспортна організація (або юридична особа), яка здійснює перевезення вантажів чи пасажирів.

Правила страхування – обов'язковий документ на кожний ліцензований вид страхування, погоджений з державним уповноваженим органом; містить перелік об'єктів страхування, перелік страхових ризиків, порядок укладання договорів, права й обов'язки сторін, умови припинення дії договору і порядок вирішення суперечок.

Страхування об'єктів космічної діяльності – вид страхування, що охоплює космічні програми в цілому, розробку і запуск одного або серії супутників, проведення експериментів у космосі, життя і здоров'я космонавтів і наземного персоналу, втрату доходів, відповідальність перед третіми особами.

Страхова оцінка – встановлення страховиком чи уповноваженою страховиком особою вартості майна, що приймається на страхування. Страхова оцінка є основою для визначення страхової суми за договором.

Страхування професійної відповідальності – призначене для покриття збитків, заподіяних третім особам, внаслідок помилок і упущень таких посадових осіб, як адвокати, архітектори, аудиторів, бухгалтерів, нотаріусів і т. ін. Страхування професійної відповідальності поширюється на певний період, а не на конкрет-

ний випадок. Законом «Про страхування» передбачено перелік професій, щодо яких страхування професійної відповідальності є обов'язковим.

Тарифна ставка – грошова ставка з одиниці страхової суми чи відсоткова ставка з сукупної страхової суми. Страхова премія визначається як добуток страхового тарифу та страхової суми за договором.

Термін страхування – термін, на який укладається договір страхування, по закінченні якого обов'язки страховика перед страхувальником вважаються виконаними.

2.3. Завдання для перевірки знань

1. До накопичувального страхування можна віднести...

- а) страхування життя на дожиття;
- б) страхування від нещасних випадків;
- в) пенсійне страхування;
- г) страхування майна.

2. До ризикового страхування можна віднести...

- а) страхування життя на випадок смерті;
- б) страхування від нещасних випадків на виробництві;
- в) пенсійне страхування;
- г) майнове страхування.

3. При здійсненні обов'язкових видів страхування...

- а) джерелом виплат страхових сум і відшкодувань є державний бюджет;
- б) у випадку неплатоспроможності страховика держава гарантує виконання всіх його зобов'язань перед страхувальниками;
- в) держава покладає виконання обов'язків страховика на державну страхову компанію;
- г) страхові тарифи затверджуються уповноваженим державним органом.

4. Договір добровільного страхування починає діяти:

- а) з наступного дня після його висновку;

б) з моменту внесення першого страхового внеску, якщо інше не передбачено договором;

в) з моменту одержання страхувальником страхового полісу;

г) жодна відповідь неправильна.

5. Які з перелічених нижче видів страхування є обов'язковими в Україні?

а) страхування відповідальності за забруднення навколишнього середовища;

б) страхування відповідальності перевізника небезпечних вантажів;

в) страхування відповідальності виробника за якість продукції;

г) страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів?

6. Страхування відповідальності перевізника в Україні здійснюється:

а) винятково в добровільній формі;

б) винятково в обов'язковій формі;

в) в обов'язковій формі для перевезення небезпечних вантажів;

г) в обов'язковій формі для авіаційних і морських перевезень.

7. Які з перерахованих видів страхування відносяться до страхування відповідальності?

а) страхування від нещасних випадків;

б) страхування майна від збитку, нанесеного третіми особами;

в) страхування вантажів;

г) страхування підприємств – джерел підвищеної небезпеки?

8. Страховики в Україні повинні одержувати ліцензію на проведення:

а) тільки обов'язкового страхування;

б) тільки добровільного страхування;

в) як добровільного, так і обов'язкового страхування.

9. Хто визначає величину тарифів за добровільними видами страхування?

а) страховик у довільній формі;

б) Уповноважений орган щодо нагляду за страховою діяльністю;

- в) страховик з урахуванням витрат на відповідний вид страхування;
- г) страхувальник при укладанні договору страхування?

2.4. Теми рефератів

1. Порівняльна характеристика систем класифікації страхування, які використовуються в Україні й у країнах Європейського союзу.
2. Обов'язкове страхування в Україні: проблеми і перспективи проведення.

Література: [1, 2, 5, 6, 42,43, 50, 53].

ТЕМА 3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА ЇХ ОЦІНКА

3.1. Теоретичні відомості

Поняття ризику асоціюється з ненадійністю, непевністю, випадковістю якої-небудь події або явища. В економічному змісті під ризиком звичайно розуміють імовірність появи негативних наслідків у вигляді збитку в тій або іншій сфері діяльності людини.

Ризик також часто пов'язують з поняттям невизначеності. Невизначеність має місце в багатьох ситуаціях соціально-економічного характеру і зв'язана з неможливістю установити чіткий причинно-наслідковий зв'язок між елементами процесу і спрогнозувати точний результат. В умовах невизначеності кінцевий результат можна спрогнозувати тільки приблизно, при цьому він буде збігатися з очікуваним результатом або відхилитися від нього.

Поняття ризику, на відміну від невизначеності, має практичний характер використання, тобто має потребу в об'єктивних характеристиках. Об'єктивні характеристики ризику можна установити шляхом його оцінки за допомогою кількісних методів.

Основою кількісної оцінки ризику є:

- частота настання випадкової події;
- очікувана величина збитку;
- можливе відхилення фактичного результату від очікуваного значення.

Така кількісна оцінка ризику можлива тільки у випадку наявності достатньої кількості інформації для обробки статистичними методами. Якщо інформації недостатньо, то ризик залишається на рівні повної невизначеності.

У різних сферах діяльності людини існує велика кількість ризиків, які необхідно класифікувати з метою вивчення і прийняття раціональних рішень. Залежно від цілей класифікації, ризики можна класифікувати за кількісними і якісними критеріями.

Наприклад, залежно від походження, ризики можуть бути природними й антропогенними.

До природних ризиків відносять події, що не були спровоковані діями людини (стихійні лиха, цунамі, зсуви, землетруси і т.д.). До антропогенних відносять ризики, що з'являються внаслідок науково-технічної діяльності людини.

Злежно від ризикогенного об'єкта, ризики можуть бути майновими й особистими (фізичного, фізіологічного і соціального походження).

Найбільш важливим критерієм з економічної точки зору є класифікація ризиків залежно від величини. При цьому ризики характеризуються двома основними параметрами: частотою настання випадкової події і максимальною величиною можливих збитків. Відповідно до даної схеми класифікації розрізняють ризики катастрофічні, великі, середні, малі і незначні.

Катастрофічні ризики характеризуються масштабністю наслідків, середньою за значенням імовірністю настання, а також неможливістю їхнього попередження (вулканічні виверження, землетруси і т.д.). Великі ризики менш відчутні економічно, піддаються більш точному розрахунку і прогнозуванню. Найбільший ступінь імовірності настання мають малі і незначні ризики.

Залежно від можливих наслідків настання події ризики поділяються на чисті і спекулятивні.

Чисті ризики виникають у тому випадку, якщо в результаті настання визначеної події очікуються негативні або нульові наслідки (збитки або їх відсутність). До чистих ризиків відносять усі види природних ризиків, а також ризики екологічні, майнові, транспортні, політичні, частину комерційних ризиків.

Спекулятивні ризики виникають у тому випадку, якщо в результаті настання визначеної події поряд з можливістю збитків може очікуватися позитивний результат (одержання прибутку).

Єдиної загальноприйнятої класифікації ризиків суб'єктів господарчої діяльності не існує; наприклад, стосовно волевиявлення економічного суб'єкта їх поділяють на об'єктивні і суб'єктивні; стосовно середовища походження – на зовнішні і внутрішні, на макро- і мікроекономічні, і т.ін.

Проблема дослідження ризиків, властивих фінансовій сфері економіки, і зокрема суб'єктам фінансового ринку, у міжнародній практиці є однією з найбільш уважно досліджуваних і регульованих.

Базельський комітет з нагляду за банківською діяльністю (Basel Committee on Banking Supervision), класифікуючи ризики професійних учасників фінансового ринку за напрямками їхнього прояву, підрозділяє їх на три великі групи [42]:

1. Фінансові ризики, що зв'язані з основною природою відносин у рамках професійної діяльності на фінансовому ринку.

2. Операційні ризики, що зв'язані з реалізацією несприятливих факторів зовнішнього і внутрішнього середовища "нефінансового" характеру.

3. Ризики події (бізнес-ризики), що пов'язані з прийняттям рішень у рамках ведення господарської діяльності.

Група фінансових ризиків професійних учасників фінансового ринку включає основні ризики цієї сфери діяльності – ринковий, кредитний і ризик ліквідності.

Ринковий ризик (market risk) – виражає можливість негативної зміни вартості активів у результаті коливань ринкової кон'юнктури – процентних ставок, курсів валют, цін акцій, облігацій і товарних контрактів. У цьому зв'язку різновидами ринкового ризику є, зокрема, *валютний і відсотковий ризики*.

Кредитний ризик (credit risk) – виражає можливість втрат у результаті нездатності контрагентів (позичальників) виконувати свої зобов'язання, зокрема щодо виплати відсотків і основної суми боргу у відповідності до термінів й умов кредитно-фінансової угоди. Цей вид ризиків містить такі підвиди: *ризик держави і ризик контрагента*.

Ризик ліквідності (liquidity risk) поділяється на два підвиди:

а) ризик ринкової ліквідності (market liquidity risk) – можливість втрат, викликаних неможливістю купити або продати актив у потрібній кількості за досить короткий період часу через погіршення ринкової кон'юнктури;

б) ризик балансової ліквідності (*funding liquidity risk*) – можливість виникнення дефіциту наявних засобів або інших високоліквідних активів для виконання зобов'язань перед контрагентами.

Група операційних ризиків – одна з найбільш численних та формалізованих. Характеризуються також важкістю проведення кількісної оцінки.

Операційний ризик (*operational risk*) – ризик виникнення збитків у результаті недоліків або помилок під час здійснення внутрішніх процесів, допущених з боку співробітників, функціонування інформаційних систем і технологій, а також унаслідок зовнішніх подій. По суті, до цієї групи входять різного роду несприятливі події, зв'язані з неправильною побудовою бізнес-процесів, неефективністю процедур внутрішнього контролю, технологічними збоями, несанкціонованими діями персоналу, а також впливами ззовні, включаючи людський і природний фактори. За спектром операційних ризиків ця група поділяється на такі різновиди ризиків:

- а) *ризик персоналу* (*personnel risk*);
- б) *технологічний ризик* (*technological risk*);
- в) *юридичний ризик* (*legal risk*);
- г) *ризик зовнішнього середовища* (*external event risk*).

Група ризиків події (*business event risks*) – виражає можливість негативних змін у загальному ході економічної діяльності (бізнесі) унаслідок непередбаченої зміни умов ведення господарської діяльності, форс-мажорних обставин, змін законодавства, дій державних органів і т.д.

За профілем ризиків ця група підрозділяється на:

- а) *політичний ризик* (*political risk*);
- б) *ризик ділової репутації* (*reputation risk*);
- в) *ризик дій менеджменту і ризик дій власників*;
- г) *ризик стратегії* (*strategically risk*).

Усі перелічені ризики будуть мати різну значущість для різних учасників фінансового ринку – кредитно-фінансових інститутів, спеціалізованих і допоміжних посередників. Цілком природно, що найбільша агрегація, акумуляція різних ризикових напря-

мів має місце в кредитно-фінансових інститутах – банках, інвестиційних фондах, тому що в них активно сполучаються всі три групи ризиків.

У посередників (депозитаріїв, реєстраторів) таке сполучення виражене менше: так, досить незначну частку ризиків ліквідності і ринкових ризиків, політичних ризиків несуть суб'єкти фінансового ринку, що обслуговуються ними, зате має місце високий рівень операційних ризиків і ризиків репутації. У загальному обсязі відрізняється також і вплив окремих категорій ризиків залежно від внутрішніх підрозділів учасників фінансового ринку.

Страховий ризик – це ризик, який можна застрахувати, тобто щодо економічного суб'єкта в цілому, і щодо учасника фінансового ринку зокрема він повинний відповідати визначеним критеріям. У страхуванні до таких критеріїв відносять:

1. Можливість визначення ризику (у ключі зв'язку причини зі збитком, а також часу, місця, суми збитку).

2. Випадковий характер ризику (причина збитку повинна носити цілком випадковий характер, страховий випадок не повинен мати причинно-наслідкового зв'язку з попередніми подіями).

3. Можливість співвіднесення ризику з масою однорідних об'єктів, що є базою застосування основного для страхування закону великих чисел, а також статистичної складової в страховій діяльності.

4. Можливість оцінки ризику з погляду імовірності реалізації, а також кількісних розмірів збитку в грошовому вираженні.

5. Відсутність можливості катастрофічних збитків.

6. Економічна прийнятність вартості страхування ризику. Премія повинна складати якнайменшу частину в порівнянні з обсягом відповідальності страховика по даному ризику.

Відповідно, система страхування ризиків учасників фінансового ринку повинна базуватися на вищенаведеній загальній схемі їхньої класифікації і задовольняти переліченим критеріям. Підсумок такого аналізу може бути поданий у вигляді таблиці 1.

Таблиця 1.
Систематизація ризиків учасників фінансового ринку

Ризики учасників фінансового ринку	Критерії систематизації							
	Можливість діагностики	Чиста невизначеність	Випадковість	Масовість	Можливість оцінки імовірності	Можливість катастрофічного збитку	Принятність вартості	Страховий/ нестраховий
ФІНАНСОВІ РИЗИКИ								
Ризик ліквідності (ризик ринкової ліквідності; ризик балансової ліквідності)	±	-	+	±	±	+	-	НС
Кредитний ризик (ризик держави; ризик контрагента)	+	+	+	+	+	±	+	С
Ринковий ризик (відсотковий ризик; валютний ризик; фондовий ризик)	±	-	+	±	-	+	-	НС
ОПЕРАЦІЙНІ РИЗИКИ								
Ризики персоналу	+	+	+	+	+	-	+	С
Технологічний ризик (ризик систем; ризик процесів)	+	+	+	+	+	-	+	С
Юридичний ризик	+	+	+	+	+	-	+	С
Ризик зовнішнього середовища (кримінальний ризик; природний ризик)	+	+	+	+	+	-	+	С
РИЗИКИ ПОДІЇ								
Політичний ризик	+	+	+	+	±	+	+	С
Ризик репутації	±	-	-	+	-	-	+	НС
Ризик дій менеджменту	±	-	-	+	±	-	+	НС
Ризик дій власників (ризик рішення; ризик вибору)	-	-	-	-	±	-	+	НС
Ризик стратегії	±	-	+	-	±	-	-	НС

Розподіл ризиків на страхові і нестрахові виглядає таким чином.

1. Ризик ліквідності – може бути визначений за часом і місцем, однак є труднощі з визначенням його величини. Він зв'язаний зі спекулятивною невизначеністю (тому що компанія, наприклад, може мати і надлишкову ліквідність). Параметри випадковості визначаються з визначеними застереженнями, масовість характерна малою мірою, а катастрофічний збиток практично неможливий. Таким чином, за сукупністю даний ризик має бути віднесений до нестрахового.

2. Кредитний ризик – може бути визначений за часом, місцем, а також розміром збитку (сума заборгованості). У чистому вигляді ризик об'єктивний і випадковий, тому що є можливість кредитних перевірок, аналізу діяльності партнерів. Невизначеність чиста, ризик може бути співвіднесений з масою однорідних об'єктів, імовірність може бути підрахована з визначеною часткою погрішності. Катастрофічний збиток малоімовірний. Відповідно, ризик може бути віднесений до розряду страхових. Приклад реалізації – кредитне страхування (Credit insurance) у різних його формах.

3. Ринковий ризик – може бути визначений у часі і просторі. Імовірність визначити важко. Ризик є спекулятивним, а також малою мірою випадковим, тому що ринкові коливання можуть йти в тому числі й у позитивну для учасника фінансового ринку сторону. Катастрофічний збиток ймовірний. Таким чином, даний ризик не є страховим.

4. Ризик персоналу, технологічний ризик, юридичний ризик, ризик зовнішнього середовища – дані ризики являють собою класичні приклади страхових ризиків, що підтверджується практикою. Вони чітко визначені за місцем, часом, розміром збитку, при цьому є чистими і випадковими. Вони статистично визначаються, співвідносяться з масою однорідних об'єктів, не очікують катастрофічних збитків. Імовірність дозволяє пропонувати страхування по економічно прийнятній вартості. Приклади: страхування професійної відповідальності (Professional Indemnity), страхування від електронних і комп'ютерних злочинів (Electronic & Computer Crime insurance) і т.д.

5. Політичний ризик – є обумовленим за часом, місцем, характеризується визначеною імовірністю і випадковістю, хоча не

повною мірою зв'язаний з чистою невизначеністю. Здебільшого співвідноситься з масою однорідних об'єктів. Досить ймовірний катастрофічний збиток. У цілому може бути віднесений до страхових ризиків. Приклад реалізації – страхування політичних ризиків при експортному кредитуванні (Export credit insurance).

6. Ризик репутації, ризик дій менеджменту, ризик дій власників і ризик стратегії – у чистому вигляді складно піддаються оцінці з погляду конкретного зв'язку причини зі збитком, місцем, розміром. Ризики явно співвідносяться зі спекулятивною невизначеністю, а статистичний підрахунок їх імовірності досить складний. Необхідно, утім, відзначити, що великою мірою вони за характером причинно-наслідкового зв'язку є похідними стосовно інших ризиків. Таким чином, дані ризики є нестраховими, але при високій мірі абстракції параметрів їх можна привести до "страхового" виду, що в окремих випадках і зроблено на практиці (наприклад, страхування відповідальності директорів і посадових осіб компанії (Directors & Officers Liability (D&O) insurance).

Таким чином, система страхових ризиків учасників фінансового ринку в чистому вигляді складається з кредитного, політичного і групи операційних ризиків. При цьому, однак, не можна забувати, що в рамках сучасного економічного процесу господарської діяльності на фінансовому ринку сфери реалізації і впливу даних ризиків тісно сполучені, тому що негативна подія торкається кількох аспектів діяльності. З цим зв'язаний і прогрес у страхуванні, коли з'являються нові страхові продукти, що базуються на абстрагованому підході до добору страхових ризиків.

Крім ризикової функції, з якою, насамперед, асоціюється страхування як фінансовий інститут, воно має цілу низку інших, не менш важливих функцій. Одна з них – *превентивна* – полягає в тім, що за допомогою страхування можна здійснювати заходи щодо усунення або попередження можливих причин настання страхових подій.

У практиці господарської діяльності з метою зниження витрат на проведення страхування і вироблення оптимальної страхової програми використовують ризик менеджмент.

Ризик менеджмент – сукупність послідовних цілеспрямованих заходів антиризикової діяльності, що носять комплексний і системний характер.

Зазначають такі основні етапи ризику-менеджменту:

1. Аналіз ризику.
2. Контроль над ризиком.
3. Фінансування ризику.

Аналіз ризику (андеррайтинг) – комплекс дій страховика за ідентифікацією, аналізом й оцінкою ризику, що проводяться на основі масиву первинних даних.

Таким чином, аналіз ризику включає такі основні етапи:

- діагностика ризиків;
- оцінка кількісними методами і ранжирування ризиків.
- попередній розрахунок вартості попереджувальних заходів.

Діагностика ризику зв'язана з установленням джерела і причин виникнення визначених подій. Підприємство або організація у процесі своєї діяльності зіштовхується з ризиками, що мають різну природу. Ступінь можливої реалізації ризику залежить від безлічі факторів, що характеризують об'єкт страхового захисту. Базою для діагностики можуть бути спостереження за виробничою діяльністю, дані документальної звітності, інтерв'ю з робітниками і т.д.

Наприклад, на реалізацію вогневих ризиків впливають такі фактори, як властивості будинку, концентрація матеріальних цінностей, наявність і працездатність систем пожежогасіння, наявність небезпечних технологій і матеріалів, перебування по сусідству вогнебезпечних і вибухонебезпечних об'єктів і т.д. Наявність або відсутність кожного фактора буде братися до уваги при розрахунку тарифної ставки. При цьому підприємству може бути рекомендований комплекс заходів щодо усунення недоліків, при виконанні яких страховий тариф може бути знижений.

Оцінка ризику – комплекс процедур за визначенням частоти й імовірності настання визначеної події, а також ймовірної величини збитку.

Процедура оцінки ризику має на увазі визначення максимального збитку (найбільш несприятлива ситуація), а також середнього розміру можливого збитку. Потім відбувається ранжирування ризиків за величиною.

Попередній розрахунок вартості превентивних заходів здійснюється з метою визначення співвідношення «збиток від ризику / витрати на превентивні заходи». Чим вище даний показник, тим скоріше даний захід повинен бути реалізований.

Контроль над ризиком – впровадження розроблених заходів щодо зменшення імовірності настання визначеної події і величини можливого збитку від його настання.

Контроль над ризиком включає такі варіанти дій:

- запобігання – пошук альтернативного варіанта, що цілком виключає даний ризик (заміна технологічного процесу, способу транспортування і т.п.); найбільш ефективний спосіб, що, на жаль, можливий не завжди, оскільки альтернативні варіанти, як правило, також зв'язані з визначеними ризиками;

- мінімізація – проведення превентивних заходів, що викликають зниження ризику (зменшення імовірності його настання і масштабів наслідків), причому реалізація заходів, як правило, вимагає додаткових фінансових вкладень;

- обмеження (локалізація ризику) – проведення попереджувальних заходів щодо територіального обмеження поширення наслідків реалізації ризику;

- розсіювання (диверсифікація) – передача частини ризику фінансовим партнерам або розподіл ризику між різними об'єктами (наприклад, диверсифікованість внесків).

Фінансування ризику – компенсація наслідків реалізації ризику за допомогою фінансових інструментів.

Фінансування ризику можливе в двох основних формах:

- самофінансування – компенсація наслідків реалізації ризику за рахунок власних коштів суб'єкта, що господарює, (запасних і резервних фондів); застосування обмежується фінансовими можливостями даного суб'єкта господарювання;

- передача ризику іншому суб'єкту на підставі попередньої домовленості (під фінансові гарантії), або професійним страховикам на підставі договору страхування.

Таким чином, за допомогою механізму ризик менеджменту реально знизити витрати на проведення страхування у кілька разів і розробити програму страхування, що відповідає потребам даного суб'єкта.

3.2. Термінологічний словник

Валютний ризик (currency risk) – визначається як можливість негативної зміни вартості активів у зв'язку зі зміною курсу однієї іноземної валюти стосовно іншої, у тому числі національної валюти при проведенні кредитних, інвестиційних, а також зовнішньоекономічних операцій.

Державний ризик (country risk) – виникає у випадку, коли невиконання зобов'язань обумовлене діями держави (наприклад, при здійсненні мір валютного контролю), внутрішньодержавною обстановкою.

Політичний ризик (political risk) виражає ризик узагалі будь-яких втрат, причиною яких є поточна політична ситуація в країні, її зміни, рішення державних органів влади, уряду.

Превентивні заходи в страхуванні – комплекс заходів, здійснюваних страховиком або за його рахунок, пов'язаних із запобіганням або зниженням руйнівного впливу можливих страхових випадків. Превентивні заходи випливають із сутності страхування, його превентивної функції. Це зумовлює потребу всебічного обґрунтування правил страхування і тарифів, а також застосування ефективних форм розрахунків, кваліфікованого оцінювання ризиків і визначення страхових виплат. Страховики можуть передбачати проведення за рахунок коштів страхових резервів низки заходів, спрямованих на запобігання пожежам, повеням, інфекційним хворобам тварин, тощо.

Відсотковий ризик (interest rate risk) – можливість негативної зміни вартості активів у результаті зміни процентних ставок. Для кредитно-фінансових інститутів одним із проявів процентного ризику може бути скорочення процентної маржі між ставками, виплачуваними за притягнутими засобами, і ставками за наданими кредитами.

Ризик ділової репутації (reputation risk) – комплексний похідний ризик, взаємозалежний з ризиками всіх інших різновидів і груп. Він зв'язаний з негативними наслідками нанесення шкоди ділової репутації компанії, її авторитету і реноме, завойованому на ринку перед клієнтами і партнерами.

Ризик дій менеджменту і ризик дій власників (action risk) – зв'язаний з втратами для бізнесу в результаті прийняття вищими керівниками і (або) засновниками неправильних рішень стосовно керування і розвитку компанії. Зазначаються два ризикових напрями: ризик рішення, зв'язаний з однозначним прийняттям якогось-небудь управлінського рішення, і ризик вибору, зв'язаний із втратами в результаті вибору якої-небудь з декількох альтернатив, агрегуючий утрати від невибору відхиленого варіанта і втрати в результаті реалізації вибраного напрямку.

Ризик зовнішнього середовища (external event risk) – зв'язаний з негативним впливом подій, що мають зовнішні джерела. Сюди належать стихійні лиха, пожежі, аварії комунікацій; кримінальні ризики, що реалізуються під час злочинних дій третіх осіб (крадіжок, пограбувань, шахрайства, підробки документів, вимагання, злому комп'ютерних мереж і т.д.).

Ризик контрагента (counterparty risk) – виникає у випадку нездатності контрагента виконати свої зобов'язання у зв'язку з тими або іншими внутрішніми комерційними проблемами.

Ризики персоналу (personnel risk) – це всі ризики, що зв'язані зі співробітниками компанії, зокрема: а) з некомпетентністю тих або інших осіб, які працюють на визначених позиціях, що відповідають за визначені ділянки роботи, чий ненавмисні дії, зв'язані з незнанням, ведуть до збитків; б) з нелояльністю, або нечесністю, злим наміром співробітників, коли збиток компанії наноситься в результаті прагнення особи отримати власну матеріальну або моральну вигоду.

Ризик стратегії (strategically risk) – зв'язаний з невизначеністю розвитку компанії в умовах довгострокового планування, коли під впливом усього комплексу факторів зовнішнього і внутрішнього середовища компанії відбуваються зміни, неузгоджені з планом розвитку, що приводить до необхідності коректування подальшого руху, а таким чином до можливих втрат.

Технологічний ризик (technological risk) – ризик, зв'язаний з організацією процесу ведення діяльності суб'єкта економічної діяльності, а саме: а) зі збоями і відмовленнями використуваних інформаційних систем, програм, баз даних, систем передачі інформації й іншого устаткування (ризик систем); б) з

порушеннями бізнес-процесів (неправильна маршрутизація і використання отриманої інформації або вказівок, недостатність внутрішнього контролю, порушення зворотного зв'язку між робочими ділянками, відділами та клієнтом і т.д.).

Частота страхових випадків – показник, що є елементом збитковості страхової суми. Частота страхових випадків визначається відношенням кількості страхових випадків до кількості застрахованих об'єктів або договорів страхування в розрізі видів страхування.

Юридичний ризик (legal risk) – зв'язаний з порушенням прав і обов'язків сторін, порушенням чинного законодавства, установлених правил, норм, що діють на практиці при висновку договорів, здійснення операцій у рамках економічної діяльності. По суті, це ризик того, що угоди, договори, які-небудь операції, одягнені в юридичну форму, не є цілком або в якій-небудь частині законними в плані змісту або оформлення.

3.3. Завдання для перевірки знань

1. Які з перелічених ризиків належать до страхових?

- а) валютний;
- б) політичний;
- в) кредитний;
- г) ліквідності?

2. При якому числовому значенні імовірність настання страхового випадку максимальна?

- а) 0;
- б) 0,25;
- в) 0,75;
- г) 1,0?

3. Які з перелічених ризиків належать до групи «чистих»?

- а) природний;
- б) кредитний;
- в) ринковий;
- г) ліквідності?

4. Ризик, зв'язаний з реалізацією цінних паперів, зміною їхньої якості і споживчої вартості:

- а) ринковий;
- б) політичний;
- в) кредитний;
- г) ризик дій персоналу.

5. Ризик неотримання прибутку в результаті нездійснення будь-якого заходу, це:

- а) фондовий ризик;
- б) ризик зовнішнього середовища;
- в) ризик стратегії;
- г) ризик ліквідності.

6. Виділіть основні складовники ризик менеджменту:

- а) аналіз ризику;
- б) поділ ризику;
- в) оцінка ризику;
- г) фінансування ризику.

7. Передача частини ризику фінансовим партнерам – це:

- а) локалізація ризику;
- б) розсіювання ризику;
- в) обмеження ризику;
- г) мінімізація ризику.

8. У чому сутність аналізу ризику?

- а) в оцінці ризику;
- б) у зменшенні ризику;
- в) в ідентифікації ризику;
- г) у запобіганні ризику?

9. Локалізація ризику – це:

- а) запобігання ризику;
- б) обмеження ризику;
- в) поділ ризику;
- г) мінімізація ризику.

10. Які риси безпосередньо характеризують катастрофічні ризики?

- а) імовірність настання випадкової події;
- б) величина понесених збитків;
- в) охоплена ризиком галузь господарської діяльності;

г) вид стихійного лиха?

11. Які риси є критеріями страхових ризиків?

- а) випадковість;
- б) можливість оцінки у вартісних одиницях;
- в) високий ступінь імовірності;
- г) надзвичайно високі збитки?

12. Задача

При спостереженні за діяльністю підприємства було встановлено, що найбільш типовими є страхові випадки А і Б. У таблиці 2 наведені дані щодо кількості спостережень випадків А і Б, і збитків, що спостерігалися. Використовуючи дані таблиці 2, розрахувати середній очікуваний збиток щодо випадків А і Б; інтервал коливань середнього очікуваного збитку за допомогою середньоквадратичного відхилення.

Таблиця 2

Показники	Страховий випадок А	Страховий випадок Б
Загальна кількість спостережень, од.	250	80
Збиток 1, тис. грн	25	20
Кількість спостережень збитку 1, од.	80	25
Збиток 2, тис. грн	24	12
Кількість спостережень збитку 2, од.	70	35
Збиток 3, тис. грн	17	35
Кількість спостережень збитку 3, од.	100	20

3.4 Теми рефератів

1. Методи управління ризиками фінансово-кредитних інститутів.
2. Задачі і форми проведення кредитного страхування.
3. Страхування від електронних і комп'ютерних злочинів (Electronic & Computer Crime insurance) – методика проведення і перспективи розвитку в Україні.

Література: [1, 28, 34, 46, 50, 52, 53].

ТЕМА 4. ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

4.1. Теоретичні відомості

Необхідність забезпечення високого ступеня відповідальності страховика за соціально-економічні наслідки своєї діяльності обумовлює необхідність організації державного страхового нагляду.

У загальній формі цей нагляд виражається у вивченні фінансового стану страховика і його платоспроможності. Відсутність засобів у страховика для розрахунку із зобов'язань підриває довіру не тільки до конкретного страховика, але і взагалі до ідеї страхування і до державних інститутів.

Державне регулювання страхування здійснюється за допомогою спеціальної податкової політики, прийняття законів за окремими галузями підприємницької діяльності, окремих нормативних актів, що відбивають порядок висновку договорів страхування і врегулювання виникаючих суперечок. Держава встановлює також, виходячи з суспільних інтересів, обов'язкові види страхування.

Світова практика виробила два принципових підходи до державного регулювання страхового ринку. Кожний з підходів реалізується в рамках визначеної системи права – континентальної й англо-американської.

Система континентального права, що існує в Німеччині, Франції, Італії, Іспанії, Японії й інших країнах, заснована на точній законодавчій регламентації діяльності суб'єктів ринку, при цьому основними джерелами права є закони і кодекси. У рамках **континентальної системи** права діє модель твердого регулювання страхової справи, що характеризується детальною регламентацією всіх сторін діяльності страховиків і систематичним контролем за дотриманням законодавства при проведенні страхових операцій.

Для континентальної моделі регулювання страхування, особливо для ранніх етапів її розвитку, були характерні такі форми регулювання, як затвердження органами страхового нагляду страхових тарифів, або встановлення рамок коливання тарифів, затвердження змісту типових форм договорів страхування, перевірка виконання бізнес-планів, нагляд за поточними операціями, регулярні перевірки страхових компаній і т.п.

Основну рису **англо-американської системи** права, що діє в США, Великобританії, Австралії, Канаді і в інших країнах, юристи бачать у тім, що в ній закон не є єдиним переважним джерелом права, поряд з ним важливу роль відіграє судовий прецедент. Законодавство визначає найбільш загальні умови, правові рамки економічної діяльності без детальної регламентації. У рамках даної правової системи будується **ліберальна модель** регулювання страхування, у якій основна увага приділяється контролю фінансового стану компаній на основі вивчення їх звітності; відсутня тверда регламентація страхових операцій, затвердження страхових тарифів і т. ін.

Ліберальна модель має два різновиди – децентралізовану і централізовану. Розбіжності в ступені централізації державного регулювання страхування обумовлені принципами державного устрою країни (федеративна або унітарна держава).

Децентралізована модель державного регулювання (США) відповідає принципам економічного федералізму. Кожен штат має власну, автономну страхову систему і, відповідно, власний орган страхового нагляду, що встановлює нормативи страхової діяльності в штаті і контролює звітність функціонуючих у штаті страховиків. Єдиного органу страхового нагляду немає. На федеральному рівні регулюються лише окремі ділянки діяльності страхових компаній, основні ж регулюючі дії здійснюються органами страхового нагляду в штатах. Велика частина нормативів і вимог до страховиків не уніфікована. Децентралізоване регулювання приводить до того, що в різних штатах страховики поставлені в зовсім різні за деякими позиціями умови.

Централізована модель (Великобританія) характеризується єдністю системи регулювання. У британській системі діє єдиний орган страхового нагляду. Усі страховики в країні підкоряються загальним правилам і нормативам. Така система зручніша як для цілей державного регулювання страхування, так і для самої страхової діяльності.

Британська модель зовні здається найбільш ліберальною стосовно страховиків. Важливе значення в ній, поряд з державним регулюванням, мають механізми саморегулювання. Саме тому при аналізі британської моделі не слід забувати про те, що в рамках даної моделі багато регулюючих функцій передані державою саморегульованим організаціям, а не виключені взагалі.

Операції із страхування, як і в континентальній моделі, підлягають ліцензуванню, але нагляд за діяльністю страховиків з боку державних органів порівняно слабкий і відноситься переважно до контролю фінансового стану.

Британська модель регулювання страхування була прийнята за основу при створенні уніфікованої системи регулювання на рівні Європейського Союзу.

Нині європейські країни характеризуються розвинутою страховою системою, що дозволяє пропонувати клієнтам близько 400-500 видів страхування. Багаті страхові традиції кожної з країн Європи, а також процеси економічної інтеграції створили передумови об'єднання національних страхових систем у єдиний європейський страховий ринок, що характеризується дуже високим рівнем розвитку страхування. Датою створення Єдиного страхового ринку, на якому зараз функціонують близько 5000 страховиків, вважають 1 липня 1994 року.

На європейському рівні міждержавна система регулювання страхування поєднує саморегулювання і державне регулювання страхової діяльності.

Саморегулювання здійснюється міжнародними об'єднаннями страховиків. Головне з них у Європі – Європейський комітет зі страхування (ЄКС, Comite Europeen des Assurances, CEA), – створений у 1953 році за 5 років до утворення Європейського Співтовариства, як консультативний і координаційний центр, покликаний сприяти розвитку страхування в Європі і представляти інтереси європейського страхового ринку в міжнародному масштабі.

Основне завдання ЄКС – представляти інтереси страховиків країн-членів ЄКС у міжнародних організаціях, у першу чергу в Європейському Союзі.

Напрями роботи ЄКС:

- сприяння формуванню страхової культури в суспільстві;
- організація конференцій;
- видавнича діяльність у сфері страхування;
- розвиток інформаційного забезпечення страховиків;
- участь у розробці міжнародних норм права;
- захист економічних інтересів учасників національних ринків у взаєминах з їхніми урядами й ін.

Державне регулювання страхування на рівні ЄС ґрунтується на прийнятті і виконанні Директив, видаваних окремо за страху-

ванням життя і ризиковим страхуванням. Для знову створюваних компаній діє заборона сполучати страхування життя з іншими видами страхування, однак деяким діючим компаніям як виняток дозволено продовжувати діяльність у двох сферах.

Міждержавна система регулювання в Європейському Союзі формувалася в три етапи.

1 етап (1973-1987 р.) – зняття обмежень на діяльність філій і дочірніх організацій страховиків країн – членів ЄС.

Перша Директива Європейського Союзу із страхування 73/239/СЄЕ (24.07.73р.) відноситься до регулювання видів страхування інших, ніж страхування життя. Відповідно до цієї Директиви, страхові організації країн-членів ЄС змогли укласти договори страхування за видами, іншими ніж страхування життя, у всіх інших країнах Союзу, у яких вони мають дочірні організації, філії або відділення. Директива значно спростила порядок ліцензування цих організацій і філій. Для вітчизняних страховиків і компаній інших країн-членів Союзу зрівнювалися умови функціонування. 5 березня 1979 року була затверджена аналогічна Директива із страхування життя, однак за нею режим роботи за межами своєї країни був більш твердим, ніж за загальним страхуванням.

2 етап (1987-1994р.) – перехідний до уніфікованого регулювання.

У 1987 році був підписаний Договір (Угода) про Єдину Європу, відповідно до якого Європейським Союзом почали вживатися заходи для створення до 1992 року єдиного європейського ринку за широким переліком товарів (послуг), що попадають у сферу уніфікованого регулювання. У зв'язку з цим вступила в дію ще одна Директива, процес прийняття якої почався ще в 1975 році і тривав 12 років – до моменту остаточного оформлення в червні 1987 р. Директива дозволила проведення операцій із загального страхування компаніями країн-членів Союзу на території будь-якої країни ЄС без одержання відповідного дозволу в місцевих органах нагляду. Фактично прийняття цієї Директиви означало взаємне визнання всіма країнами Союзу систем ліцензування страхової діяльності. Крім того, Директива містила вимогу інформувати органи страхового нагляду про діяльність дочірніх організацій і філій у країнах, що не входять до ЄС (частина щодо обмежень на діяльність за межами ЄС згодом була знята).

Інші Директиви ЄС із страхування стосуються конкретних питань діяльності страхової організації (стандартів обліку і звітності, інвестиційної діяльності, організації страхового аудиту і т.п.). Велика частина цієї групи директив носить не примусовий, а рекомендаційний характер, і органи влади кожної країни самі визначають порядок їх застосування у внутришньонаціональній системі регулювання. Крім того, кожна країна вправі відкласти на певний строк уведення якої-небудь норми. Проте у наявності загальна тенденція до уніфікації всього страхового законодавства, включаючи регулювання приватних питань функціонування страхового ринку.

3 етап – з 1994 р. – функціонування єдиного європейського страхового ринку з уніфікованим регулюванням.

Усередині ЄС відкриті межі для взаємного надання страхових послуг без юридичного оформлення комерційної присутності на території даної країни (реєстрації філій або дочірніх організацій). Унаслідок цього ще більш посилилося зближення національних систем регулювання страхових ринків.

Уніфікація вимог у директивах ЄС зовсім не означає відмовлення від національних систем регулювання страхового ринку. Навпроти, за національними органами страхового нагляду залишене виключне право нагляду за вітчизняними й іноземними страховиками, що оперують у країні, контроль їхнього фінансового стану і т.п. Крім того, директиви ЄС – це інструмент прямого регулювання, а непряме (економічне) регулювання цілком здійснюється на рівні національних систем. Зокрема, режими оподаткування страхової діяльності в різних країнах значно відмінні. Вибрана модель, форми і методи державного регулювання можуть значно різнитися залежно від особливостей конкретного страхового ринку, обумовлених специфікою економічного розвитку країни і сформованих національних традицій.

Законодавче регулювання страхової діяльності в Україні має особливу історичну специфіку.

Страхове законодавство в колишньому СРСР протягом усієї його історії будувалося на базі державної монополії на страхову діяльність. Оскільки всі страхові операції здійснювалися державною установою (*Держстрахом*), була відсутня необхідність у формуванні законодавчої бази, що визначає фінансові й організаційні вимоги до страховиків. Окремі аспекти страхової діяльності

регулювалися постановами ЦК КППС і Ради Міністрів СРСР, нормативними документами Держстраху й *Укрдержстраху*, тобто існувала державна *монополія* на страхову діяльність.

У становленні законодавчого регулювання страхової діяльності в Україні можна зазначити три основних етапи.

Перший етап (з 1991 по 1993 р.) характеризувався відсутністю будь-якої методологічної і законодавчої бази, що регулювала страхову діяльність. На даному етапі спостерігалось утворення великої кількості страховиків (близько 800), що пропонували населенню різні страхові послуги. Діяльність таких компаній регулювалася тільки законами «Про підприємництво» і «Про господарські товариства». Не існувало законодавчих вимог до величини статутного капіталу, платоспроможності, правил проведення страхування. Був відсутній також державний контроль за діяльністю страховиків.

Формування ринкових відносин в Україні супроводжувалося реформуванням регіональних філій колишнього Укрстраху. З метою формування конкурентного середовища на страховому ринку була створена Національна акціонерна страхова компанія «Оранта» (НАСК «Оранта»), головним засновником якої з боку держави виступив Фонд державного майна. Набули статуту окремих компанії п'ять найбільших обласних філій Укрстраху – «Оранта – Донбас», «Оранта – Дніпро», «Оранта – Запорозжжя», «Оранта – Лугань», «Оранта – Крим».

Другий етап (з 1993 по 1996р.) характеризувався прийняттям у травні 1993р. Декрету «Про страхування», проект якого був розроблений Кабінетом Міністрів України. Декрет встановлював окремі вимоги до проведення страхової діяльності: необхідність одержання ліцензії, формування статутного капіталу в розмірі \$5000, перелік вимог до умов страхування. У 1993р. був створений Комітет зі справ нагляду за страховою діяльністю (Укрстрахнагляд). На цьому етапі відбулося також структурування ринку за видами страхових послуг (майнове страхування, особисте і страхування відповідальності). Завдяки встановленню мінімальних вимог до величини статутного капіталу, кількість страховиків на страховому ринку України скоротилася приблизно до 500. На даному етапі на страховому ринку діяли такі страхові організації:

- філії колишнього Держстраху в системі НАСК «Оранта»;

- страхові компанії, створені міністерствами, відомствами, фінансово-промисловими союзами для обслуговування ризиків своїх підприємств;

- страхові компанії, створені на основі приватного (акціонерного) капіталу.

Третій етап (1996р. – 2001рр.) Затверджений у березні 1996р. Закон України «Про страхування» позначив початок третього етапу розвитку страхового ринку. Законом були встановлені нові вимоги до величини статутного капіталу (не менше 100 тис. ЄКЮ для *резидентів*-страховиків і 500 тис. ЄКЮ для страховиків за участю іноземних юридичних осіб).

До нововведень Закону також можна було віднести:

- поділ страхових компаній на дві групи – страхові компанії, що здійснюють ризикове страхування і страхові компанії, що здійснюють довгострокове страхування життя;

- нові вимоги до забезпечення *платоспроможності* страхових компаній і формування страхових резервів;

- необхідність *актуарних розрахунків* тарифних ставок;

- нові вимоги до складання договору і правил проведення страхування;

- розширення повноважень Укрстрахнагляду.

У даний час основою законодавчої страхової бази України є закон України «Про страхування», прийнятий Постановою Верховної Ради України 7.03.96р.(зм. – 4.10.2001р.), а також низка законодавчих і нормативних документів:

- блоки законів «Про підприємництво»; «Про підприємства в Україні»; «Про внесення змін у закон України «Про страхування»; «Про оподаткування прибутку підприємств» і т.д.;

- блок кодексів України (Цивільний, Морський, Повітряний, Торговельний і т.д.);

- блок постанов і роз'яснень Вищого арбітражного суду України;

- блок інструкцій різних Міністерств і відомств (Мінфіну, Мінпраці, Держкомтуризму і т.д.);

- блок постанов і рішень Кабінету Міністрів України;

- блок наказів і роз'яснень Державної податкової адміністрації України.

В Україні з 2003р. функції державного органу з нагляду за страховою діяльністю виконує Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг (далі – Держфінпослуг).

Головними завданнями Держфінпослуг визначені:

- проведення єдиної й ефективної державної політики у сфері надання фінансових послуг;
- розробка і реалізація стратегії розвитку ринків фінансових послуг;
- здійснення державного регулювання і нагляду за наданням фінансових послуг і дотриманням законодавства в цій сфері;
- захист прав споживачів фінансових послуг із застосуванням заходів впливу з метою запобігання порушень законодавства на ринках фінансових послуг,
- узагальнення практики застосування законодавства України з питань функціонування ринків фінансових послуг, розробка і внесення пропозицій щодо його удосконалення;
- впровадження міжнародних визнаних правил розвитку ринків фінансових послуг,
- здійснення функцій державного фінансового моніторингу ринків фінансових послуг з метою забезпечення реалізації норм закону України «Про запобігання і протидію легалізації (відмиванню) доходів, отриманих злочинним шляхом»;
- сприяння інтеграції у світовий ринок фінансових послуг.

Відповідно до закону України «Про фінансові послуги і державне регулювання ринків фінансових послуг», комісія є колегіальним органом. До складу комісії входять: голова, три його заступники і п'ять членів комісії – директорів департаментів. Рішення комісії у вигляді розпоряджень затверджуються колегіально шляхом голосування на засіданнях комісії. Усі члени Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України при голосуванні мають рівні права – один голос.

До організаційно-штатної структури Держфінпослуг входять 6 департаментів, 16 управлінь, у тому числі 3 самостійних, 32 відділи, у тому числі 3 самостійних. Профільні підрозділи – п'ять департаментів, очолюваних директорами департаментів – членами комісії:

- департамент державного регулювання і розвитку ринків фінансових послуг;
- департамент страхового нагляду;

- департамент нагляду за кредитними установами;
- департамент нагляду за фінансовими компаніями;
- департамент нагляду за *недержавними пенсійними фондами*.

Розпорядженнями Держфінпослуг затверджені положення про ці департаменти, у яких визначені їх завдання, повноваження і функції, права для реалізації наданих повноважень.

Держфінпослуг фінансується з загального фонду Державного бюджету України. Як центральний орган виконавчої влади, Держфінпослуг направляє свою діяльність на реалізацію загальнодержавних програм, виконання завдань Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України.

У 2003 році діяльність Держфінпослуг була підлегла завданням, визначеним Програмою діяльності Кабінету Міністрів України «Відкритість, дієвість, результативність» і спрямована на підвищення якості життя населення, забезпечення прав і волі громадян, створення можливостей для вільного розвитку особистості на основі постійного економічного росту.

Виходячи з завдань, покладених на Держфінпослуг проектом розпорядження Президента України «Про Перелік центральних органів виконавчої влади, відповідальних за здійснення завдань, визначених Стратегією інтеграції України в Європейський Союз», Держфінпослуг включена до Переліку центральних органів виконавчої влади і визначена відповідальною за здійснення завдань, передбачених Стратегією інтеграції України в Європейський Союз у сфері страхування.

Держфінпослуг брала участь у розробці проектів нормативних документів Кабінету Міністрів України з реалізації стратегічних напрямів розвитку країни, сприянню європейської і євроатлантичної інтеграції України, співробітництву з міжнародними фінансовими організаціями. Зокрема, з початку своєї діяльності в 2003 році Держфінпослуг брала участь у розробці таких документів:

- Проект Стратегії економічного і соціального розвитку України до 2015 року (п.5. „Розвиток небанківських кредитно-фінансових інститутів і ринку страхових послуг”);

- Проект Державної програми економічного і соціального розвитку України на 2004 рік (пункт 6.5.2. „Розвиток небанківських фінансових установ і ринку фінансових послуг”);

- Проект Плану-графіка адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу в пріоритетних сферах на 2004 рік;
- Проект Цільового плану «Україна – НАТО» на 2004 рік;
- Проект стратегії залучення міжнародної технічної допомоги Україні на 2000 – 2007 роки;
- Проект Стратегії співробітництва України з міжнародними фінансовими організаціями на 2004–2006 роки.

Держфінпослуг є членом Міжнародної мережі органів нагляду за недержавними пенсійними фондами (INPRS) і Міжнародної асоціації органів нагляду за страховою діяльністю (IAIS).

У 2003 році Держфінпослуг розроблялися заходи щодо застосування міжнародних стандартів бухгалтерського обліку фінансових установ і методик відповідного трансформування їх фінансової звітності. Держфінпослуг взяла участь у підготовці проекту Плану графіка адаптації законодавства України до законодавства ЄС у сферах, зокрема, за розділом «Фінансові послуги. Страхування».

У 2003 році Держфінпослуг активно реалізовувала свої функції як орган регулювання, нагляду і контролю за діяльністю страховиків. Здійснювалася робота з ліцензування страхових організацій, включенню їх до Державного реєстру фінансових установ, проводилися перевірки страхових компаній і страхових брокерів.

4.2 Термінологічний словник

Актuarні розрахунки – методи розрахунку страхових тарифів, засновані на теорії імовірності та математичної статистики.

ЕКЮ – регіональна розрахункова одиниця країн – учасників Європейського Союзу. Введена у 1979р. для забезпечення єдиної Європейської валютної системи. Випуск ЕКЮ здійснювався у вигляді записів на рахунках центральних банків країн ЄС. Використовувалася як розрахункова одиниця для визначення бюджету ЄС та курсів національних валют. У 1999р. була змінена на єдину національну валюту країн ЄС – Євро.

Держстрах СРСР – скорочена назва Головного управління державного страхування колишнього СРСР, яке через свої республіканські та місцеві органи здійснювало страхування фізичних

осіб, а також майна колгоспів та інших кооперативних і громадських підприємств та організацій.

Держстрах УРСР (Укрстрах) – до 1958 року був структурним підрозділом Держстраху СРСР і виконував його функції на території України, а пізніше перебував у складі Мінфіну УРСР. Протягом багатьох років був єдиним страховиком. З припиненням державної монополії на страхову справу Держстрах УРСР був спочатку перетворений у комерційну, а з 1994 р. на Національну акціонерну страхову компанію «Оранта».

Монополія страхова – може бути: а) повною, якщо існує виключне право держави або державної організації на проведення всіх форм і видів страхування в країні; б) частковою, коли страховик користується страховою монополією за окремими видами страхування.

Недержавний пенсійний фонд – некомерційна фінансова установа, що діє за ощадною схемою, за якою розмір пенсії є пропорційним щодо накопиченої суми, або за принципом фіксованої виплати пенсії з досягненням пенсійного віку.

Платоспроможність страховика – здатність страховика виконувати зовнішні та внутрішні обов'язки за рахунок ліквідних активів.

Резидент – юридична чи фізична особа, що постійно зареєстрована чи проживає на території даної країни. Резидент зобов'язаний здійснювати діяльність у відповідності до законодавства даної країни та сплачувати передбачені законом податки.

Ринок фінансових послуг – сфера діяльності фінансових організацій на території країни виходячи з видів фінансових послуг, що надаються споживачеві.

Фінансова послуга – діяльність, що пов'язана з залученням та використанням грошових коштів фізичних та юридичних осіб. У якості фінансових послуг виступають банківські операції, надання страхових послуг та послуг на ринку цінних паперів, угоди фінансового лізингу тощо.

4.3. Завдання для перевірки знань

1. Державне регулювання страхової діяльності включає:

- а) податкову політику;
- б) розрахунок тарифних ставок по добровільних і обов'язкових видах страхування;
- в) установлення переліку обов'язкових видів страхування;
- г) усі відповіді правильні.

2. Метою державного нагляду за страховою діяльністю є:

- а) контроль над кількістю страхових компаній;
- б) контроль над платоспроможністю страховиків;
- в) контроль над дотриманням правил страхування;
- г) усі відповіді неправильні.

3. Континентальна модель регулювання страхування характеризується:

- а) державним затвердженням тарифних ставок;
- б) регулярними перевітками діяльності страховиків;
- в) відсутністю твердої регламентації страхових операцій;
- г) відсутністю систематичного контролю з боку державних органів.

4. Ліберальна модель регулювання страхування характеризується:

- а) державним твердженням тарифних ставок;
- б) регулярними перевітками діяльності страховиків;
- в) відсутністю твердої регламентації страхових операцій;
- г) відсутністю систематичного контролю з боку держави.

5. Децентралізована модель регулювання страхового ринку характеризується:

- а) уніфікацією вимог до страхових компаній;
- б) автономністю органів страхового нагляду;
- в) відсутністю єдиного органу страхового нагляду;
- г) усі відповіді неправильні.

6. Централізована модель регулювання страхового ринку характеризується:

- а) уніфікацією вимог до страхових компаній;
- б) автономністю органів страхового нагляду;
- в) наявністю єдиного органу страхового нагляду

г) усі відповіді правильні.

7. Сутність міждержавної системи регулювання страхового ринку Європейського Союзу (ЄС) полягає:

а) у спрощенні порядку ліцензування страховиків у всіх державах – членах ЄС;

б) в уніфікації стандартів обліку, звітності, вимог до платоспроможності страховиків;

в) у відмовленні від національних систем регулювання діяльності страховиків;

г) усі відповіді правильні.

8. Функції державного органу по нагляду за страховою діяльністю в Україні виконує:

а) Кабінет Міністрів України;

б) Міністерство Фінансів України;

в) Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг;

г) Департамент торгівлі.

9. Основними завданнями органу по нагляду за страховою діяльністю виступають:

а) ліцензування страхової діяльності;

б) розрахунок тарифних ставок за добровільними і обов'язковими видами страхування;

в) здійснення нагляду за дотриманням законодавства у сфері фінансових послуг;

г) усі відповіді правильні.

4.4. Теми рефератів

1. Порівняльна характеристика систем державного регулювання страхової діяльності США і Великобританії.

2. Державне регулювання страхової діяльності у країнах Європейського Союзу.

3. Етапи формування законодавчої бази, що регулює розвиток страхового ринку України.

Література: [1, 2, 7, 9, 29, 41, 52, 53].

ТЕМА 5. СТРАХОВИЙ РИНОК

5.1. Теоретичні відомості

Страховий ринок – це особливе соціально-економічне середовище, сфера економічних відносин, де об'єктом купівлі-продажу виступає *страхова послуга*, формуються попит та пропозиції на неї.

Страховий ринок може бути охарактеризований за територіальною і галузевою ознакою:

1. За територіальною:

а) внутрішній (регіональний) – представлений страховими компаніями, що визначають попит та пропозицію на страхову послугу в межах регіону;

б) зовнішній (національний) – представлений страховими компаніями, що визначають попит та пропозицію на страхову послугу як на регіональному ринку, так і за його межами;

в) світовий (міжнародний) – представлений страховими компаніями, що визначають попит та пропозицію на страхову послугу в масштабах світового господарства.

2. За галузевою:

а) ринок страхування життя та здоров'я і ринок страхування майна і відповідальності (США);

б) ринок страхування життя та страхування видів, інших ніж страхування життя (країни, інші ніж США);

в) ринок *перестрахування*.

Сучасний страховий ринок формується в умовах економічної стабільності і поступового поліпшення базових макроекономічних показників, зокрема, росту валового внутрішнього продукту, низьких темпів інфляції, стабільності національних валют, що дає можливість забезпечити динамічний його розвиток.

Можна виділити такі основні **тенденції розвитку світового ринку страхових послуг**:

1. Інтернаціоналізація і глобалізація страхового бізнесу.

Ознаками глобалізації страхового ринку є прискорення концентрації страхового капіталу, зменшення кількості страховиків і перестраховиків на національних страхових ринках, а також активний процес купівлі акцій і злиття страхових компаній різних країн. У сучасній страховій діяльності беруть участь численні між-

народні страхові і перестрахові організації, що володіють розвинутою мережею філій, дочірніх компаній і представництв у різних країнах світу. Саме ці організації є визнаними лідерами сьогоднішнього ринку.

2. Уніфікація регулювання страхового бізнесу. Інтернаціоналізація страхового бізнесу, у свою чергу, потребує уніфікації його регулювання. Європейські країни, що раніше від інших підключилися до формування глобального страхового ринку, випередили всі інші країни на шляху уніфікації його регулювання. Єдиний страховий ринок Європейського Союзу ґрунтується на прийнятті і виконанні Директив, що видаються окремо по страхуванню життя і ризиковому страхуванню. Завдяки уніфікованому законодавству у сфері регулювання діяльності фінансових інститутів стало можливим створення єдиної території взаємного надання страхових послуг без юридичного оформлення комерційної присутності на території даної країни (реєстрації філій або дочірніх організацій), що ще більше сприяло глобалізації і концентрації страхового капіталу.

3. Інтегроване регулювання. Виникло внаслідок об'єднання страхового бізнесу і інших фінансових інститутів у рамках єдиних *фінансових груп*, з'єднання страхового капіталу з банківським, надання комплексних фінансових послуг. Воно припускає рівнобіжне регулювання і страховиків, і інших, зв'язаних з ними фінансових інститутів, а також поступове об'єднання систем контролю, спільні дії органів страхового і банківського нагляду, податкових органів і т.п. Природно, у міру розвитку страхового ринку і його інтеграції з іншими фінансовими ринками, роль інтегрованого регулювання буде зростати, а коло застосовуваних у ньому методів – розширюватися.

4. Зростання потреб клієнтури. Об'єктивно високі стандарти життя населення в розвинутих країнах впливають на формування підвищених вимог до страхового обслуговування, тобто страхові компанії постійно вдосконалюють систему *аквізиції* страхових послуг, збільшують витрати на маркетингові дослідження.

5. Застосування нових інформаційних технологій. Комп'ютеризація збору й обробки інформації значно знижує трудомісткість, зменшує потік паперової документації, підвищує оперативність і точність прогнозування. Сучасні страхові компанії активно використовують програмні продукти для удосконалення

системи управління, збільшення обсягів продажів страхових продуктів. Страхові компанії активно задіюють електронну мережу Internet для аквізиції страхових послуг. Активно здійснюється також впровадження в страховий бізнес кредитних карток.

У таблиці 3 наведені дані щодо країн – лідерів світового ринку страхування за обсягом зібраних страхових премій у 2003р.

Таблиця 3.

Країни – світові лідери страхування

Місце	Країна	Премії зі страхування життя, млрд. дол США	Премії за іншими видами страхування, млрд. дол США	Загалом премій	
				Млрд. дол США	Відсоток від світового обсягу премій
1	США	480,9	574,6	1055,5	35,9
2	Японія	381,3	97,5	478,9	16,3
3	Великобританія	154,8	91,9	246,7	8,4
4	Німеччина	76,7	94,1	170,8	5,8
5	Франція	105,4	58,2	163,7	5,6
6	Італія	71,7	40,1	111,8	3,8
7	Південна Корея	42	17,8	59,8	2,03
8	Канада	22,8	36,3	59,1	2,01
9	Нідерланди	25,4	24,9	50,3	1,7
10	Іспанія	20,0	27,0	47,0	1,6

Основною структурною ланкою страхового ринку виступає страхова компанія.

Страхова компанія – це історично визначена суспільна форма конструювання страхового фонду, що має відособлену структуру, основним предметом діяльності якої виступає укладання та обслуговування договорів страхування.

Страхові компанії можна класифікувати за деякими ознаками:

а) за способом організації страхового фонду:

- приватні;
- акціонерні (корпоративні);
- взаємні;
- державні;

б) за характером операцій:

- спеціалізовані;
- універсальні;

в) за зоною обслуговування:

- місцеві;

- регіональні;
- міжнародні.

Акціонерне страхове товариство (корпорація) – форма організації страхового фонду на основі централізації засобів шляхом випуску і продажу акцій.

Перевагою даної форми організації страхового захисту є можливість залучення до страхової індустрії великої кількості фізичних і юридичних осіб, зацікавлених у вигідному розміщенні своїх засобів.

Акціонерні товариства бувають відкритого і закритого типу. Більш перспективними для страхової індустрії вважаються суспільства відкритого типу, орієнтовані на широкий спектр страхових послуг. Залучення коштів суб'єктів здійснюється шляхом продажу акцій компанії на фондовому ринку.

Органом керування виступають загальні збори акціонерів, що вирішують стратегічні питання, такі як ліквідація страхового суспільства, його реорганізація, зміна величини статутного капіталу і т.п. Вирішення поточних питань покладається на виборний виконавчий орган – раду директорів.

У переліку видів страхових організацій, дозволених в Україні, відсутні товариства з обмеженою відповідальністю, де власники несуть відповідальність за борговими зобов'язаннями компанії тільки в межах внесків, здійснених до статутного фонду. Це обумовлюється наявністю таких негативних факторів, як обмежені можливості збільшення статутного капіталу, труднощі контролю над діяльністю даних суспільств, що особливо важливо в страховій індустрії.

Акціонерне страхове товариство може включати, крім головної компанії, різні за рівнем самостійності і вчинених операціях підрозділи. У країнах з ринковою економікою статусом юридичної особи володіють тільки філії страхових компаній. Інші підрозділи, такі як представництва й агентства, займаються, як правило, рекламою, збором і обробкою інформації, але не ведуть комерційної діяльності.

Суспільство взаємного страхування (СВС) – це форма централізації засобів шляхом договірної участі членів суспільства на паях. Таким чином, учасники товариства взаємного страхування є одночасно страховиками і страхувальниками. Для СВС одержання прибутку від страхової діяльності не є основним за-

вданням, тому що подібні організації створюються, у першу чергу, для страхового захисту учасників. Якщо сума отриманих страхових премій перевищує виплати і витрати на ведення справи, то різниця може бути повернута членам СВС.

У зарубіжних країнах суспільства взаємного страхування займають, як правило, визначені сегменти страхового ринку. Так, наприклад, у США СВС складають близько 6% усіх страховиків, що діють на ринку особистого страхування, однак на їхню частку припадає більше 40% продажу полісів за даним видом страхування. В Японії більше половини страхових операцій на ринку особистого страхування забезпечується за рахунок СВС, а в Нідерландах, Франції і Німеччині на частку СВС припадає дві третини ринку страхування сільськогосподарських ризиків.

Державна страхова компанія – це правова форма організації страхового фонду на державній основі. Державні страховики створюються і керуються, як правило, уповноваженим державним органом. Створення державних страхових компаній є формою втручання держави у функціонування страхового ринку. Законодавство України встановлює, що в окремих випадках страховиками можуть визнаватися державні організації, створені і діючі на підставі Закону України «Про страхування», причому використання термінів «державна», «національна» і т.п. у найменуванні страхової компанії дозволяється тільки за умови, що єдиним її власником виступає держава.

Приватна страхова компанія – форма організації страхового фонду за випадком, якщо капітал належить одному власникові або його родині. В Україні через діюче законодавство така форма організації страховика може бути подана тільки акціонерним товариством, засновниками якого виступають члени однієї родини.

Унікальним прикладом об'єднання приватних страховиків є англійська корпорація Ллойд (Lloyd's). Кожен страховик, іменованій на практиці андеррайтером, бере на страхування визначені ризики, виходячи з власних фінансових можливостей. Організація Ллойд, у свою чергу, не несе юридичної відповідальності щодо претензій, що можуть бути висунуті до індивідуальних страховиків у зв'язку з їх діяльністю. Усі члени корпорації «Ллойд» об'єднані в синдикати для збільшення фінансових можливостей при прийомі ризиків на страхування.

У таблицях 4 та 5 наведені доходи десяти найбільших у світі страхових компаній на 2003р. (представлені акціонерні компанії та СВС).

Таблиця 4.

Доходи найбільших страхових компаній зі страхування майна та нещасних випадків (млн. дол США)

Місце	Компанія	Доходи	Країна
1	Allianz	114,95	Німеччина
2	American International Group	81,3	США
3	Berkshire Hathaway	63,86	США
4	Munich Re Group	59,08	Німеччина
5	State Farm Insurance Cos.	56,06	США
6	Zurich Financial Services	51,4	Швейцарія
7	Allstate	32,15	США
8	Swiss Reinsurance	27,09	Швейцарія
9	Millea Holdings	24,6	Японія
10	Royal & Sun Alliance	19,3	Великобританія

Таблиця 5.

Доходи найбільших страхових компаній зі страхування життя та здоров'я (млн. дол США)

Місце	Компанія	Доходи	Країна
1	AXA	111,91	Франція
2	ING Group	95,9	Нідерланди
3	Assicurazioni Generali	66,75	Італія
4	Aviva	59,7	Великобританія
5	MetLife	36,3	США
6	Prudential	35,5	Великобританія
7	Aegon	32,2	Нідерланди
8	CNP Assurances	30,8	Франція
9	Prudential Financial	27,9	США
10	China Life Insurance	20,8	Китай

Проведені соціально-економічні дослідження свідчать про те, що останнім часом спостерігається розвиток **ринку страхування в Україні** як за кількісними показниками, так і за якістю послуг. Серед **позитивних чинників** розвитку страхового ринку України спостерігаються:

- поступове зростання доходів населення з тенденцією до подолання низького рівня платоспроможності;

- підвищення зацікавленості юридичних і фізичних осіб у захисті своїх майнових інтересів;
- збільшення кількості прибуткових підприємств;
- розвиток ринків фінансових послуг (у тому числі *фондово-го ринку*) і формування національної системи *іпотечного кредитування*;
- впровадження системи недержавного пенсійного забезпечення.

Український страховий ринок пропонує все більш різноманітний асортимент страхових послуг, про що свідчить, зокрема, значно більший перелік форм страхового захисту як обов'язкового, так і добровільного страхування. Показники функціонування сучасного страхового ринку України у 2000 – 2005рр. наведені у додатку А.

Страхування в Україні сьогодні на 96,2% представлене ризиковими видами. Страхувальники на 78,7% – юридичні особи. Частка страхування в ВВП постійно зростає, хоча досі є великим сектор страхування фінансових ризиків. Частка страхування в ВВП за 1994-2005рр. наведена у таблиці 6.

Фахівці відмічають також недостатній рівень капіталізації страховиків у порівнянні з банківським сектором. Динаміка власного капіталу банків і страхових компаній України наведена у таблиці 7.

Таблиця 6.

Частка страхування у ВВП

Рік	ВВП, млрд. грн	Чисті страхові премії, млрд.грн	Частка страхових премій в ВВП,%	Інфляція, %	Чисті страхові премії з урахуванням інфляції	Середньорічний курс грн/дол США
1	2	3	4	5	6	7
1994	12	0,1	0,8	500	0	0,03
1995	54,5	0,2	0,4	280	0,1	1,47
1996	81,5	0,3	0,4	39,7	0,2	1,83
1997	93,4	0,4	0,4	10,1	0,3	1,86
1998	102,6	0,7	0,7	20,1	5,6	2,46
1999	139,4	1,0	0,8	19,2	0,8	4,15
2000	170,1	1,7	1,0	25,8	1,3	5,44
2001	201,9	2,5	1,2	6,1	2,3	5,37
2002	220,9	3,6	1,6	-0,6	3,6	5,35
2003	264,2	6,9	2,6	8,2	6,3	5,33
2004	345,9	9,7	2,8	12,3	8,5	5,32
6 міс. 2005	177,8	3,5	2	6	3,3	5,05

Таблиця 7.

**Власний та статутний капітали банків і
страхових компаній в 2000 – 2005рр. (млрд. грн.)**

Показники	2000	2001	2002	2003	2004	6 міс. 2005
Власний капітал банків	6507	7915	9983	12882	18658	20871
– в т.ч. статутний капітал	3671	4573	5998	8116	11600	13039
Власний капітал страховиків	1066	1923	3177	6882	11764	12895
– в т.ч. статутний капітал	511	1037	1550	3524	5515	6286

Досить велика кількість страхових компаній в Україні є кептивними.

Кептиви – акціонерні страхові компанії, що обслуговують переважно корпоративні страхові інтереси засновників – суб'єктів господарської діяльності, що входять до складу концернів або фінансово-промислових груп. Кептив може організовуватися як дочірня компанія. Перевагою організації кептива є максимальне охоплення великого сегмента страхового ринку у сфері інтересів даного суб'єкта господарської діяльності. На українському страховому ринку кептивні страхові компанії представлені в достатній кількості, що пояснюється можливістю ізольованої роботи і практичною відсутністю конкуренції з боку інших страховиків у даному секторі ринку.

Наприклад, метою утворення кептивної страхової організації крупним банком є, насамперед, забезпечення інтересів банку у сфері страхування *фінансових ризиків*. Така страхова компанія надає страхові послуги банку-засновнику та його клієнтам на пільгових умовах. Це надає перевагу банку щодо тарифів на страхові послуги, дає можливість контролю над фінансовим станом страховика та страховими операціями. Прикладом таких організацій в Україні є заснування АКБ „Промінвестбанк” та АКБ „Надра” власних страхових компаній – відповідно, АСК „Вексель” та ЗАТ СК „Надра”.

Згідно з новою редакцією Закону України „Про страхування”, з 2001р. були зняті обмеження щодо діяльності страховиків-нерезидентів. Однак, у зв'язку з невизначеністю державної політики в Україні на сьогодні не спостерігається значної кількості компаній за участю іноземного капіталу. Але, за даними Держфімпослуг, з 2005р. обсяг іноземних інвестицій збільшився з

45,3 млн дол до 129,6 млн дол, що складає 12,5% від загального обсягу статутного капіталу страховиків. На початок 2005р. в Україні зареєстровано 60 страхових компаній з іноземним капіталом. Більшість інвестицій в 2005р. надійшло з Великобританії (42,9 млн дол), США (27,8 млн дол), Данії (15,5 млн дол). На сьогоднішні інвестиції в страховий бізнес України здійснюють такі відомі іноземні страховики: „AIG” (США), “Grave” (Австрія), “QBE Insurance” (Австралія), “PZU” (Угорщина), „Ингосстрах” (Росія), „Ресо-Гарантия” (Росія), „ИФД Капитал” (Росія), „РОС-НО” (Росія), „Авикос” (Росія) та ін.

Одним із стратегічних завдань України є вступ до *Світової організації торгівлі (СОТ)*. Через 5 років після вступу до СОТ в Україні будуть зняті обмеження щодо діяльності на страховому ринку компаній-нерезидентів. Експертами прогнозується у даному зв'язку значне зростання кількості іноземних страхових компаній, особливо у секторі *страхування життя*. Як показує досвід інших країн (наприклад, Угорщини), іноземні страховики будуть орієнтовані переважно на придбання сформованих страхових структур з розвинутою мережею філій.

Серед позитивних чинників членства України в СОТ для страхового ринку фахівці виділяють:

- підвищення капіталізації галузі;
- залучення іноземних інвестицій;
- розвиток інфраструктури;
- зростання якості страхових послуг;
- зниження страхових тарифів;
- оптимізація грошових потоків при перестрахованні та ліквідація тінювих схем.

Серед можливих негативних наслідків прогнозують:

- поглинання іноземними страховиками вітчизняних компаній;
- можливість монополізації страхового ринку;
- втрата контролю над страховими резервами та інвестиціями страховиків.

Таким чином, держава повинна розробити продуману стратегію для забезпечення інтересів національних страховиків та страхувальників у процесі затвердження України як європейської держави.

Сучасний етап розвитку вітчизняного страхового ринку характеризується процесом концентрації капіталу й об'єднання страховиків на основі єдності комерційних і методологічних інтересів з делегуванням окремих повноважень і централізованим регулюванням діяльності кожного учасника.

Одним з перспективних напрямків концентрації капіталу є створення **страхових груп**. Основними завданнями створення страхових груп є:

- розробка і реалізація єдиної стратегії розвитку страхування і проведення єдиної економічної, інвестиційної і соціальної політики учасниками корпорації;
- розробка і виконання спільних програм, спрямованих на створення умов для ефективної комерційної діяльності всіх учасників;
- організація централізованих резервних фондів.

При здійсненні страхової діяльності учасники страхових груп використовують, як правило, єдині правила страхування і страхові продукти, а також єдину систему страхових тарифів.

Поява перших неформальних об'єднань страховиків за назвою «страхова група» обумовила внесення деяких змін у Закон України «Про страхування» у 2001р. Зокрема, було встановлено, що загальна величина внесків страховика в статутні фонди інших страховиків не може перевищувати 30% його власного капіталу, у тому числі величина внесків у фонд кожного окремого страховика не може перевищувати 10% його власного капіталу. Дане положення не поширюється на страховиків, що проводять страхування життя.

Крім вищезазначеного, діяльність страхових груп на території України регулюється Законом України «Про обмеження монополізму і недопущення несумлінної конкуренції в підприємницькій діяльності», Положенням „Про контроль за економічною концентрацією”, затвердженим розпорядженням Антимонопольного комітету України від 18 лютого 2000р. №31-р.

З 2000р. на страховому ринку України діють:

– страхова група «Гарант» (страхові компанії «Авто», «Київ», «Гарант Ре», «Гарант Лайф», недержавний пенсійний фонд «Автоальянс»);

– страхова група «ДАСК» (страхові компанії «ДИСКО», «ДАСК-СП», «Даск-Павлоград», «Даск-життя»);

– страхова група «АСКА» (страхові компанії «АСКА», «Аско Донбас Північний», «Аска-життя»).

– фінансова група «ТАС» (страхові компанії «ТАС», «Тас-капітал, «Тас-життя», банки «Тас-інвестбанк», «Тас-комерцбанк»).

Інфраструктура страхового ринку це система посередників, які прямо або побічно здійснюють на ринку роботу, спрямовану на обслуговування продавців і покупців страхових послуг. Посередники можуть здійснювати послуги і виконувати роботи на різних етапах створення і реалізації страхового продукту, а також сприяти страховикам і страхувальникам у здійсненні ними тієї або іншої нестрахової діяльності.

Якщо посередники виконують роботи і послуги першого напрямку, то їх називають страховими. До складу страхових посередників входять прямі посередники (страхові агенти і брокери), що беруть участь безпосередньо в процесі продажу страхового продукту, і непрямі страхові посередники, що беруть участь у формуванні якісних характеристик страхового продукту, але не беруть участі у його реалізації.

Посередників, що виконують роботи другого напрямку, називають нестраховими. До них відносять посередників, що пропонують різного роду консультаційні, рекламні, інформаційні, кредитні, юридичні й інші послуги.

Страхові агенти – громадяни або юридичні особи, що діють від імені і за дорученням страховика і виконують частину його страхової діяльності (укладання і обслуговування договорів страхування, одержання страхових платежів, виконання робіт, пов'язаних з виплатами страхових сум і страхового відшкодування). Діють в інтересах страховика за комісійну винагороду на підставі агентської угоди, що повинна містити:

- права та обов'язки сторін;
- умови взаєморозрахунків між сторонами;
- відповідальність сторін за невиконання договору й ін.

Основними обов'язками страхового агента є:

- перерахування страховику премій, отриманих від страхувальника, протягом двох робочих днів після одержання;
- оформлення договору страхування протягом одного робочого дня після одержання премії;
- подекадне надання страховикові відомостей про укладені договори страхування і суми отриманих премій.

Якщо агент порушує умови угоди, страховик зобов'язаний відповідно до діючого страхового законодавства перервати дію такої угоди на три і більше місяців.

На сучасному етапі розвитку страхових відносин в індустріально розвинутих країнах роль страхових агентів часто виконують банки, поштові відділення, транспортні компанії (наприклад, при здійсненні обов'язкового страхування від нещасних випадків на транспорті), нотаріальні контори, туристичні агентства і т.д. Дані організації поряд з послугами за своєю основною діяльністю пропонують клієнтам укладання договорів за визначеним видом страхування. Взаємини між страховиком і страховими агентами – юридичними особами регулюються укладанням генеральних угод про співробітництво або спеціальними контрактами.

Страхові брокери – громадяни або юридичні особи, зареєстровані у встановленому порядку як суб'єкти підприємницької діяльності, що здійснюють посередницьку діяльність на страховому ринку від свого імені на підставі доручень страхувальника або страховика(перестраховальника).

Основними завданнями посередницької діяльності страхового брокера на користь страхувальника (перестраховальника) є:

- визначення потреб страхувальника в захисті своїх інтересів (облік специфіки страхового ризику);
- допомога в розробці договору страхування (консультації з ризик- менеджменту);
- пошук страховиків, що відповідають вимогам страхувальника;
- ведення переговорів і укладання договорів страхування за дорученням страхувальника;
- проведення розрахунків за договорами страхування;
- підготовка документів для врегулювання збитків за страховим випадком.

Страховий брокер, так само як і страховий агент, діє на підставі угоди. Брокерська угода, крім основних положень (див. «агентська угода»), містить перелік основних обов'язків страхового брокера:

- укладання договору страхування на найбільш вигідних для клієнта умовах зі страховиком, що має стійке фінансове становище;

- володіння всією необхідною для укладання договору інформацією і надання її клієнтові за його першою вимогою.

Страховий брокер звичайно має визначену кількість клієнтів (страхувальників), яких він представляє на страховому ринку. Брокер повинен постійно вивчати ринкову кон'юнктуру, мати найбільш повну і точну інформацію, що стосується рейтингів страхових компаній, нових тенденцій розвитку страхової індустрії, змін у законодавстві, що можуть вплинути на бізнес клієнта.

Комісійна винагорода брокера відчислюється з премії, що належить страховій компанії, у якій розміщений ризик страхувальника. Розмір комісії регулюється законами ринку і законодавчих положень тієї або іншої країни.

Оскільки страхові посередники вступають у безпосередній контакт зі споживачами страхових послуг, необхідні контроль і регулювання їхньої діяльності з боку держави. Особливо це стосується функціонування страхових брокерів, тому що контроль за діями страхових агентів покладається на страхові компанії.

У більшості країн законодавство, що регулює посередницьку діяльність у сфері страхування, передбачає тверді вимоги до рівня професійної підготовки, умов реєстрації посередників, необхідності фінансових гарантій покриття відповідальності, що виникає при здійсненні посередництва.

У таблиці 8 наведені доходи десяти брокерів – світових лідерів у страховому посередництві.

Таблиця 8.

Доходи брокерів – лідерів світового ринку страхування (млн дол США)

Місце	Компанія	Доходи	Країна
1	Marsh & McLennan Cos. Inc.	8,27	США
2	Aon Corp.	6,03	США
3	Willis Group Holding Ltd.	1,74	Великобританія
4	Arthur J. Gallagher & Co.	1,06	США
5	Jardine Lloyd Thompson Group	0,605	Великобританія
6	Acordia Inc.	0,532	США
7	HLF Group P.L.C.	0,483	Великобританія
8	Brown & Brown Inc.	0,455	США
9	Alexander Forbes Ltd.	0,453	ЮАР
10	Hilb, Rogal & Hamilton Co.	0,452	США

Реєстрацію страхових і перестрахових брокерів в Україні здійснює Державна комісія по регулюванню ринків фінансових послуг (до 26 квітня 2003р. дану функцію здійснювало Міністерство фінансів України), відповідно до Положення про спеціальні умови діяльності страхових брокерів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 29.04.99 №747, і Інструкцією про порядок сертифікації страхових брокерів, ведення державного реєстру страхових брокерів і регулювання їхньої діяльності, затвердженою наказом Комітету зі справ нагляду за страховою діяльністю від 26.10.2000р. №78, зареєстрованою в Міністерстві юстиції України 16.02.2000р. під номером 95/4316.

При цьому посередницька діяльність на території України по висновку договорів з іноземними страховиками не допускається, крім договорів перестраховання з дотриманням вимог статті 30 Закону України «Про страхування» від 4.10.2001р. №2745-III.

Станом на 1 січня 2003р. в Україні було зареєстровано 68 страхових брокерів, переважна кількість яких знаходиться в Києві – 39, Харкові – 5, Дніпропетровську – 6, Запоріжжі – 3, Іван-Франківську – 2, Маріуполі – 2, Львові – 2, Чернівцях – 2, а також по одному в Луганську, Луцьку, Черкасах, Рівному, Севастополі, Броварах, Красному Лучі та Житомирі.

Згідно з даними Державної комісії по регулюванню ринків фінансових послуг найбільшу величину статутного капіталу на 2003р. мали такі страхові брокери: ТОВ «Страховий брокераж» (м. Київ) – 50 017,5 тис. грн, ТОВ «Паросток» (м. Київ) – 47 059,9 тис. грн, ТОВ «Брокерська страхова компанія» (м. Київ) – 8 307,0 тис. грн.

На відміну від вимог Закону України щодо мінімальної величини статутного капіталу страховика і порядку його формування, аналогічних вимог до страхових брокерів не передбачено. Таким чином, для них існує можливість формування статутного капіталу за допомогою нематеріальних активів, позикового капіталу.

До непрямих страхових посередників відносять *актуаріїв, диспашерів (аджастерів), аварійних комісарів, сюрвеєрів* і т.д.

В Україні зареєстрована Асоціація страхових посередників. Основна її мета – сприяння розвитку інституту страхового посередництва в Україні. З розвитком страхового ринку України роль посередників буде постійно зростати, оскільки при цьому буде забезпечуватися відповідне поліпшення якості страхових продук-

тів за рахунок налагодження тісного взаємозв'язку між споживачами і виробниками.

У більшості країн світу страховики мають право створювати професійні об'єднання, що ставлять метою захист інтересів своїх членів, а також співробітництво з іншими організаціями і об'єднаннями з питань, що представляють спільні інтереси. За своїм статусом страхові об'єднання не повинні здійснювати комерційної діяльності. Відповідно до Закону України «Про страхування» страховики мають право на створення союзів, асоціацій та інших об'єднань для координації діяльності і захисту інтересів своїх членів, якщо це не суперечить чинному законодавству.

В Україні найбільшим об'єднанням страховиків є **Ліга страхових організацій України (ЛСОУ)**.

ЛСОУ – це організація некомерційного типу, що не має статусу юридичної особи, діє на принципах самоврядування і самофінансування. ЛСОУ не є вищим або законодавчим органом стосовно страховиків. Постанови даної організації носять характер рекомендацій. ЛСОУ не несе відповідальності щодо зобов'язань своїх членів. Членами ЛСОУ виступають близько 100 страхових компаній.

Основні напрями діяльності ЛСОУ:

- сприяння розробки рекомендацій з удосконалення страхового законодавства і методології страхування;
- експертна оцінка нормативних актів, законопроектів, державних програм у сфері страхування;
- захист інтересів членів організації в державних і цивільних установах;
- підвищення кваліфікації членів ЛСОУ шляхом проведення семінарів, конференцій щодо ознайомлення з практикою зарубіжного страхового бізнесу.

При ЛСОУ на правах юридичної особи працює науково-консультаційний центр. Вищий орган управління ЛСОУ – з'їзд членів організації. До компетенції даного з'їзду відносяться питання затвердження статуту, вибір членів правління, затвердження ліквідаційної комісії і т.д.

У період між з'їздами робота ЛСОУ здійснюється під керівництвом правління. Члени правління ЛСОУ працюють на суспільних засадах.

Діяльність ЛСОУ проводиться за рахунок добровільних внесків її членів, крім того, ЛСОУ має право одержувати доходи від заняття науковою, консультаційною і викладацькою діяльністю.

В Україні функціонують такі організації страховиків, як Моторне (Транспортне) страхове бюро, Морське й Авіаційне страхові бюро. Основні функції даних організацій:

- координація діяльності страховиків, що проводять дані види страхування;
- спільні дії, спрямовані на організацію перестраховування ризиків за кордоном;
- розробка разом із зацікавленими організаціями системи заходів щодо зниження ризику автотранспортних ризиків, ризиків морських і авіаційних перевезень.

Крім позитивних, в Україні існують також **негативні фактори**, що стримують розвиток страхового ринку, а саме:

- низький рівень платоспроможності населення;
- недосконалість захисту прав споживачів страхових послуг;
- неузгодженість багатьох положень діючого законодавства;
- відсутність правового регулювання діяльності страховиків у сфері обов'язкових видів страхування;
- недостатність надійних фінансових інструментів для інвестування;
- надмірна кількість страхових компаній і недостатній рівень капіталізації страховиків, а також слабкий розвиток національного перестрахового ринку;
- використання страхового ринку суб'єктами господарювання для оптимізації оподаткування;
- недостатній рівень кадрового і наукового забезпечення страхового ринку;
- низький рівень страхової культури населення.

Концепція розвитку страхового ринку України до 2010 року, запропонована Лігою страхових організацій України, яка затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України №369-р від 23.08.2005р., установлює стратегічні підходи, що повинні бути покладені в основу державної політики у сфері страхування, створення законодавчих і економічних умов для стимулювання розвитку страхового ринку.

Концепція визначає основну мету, завдання і напрямки розвитку страхового ринку на період до 2010 року відповідно до головних стратегічних цілей розвитку країни.

Основними цілями розвитку страхового ринку, відповідно до Концепції, є:

- підвищення рівня страхового захисту майнових інтересів фізичних і юридичних осіб;
- зменшення витрат держави на попередження і ліквідацію наслідків стихійних лих, катастроф, техногенних аварій;
- формування ефективних ринкових механізмів залучення інвестиційних ресурсів у національну економіку за рахунок забезпечення ефективного функціонування ринку страхових послуг з урахуванням міжнародного досвіду;
- застосування сучасної ринкової інфраструктури і фінансових інструментів.

Подальший розвиток страхового ринку має сприяти:

- захисту інтересів населення, суб'єктів господарювання і держави від можливих соціальних, техногенних, фінансових і інших ризиків;
- зміцненню довіри страхувальників, у першу чергу населення, до страховиків і страхових посередників;
- розвитку підприємницької діяльності і стабілізації економіки;
- залученню довгострокових фінансових ресурсів, що формуються у сфері страхування, для інвестицій в економіку України;
- запобіганню використанню страхової сфери для зменшення об'єкта оподаткування суб'єктів господарювання;
- захисту репутації фінансового сектора України;
- розвитку ринків фінансових послуг (у тому числі фондового ринку);
- стимулюванню розвитку економіки в цілому і, зокрема, транспорту, туризму, міжнародних перевезень, будівельного й агропромислового сектора економіки;
- інтеграції страхового ринку України в міжнародні ринки фінансових послуг.

Для цього пропонується:

- розробити стратегію розвитку страхового ринку України як складника державного плану дій „Україна – Європейський Союз”;

- створити постійно діючу процедуру аналізу та коректування положень стратегії розвитку страхового ринку України;
- створити умови для розвитку конкурентоздатного страхового ринку та органів страхового нагляду, що відповідають вимогам Директив та Рекомендацій Євросоюзу.

Результатами реалізації стратегії розвитку страхового ринку України повинні бути:

- високий рівень якості страхових послуг;
- розвинутий конкурентоздатний страховий ринок, заснований на сучасній інфраструктурі;
- високий рівень капіталізації страховиків;
- страхові компанії як активні учасники фондового ринку країни;
- адаптація страхового законодавства та систем державного регулювання до законодавства Євросоюзу, що регулює сферу страхових послуг;
- створення для власників страхових компаній та інвесторів сприятливих умов щодо довгострокового планування та інвестування у страхову сферу.

5.2. Термінологічний словник

Аварійний комісар – фахівець, який за дорученням страховика визначає причину та обставини страхового випадку, характер і остаточний розмір збитків. А.к. складає документ, на підставі якого буде визначатися сума страхової виплати.

Аквізиція – 1) процес реалізації страхової послуги, розповсюдження страхових полісів; 2) збутова діяльність страховика.

Актурій – висококваліфікований фахівець, який залучається страховиком для розрахунку тарифних ставок за новими видами страхування та уточнення тарифних ставок за діючими видами страхування. Розрахунок тарифних ставок здійснюється за допомогою методів математичної статистики та теорії вірогідності (актуарні розрахунки). Від точності розрахунку тарифних ставок залежить фінансова стійкість страхових операцій.

Андерайтер (у страхуванні) – експерт, уповноважений страховиком для розгляду страхового ризику з точки зору можливості прийняття на страхування (в перестраховання) залежно

від основних характеристик ризику (імовірності настання можливих збитків та ін.).

Диспашер (аджастер) – фахівець у галузі морського права, який здійснює розрахунки з розподілу витрат від настання страхового випадку між заінтересованими сторонами (власником судна, власником вантажу та ін.).

Іпотечне кредитування – застава нерухомого майна (землі, будівель) для отримання у банку чи в іншій фінансовій установі довгострокового кредиту. Іпотечне майно у цьому разі залишається у розпорядженні боржника. У разі неплатоспроможності боржника вимоги кредитора задовольняються за рахунок коштів, отриманих від реалізації іпотечного майна.

Корпорація – форма міжнародних господарських зв'язків у галузі виробництва, комерції, науки та ін.; заснування різними суб'єктами господарювання компанії для сумісної комерційної діяльності та науково-технічної співпраці.

Нерезидент – юридична особа, що зареєстрована в країні, іншій за ту, в якій вона здійснює господарську діяльність. Для нерезидентів може бути встановлений особливий порядок оподаткування.

Перестраховання – від договірних економічних відносин з передачі частини зобов'язань страховика за укладеними договорами на платній основі іншому страховику (страховикам) з метою підвищення фінансової стійкості.

Синдикат – об'єднання компаній, що виробляють однорідну продукцію чи послуги, яке створене з метою колективного збуту через єдину торговельну мережу. Учасники синдикату у значній мірі зберігають виробничу та правову самостійність, але позбавлені самостійності у комерційній діяльності.

Страхова послуга – комплекс зобов'язань страховика, пов'язаний з укладанням та обслуговуванням договору страхування на усіх його стадіях.

Страхування життя – галузь особистого страхування. Об'єктом є майнові інтереси страхувальника, пов'язані з невідомістю терміну життя людини.

СОТ (Світова організація торгівлі) – міжнародна організація, що створена з метою нагляду та підтримки міжнародної торгівлі. Заснована в 1995р. для забезпечення умов безперервного міжнародного торговельного обміну, ліквідації торговельних обмежень. Діяльність СОТ сприяла відміні торговельних квот та зменшенню імпорتنих тарифів на багату кількість товарів. Членами СОТ є більшість країн світу.

Фінансова група – група фінансових установ, що об'єднують фінансові ресурси у суспільних інтересах. Об'єднання може відбуватися з метою здійснення інвестицій, підвищення мобільності використання ресурсів або з метою досягнення монопольного становища.

Фінансовий ризик – втрата прибутку чи неотримання доходу суб'єктом господарювання внаслідок незалежних від нього обставин, неповернення кредиту, непередбачені судові чи інші витрати, збиток унаслідок невиконання або неналежного виконання контрагентами зобов'язань та ін.

Фондовий ринок – організований ринок торгівлі цінними паперами; механізм, що поєднує осіб, які мають вільні кошти, з особами, які мають потребу у вільних коштах.

5.3. Завдання для перевірки знань

1. Страховий агент діє на страховому ринку:

- а) від свого імені;
- б) за дорученням цивільних організацій;
- в) від імені і за дорученням страхувальника;
- г) від імені і за дорученням страхової компанії.

2. Страховий брокер діє на страховому ринку:

- а) від свого імені;
- б) від імені і за дорученням однієї страхової компанії;
- в) від імені і за дорученням багатьох страхових компаній;
- г) за дорученням цивільних організацій.

3. Аквізитор – це:

- а) фахівець, що обчислює страхові тарифи;
- б) інкасатор;

в) уповноважена страховиком особа, що розповсюджує страхові поліси;

г) фахівець, що оцінює збитки в морському страхуванні.

4. До прямих страхових посередників відносять:

а) актуаріїв;

б) страхових агентів;

в) аварійних комісарів;

г) страхових брокерів.

5. До нестрахових посередників відносять:

а) актуаріїв;

б) диспашерів;

в) рекламні агентства;

г) юридичних консультантів;

д) страхових брокерів.

6. Актуарій – це:

а) фахівець, що обчислює страхові тарифи;

б) інкасатор;

в) уповноважена страховиком особа, що складає або оновлює договори страхування;

г) фахівець, що оцінює комплексні збитки за страховими випадками.

7. Тенденціями розвитку сучасних страхових ринків є:

а) зменшення кількості національних страховиків;

б) концентрація страхового капіталу;

в) об'єднанні дії органів нагляду за різними фінансовими установами;

г) всі відповіді правильні.

8. Інтегроване регулювання – це...:

а) рівнобіжне регулювання діяльності страховиків та інших фінансових інститутів;

б) окреме регулювання діяльності страхових компаній та комерційних банків;

в) об'єднання органів нагляду за банківською та страховою діяльністю;

г) розмежування дій органів страхового та банківського нагляду.

9. Глобалізація страхового бізнесу виражається у таких процесах:

- а) злиття страхових компанії різних країн;
- б) концентрації страхового капіталу;
- в) збільшення кількості страховиків на національних страхових ринках;
- г) всі відповіді правильні.

10. Ліга страхових організацій України – це...

- а) вищий орган управління стосовно страхових компаній України;
- б) комерційна структура, що забезпечує організацію єдиної мережі продажу страхових послуг;
- в) державний орган, що здійснює нагляд за страховою діяльністю;
- г) добровільне об'єднання страховиків некомерційного типу, створене з метою захисту інтересів своїх членів у громадських та інших структурах.

11. Визначають причини настання страхового випадку, характер і розмір понесеного збитку:

- а) аварійні комісари;
- б) сюрвеєри;
- в) диспашери;
- г) аквізитори.

12. Діяльність страхових брокерів може бути визначена як:

- а) професійна діяльність суб'єктів підприємництва, пов'язана з посередництвом у страховій сфері;
- б) діяльність з обслуговування договору страхування на всіх його стадіях;
- в) професійна діяльність фізичних і юридичних осіб, що діють від імені і за дорученням декількох страхових організацій;
- г) усі відповіді правильні.

13. Основною організаційною формою страхових компаній у зарубіжних країнах є:

- а) суспільства взаємного страхування;
- б) приватні;
- в) акціонерні;
- г) державні (національні).

14. Контроль за діяльністю страхових агентів здійснює...

- а) Кабінет Міністрів України;
- б) страховик;
- в) Державна комісія по регулюванню ринків фінансових послуг;
- г) Асоціація страхових посередників України.

15. Контроль за діяльністю страхових брокерів в Україні здійснює...

- а) Кабінет Міністрів України;
- б) страховик;
- в) Державна комісія по регулюванню ринків фінансових послуг;
- г) Асоціація страхових посередників України.

16. У чому полягають відмінності страхового агента і страхового брокера?

- а) У кількості страхувальників, що обслуговуються;
- б) У кількості страховиків, що обслуговуються;
- в) У розмірі отриманої комісійної винагороди;
- г) Усі відповіді правильні.

5.4. Теми рефератів

1. Тенденції і перспективи розвитку страхового ринку України.
2. Формування інфраструктури страхового ринку України.
3. Об'єднання страховиків і їх основні функції.
4. Порівняльна характеристика страхових ринків України і країн Європейського Союзу

Література: [1, 2, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 26, 29, 30, 31, 33, 53].

ТЕМА 6. МАЙНОВЕ СТРАХУВАННЯ

6.1. Теоретичні відомості

Майнове страхування – галузь страхування, метою якої є компенсація збитку в результаті страхового випадку, що відбувся з майном страхувальника.

Майнове страхування поєднує різноманітні види страхування, які можна розподілити на дві групи: страхування майна юридичних осіб і страхування майна громадян.

Основні види майнового страхування, що проводяться в Україні, і їхня зразкова тарифікація наведені в таблиці 9.

Таблиця 9.

Основні види майнового страхування і їх тарифікація

Види страхування	Термін договору	Страхова подія	Тариф, %
1	2	3	4
Страховання майна громадян			
Будівель	Від 1 року	Пожежа, стихійні лиха, нещасні випадки, дії третіх осіб	0,1-1
Домашнього майна	Від 1 місяця	Пожежа, стихійні лиха, нещасні випадки, дії третіх осіб	1-5
Засобів транспорту	Від 1 місяця	Збиток унаслідок ДТП, дії третіх осіб, стихійних лих та інших подій	1-12
Тварин	1 рік	Змушений забій, загибель унаслідок нещасних випадків, стихійних лих, хвороби, крадіжка	5-20
Страховання майна юридичних осіб			
Будівельно-монтажних ризиків	Період планового будівництва	Ушкодження або загибель споруджуваних об'єктів, устаткування, машин, матеріалів і іншого майна, що знаходиться на будівельному майданчику, у результаті пожежі, аварій, стихійних лих, наслідків іспиту об'єктів	0,5-5
Водних і повітряних суден (каско)	Час виконання рейсу і більше	Загибель і ушкодження корпусів і устаткування літальних апаратів, морських, річкових суден усіх типів у результаті аварій, катастроф і стихійних лих	Повітряний-0,5-5, водний-0,4-4
Вантажів (карго)	Від 1 місяця до 1 року	Загибель або ушкодження вантажу при транспортуванні, навантаженні і розвантаженні, у результаті аварій, катастроф, стихійних лих, пропажі транспортного засобу з вантажем	0,5-5

1	2	3	4
Майна сільсько-господарських підприємств	До 1 року	Загибель або ушкодження сільськогосподарських культур, багаторічних зелених насаджень, тварин, будівель, засобів транспорту й іншого майна в результаті незвичайних кліматичних умов, стихійних лих, хвороб, пожежі, неправомірних дій третіх осіб	3-20
Фінансових ризиків	До 1 року	Втрата прибутку чи неотримання доходу суб'єктом господарювання унаслідок незалежних від нього обставин, неповернення кредиту, непередбачені судові чи інші витрати, збиток унаслідок невиконання або неналежного виконання контрагентами зобов'язань та ін.	8-15

Валові страхові премії, виплати та *рівень виплат* з майнового страхування в Україні у 2002 – 2005рр. наведені у таблиці 10.

Таблиця 10.

Валові страхові премії, виплати та рівень виплат з добровільного майнового страхування у 2002-2005рр.

Показники	2002	2003	2004	2005
Страхові премії, млн.грн	3413,8	7734,4	16612,7	10526,1
- у тому числі зі страхування фінансових ризиків	1624,7	4443,6	8973,7	4056,1
Страхові виплати, млн.грн	227,4	447,9	923,6	1361,0
- у тому числі зі страхування фінансових ризиків	48,6	165,2	241,2	566,9
Рівень виплат,%	6,7	5,8	5,6	12,9
- зі страхування фінансових ризиків	3,0	3,7	2,7	14,0

Слід відмітити надзвичайно велику частку страхування фінансових ризиків, що є показником „тіньових” схем у страхуванні, а також низький рівень виплат порівняно з зарубіжними страховиками. Частка страхування фінансових ризиків у загальному обсязі премій зменшилася з 46,2% у 2002р. до 31,6% у 2005р., що можна вважати позитивною тенденцією. Частка страхових премій зі страхування фінансових ризиків у загальному обсягу премій з добровільного майнового страхування у 2003 – 2005рр. представлена на рис.1.

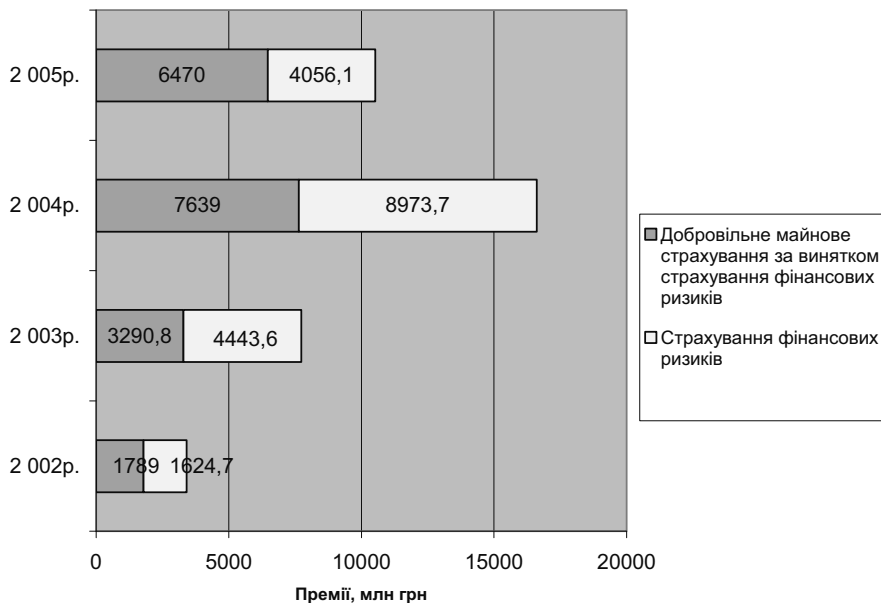


Рисунок 1. Частка страхування фінансових ризиків у загальному обсязі премій з добровільного майнового страхування

Найпоширенішим страховим полісом майнового страхування є договір страхування від вогню (**вогневе страхування**). Від вогню може бути застраховане будь-яке майно. Даний поліс забезпечує відшкодування збитку, нанесеного застрахованому майну внаслідок пожежі, удару блискавки, вибуху й інших причин, що призвели до неконтрольованого загоряння. Не відшкодовуються за даним полісом такі збитки у результаті:

- термічної обробки;
- навмисного підпалу;
- впливу радіації;
- порушення страховальником правил протипожежної безпеки.

До поліса вогневого страхування за додаткову плату можуть бути внесені додаткові ризики (розширення страхового покриття), наприклад, стихійні лиха, протиправні дії третіх осіб тощо. Страхова сума з майнового страхування встановлюється на підставі страхової оцінки майна і на момент укладання договору страхування не може перевищувати його *дійсної вартості*.

Майно може бути застраховане на повну вартість або на визначену частину вартості, але не менше 50 % балансової вартості.

У тому випадку якщо майно застраховане на частину вартості, у договорі вказується методика визначення величини страхової виплати залежно від понесеного збитку і співвідношення страхової суми та дійсної вартості застрахованого майна (**система страхової відповідальності**).

При укладанні договору страхування майна використовують такі основні системи страхової відповідальності.

1. Система першого ризику. Виплата страхового відшкодування здійснюється в розмірі понесеного збитку в межах страхової суми. Весь збиток у межах страхової суми називається першим ризиком і відшкодовується цілком. Збиток, що перевищує страхову суму (другий ризик), не відшкодовується.

2. Система пропорційної відповідальності. Якщо майно застраховане на визначену частину вартості, страхове відшкодування (S_v) виплачується в тій же частці від визначених по страховому випадку збитків, якщо інше не передбачено конкретним договором страхування:

$$S_v = U_c k_n = U_c \frac{S_o}{W_o},$$

де U_c – збиток за страховим випадком;

k_n – коефіцієнт покриття;

S_o – страхова сума застрахованого об'єкта;

W_o – дійсна вартість об'єкта страхування.

3. Система граничної відповідальності. Система застосовується найчастіше при страхуванні фінансових ризиків, ризиків інвестиційних і інноваційних проектів. Передбачається встановлення межі можливого одержання доходу страхувальником. Величина відшкодування (S_v) визначається у певній частці від різниці між граничним і реально отриманим доходом страхувальника:

$$S_v = k_n (D_{gp} - D_p),$$

де k_n – коефіцієнт, що виражає частку участі страховика в покритті збитку;

D_{gp} – заздалегідь встановлена межа доходу, що мав отримати страхувальник;

D_p – дохід, що реально отримав страхувальник.

Якщо страхова сума дорівнює дійсній вартості майна, вважають, що використовується **система дійсної вартості**, тобто $S = W$, $k_n = 1$.

Страхове відшкодування сплачується за все загибле й ушкоджене майно, а також відшкодовуються витрати, пов'язані з попереджувальними заходами, спрямованими на зменшення наслідків страхового випадку (ті, котрі були санкціоновані страховиком), а також витрати на порятунок майна і приведення майна в порядок після настання страхового випадку.

У договорах страхування майна і відповідальності може передбачається франшиза.

Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується страховиком за договором страхування. Встановлюється в абсолютній величині або у відсотках від страхової суми. Франшиза буває умовною і безумовною. Якщо величина збитку за страховим випадком менша від установленої франшизи, страхове відшкодування не виплачується. Якщо величина збитку більша від франшизи, то при **умовній франшизі** страхове відшкодування виплачується у розмірі понесених збитків, при **безумовній франшизі** страхове відшкодування виплачується за винятком установленої франшизи.

Присутність франшизи в договорі страхування визначається такими факторами:

1) Властивостями об'єкта страхування зменшувати свою вартість у процесі експлуатації.

2) Частими і незначними ушкодженнями об'єкта страхування, вартість яких не перевищує витрат на їхній огляд страховиком.

При страхуванні майна на повну вартість передбачається зниження тарифних ставок на величину від 0,1 % страхової суми. Якщо майно страхується вибірково, то тарифні ставки підвищуються.

Передбачається також зниження страхових платежів за наявності у договорі франшизи, а також для страхувальників, що протягом 3-5 років не одержували відшкодувань за укладеними договорами відповідно до періоду беззбиткового страхування.

Вартість застрахованого майна може змінюватися протягом терміну страхування. Вартісні характеристики можуть змінюватися в результаті капітального ремонту, модернізації або перепрофілювання виробництва, у результаті інфляційного зросту вартості нерухомості. Якщо вартість майна, зазначена в страховому полісі, виявляється нижчою від його дійсної вартості, то страху-

вальник не може розраховувати на повне відшкодування збитків. У цьому випадку страхувальник може укласти додатковий договір, написавши заяву про збільшення вартості застрахованого майна, при цьому він повинен сплатити *додаткову частину премії* за період дії договору, що залишився. Додаткова премія (P_d) розраховується як:

$$P_d = (P_2 - P_1) \frac{M}{12},$$

де P_1 – премія за первісною страховою сумою (страховою сумою за основним договором);

P_2 – премія за збільшеною страховою сумою;

M – кількість повних місяців з моменту укладання додаткового договору до моменту закінчення основного договору.

Договір страхування майна оформляється після заповнення **заяви – анкети**, де дається достовірний опис майна, його місця розташування й інших необхідних характеристик. При навмисному перекручуванні наданої інформації страхова компанія може відмовити у виплаті відшкодування або розірвати договір страхування.

Страховальник зобов'язаний дотримуватися у відношенні застрахованого майна відповідних мір безпеки. Страхова компанія має право перевіряти стан майна, а також давати письмові розпорядження щодо запобігання збитку і зменшенню його наслідків, виконання яких обов'язкове для страхувальника.

Страхування майна підприємств має деякі особливості. Зокрема, майно підприємств може бути застраховане за основним і додатковим договором страхування.

Страхуванню за основним договором підлягають будинки, спорудження, транспортні засоби, машини, устаткування, інвентар, товарно-матеріальні цінності, об'єкти незавершеного будівництва, інше майно, що належить підприємству.

За додатковим договором може бути застраховане майно, прийняте в населення або інших організацій для переробки, збереження, транспортування або ремонту, супроводжуване відповідною документацією. Висновок додаткового договору можливий тільки за наявності основного. Термін дії додаткового договору не виходить за рамки основного.

Оцінка майна підприємства для встановлення страхової суми здійснюється в залежності від його категорії. Так, основні фонди оцінюються за балансовою вартістю з урахуванням зносу.

Оборотні кошти оцінюються за фактичною собівартістю або в цінах, що діють на момент укладання договору. Об'єкти незавершеного будівництва підлягають оцінці в розмірі фактичних витрат матеріальних і трудових ресурсів на момент настання страхового випадку. Для оцінки майна, прийнятого від населення або інших організацій, використовують вартість, зазначену в документації з прийому.

Не приймається на страхування майно таких категорій:

- готівка;
- цінні папери;
- креслення, бухгалтерські книги й інша документація;
- кіно- і фотоплівки;
- технічні носії інформації;
- майно, що знаходиться в аварійному стані;
- майно, що знаходиться в застрахованому приміщенні, але не належить страхувальникові.

Страхування майна громадян містить у собі багато окремих видів страхування майна, такі як страхування засобів транспорту, страхування житлових приміщень, домашнього майна, домашніх тварин і т.д. Страхування майна фізичних осіб здійснюється в Україні тільки в добровільній формі.

В Україні механізм страхування майна громадян активно діяв до ринкових реформ. Так, надходження платежів з добровільного страхування майна громадян становили в 1976р. – 35,5 млн крб, в 1980р. – 52,2 млн крб., в 1990 – 118 млн крб.

Перехід України до ринкових відносин характеризувався значним зниженням рівня доходів населення. Згідно зі статистичними даними, частка витрат сімей на непродовольчі товари зменшилася з 31,4% у 1990р. до 10,3% у 1999р. Як наслідок, зменшується забезпеченість населення непродовольчими товарами (у 1999р. в порівнянні з 1990р.): телевізорами – на 37,5%, холодильниками – на 51,7%, пральними машинами – на 40,3%. Тобто спостерігалось зменшення потенційних об'єктів страхового захисту.

Незважаючи на те, що протягом останнього часу в Україні спостерігається зростання ВВП та зростання доходів на душу населення, більшість видів страхування майна громадян не отримало достатнього розвитку. Винятком є страхування засобів автотранспорту, що здійснюється більшістю страхових компаній України з 1999р. Проте частка страхування майна громадян в загаль-

ному обсягу премій з добровільного майнового страхування досі є незначною.

При страхуванні майно громадян поділяють на дві категорії: пріоритетне майно, загибель або ушкодження якого наносить власникові надзвичайний збиток (житлові будинки і будівлі, деякі види домашніх тварин) та інші види домашнього майна, що не відносяться до першої категорії.

При **страхуванні будинків і споруджень** страхувальниками можуть виступати власники, орендарі і відповідальні квартиронаймачі. Будинки і спорудження, що мають великий відсоток зносу (більше 70%), на страхування не приймаються. Не приймаються також на страхування об'єкти, розташовані в зонах, яким загрожують зсуви, обвали, повені і т.д.

Страхова сума встановлюється на підставі страхової оцінки. У практиці страхування використовують кілька варіантів визначення вартості будівлі:

1) Страховою оцінкою може бути дійсна вартість будівлі на момент укладання договору.

2) Страхова оцінка визначається на підставі відповідних ринкових цін у даному регіоні.

Оцінці підлягають усі житлові і господарські будівлі на території, що належить страхувальникові. Дані спорудження заносяться до оцінного листа. При оцінці житлових і господарських будівель для підвищення оперативності роботи використовують оцінні норми, що являють собою вартість у гривнях одиниці виміру будівлі за відповідними ринковими цінами для типових будівель. Використовуються кубатурні (1 м^3) і квадратурні (1 м^2) норми.

Оцінка відповідності типової й оцінюваної будівлі визначається за такими критеріями:

- господарське призначення;
- матеріали;
- розміри;
- конструкції;
- використані будівельні матеріали;
- обробка приміщення і т.д.

В Україні страхова сума визначається окремо для кожної будівлі за домовленістю між страхувальником і страховиком, але не більше ніж дійсна вартість будівлі. Якщо договір укладений на

частину вартості, страховиком використовується система пропорційної відповідальності.

Страховий платіж визначається на підставі тарифних ставок, що встановлюються:

– на будинки і спорудження в сільській місцевості – від 0,2 до 0,45% страхової суми;

– на будинки і спорудження в міській місцевості – від 0,18 до 0,4% страхової суми.

У випадку заміни страхувальником будівель, зазначених у договорі (купівля – продаж будівель), укладається новий договір страхування на підставі характеристик нових будівель з урахуванням частини страхового платежу, що невикористаний за попередній період.

Величина збитку визначається на підставі страхового акта, у складанні якого бере участь страхувальник або інші повнолітні члени його родини. У страховому акті визначають розмір будівлі, характер матеріалів, наводять зведення про кількість і характер ушкоджень, перелічують роботи, необхідні для подальшого використання будівлі.

При оцінці збитку розрізняють частковий і тотальний збиток.

Тотальний збиток констатується в тих випадках, коли вартість відбудовних робіт з урахуванням вартості залишків і витрат, понесених страхувальником з метою ліквідації наслідків страхового випадку, перевищує дійсну вартість спорудження. Сума збитку (З) у цьому випадку розраховується як:

$$З = ((ПВ - З) + ВП) - О,$$

де ПВ – первісна вартість будинку;

З – знос;

ВП – витрати страхувальника на порятунок майна;

О – вартість залишків, придатних для подальшого використання.

При частковому ушкодженні будівлі основою для визначення збитку є вартість ремонту (відновлення) будівлі з урахуванням зносу і вартості залишків, придатних для використання:

$$З = (ВР - З) - О,$$

де ВР – вартість ремонту (відновлення) будівлі.

Об'єкти **страхування домашнього майна громадян** – це предмети домашньої обстановки, побуту і споживання, що нале-

жать страхувальникові і членам його родини. Домашнє майно може бути застраховане за основним і додатковим договором.

За основним договором може бути застраховане все майно в даному господарстві за винятком об'єктів, на які має бути складений додатковий договір. За додатковим договором мають бути застраховані вироби з дорогоцінних металів і каменів, колекції, унікальні й антикварні предмети, предмети релігійного культу.

Будь-які види апаратів (холодильники, телевізори, мікрохвильові печі) страхуються на випадок загоряння, незалежно від його причин. Вироби з дорогоцінних металів і каменів страхуються тільки на випадок викрадення.

Усі предмети домашнього майна, крім ювелірних прикрас, вважаються застрахованими за постійним місцем проживання страхувальника. При зміні місця проживання майно вважається застрахованим протягом одного місяця після переїзду. Майно вважається застрахованим під час переїзду, якщо не передбачається відповідальності транспортної компанії.

Не можуть бути прийняті на страхування на умовах звичайного договору такі категорії домашнього майна:

- кімнатні рослини;
- домашні тварини;
- саджанці, насіння;
- готівка;
- рукописи, фотознімки, документи;
- носії інформації.

Загальні договори страхування майна можуть оформлятися як без огляду (до визначеної фіксованої суми), так і з оглядом у присутності страхувальника, якщо мова йде про велику суму.

Страхування засобів транспорту – це вид майнового страхування, де об'єктами виступають *механізовані* й інші види транспорту, що підлягають реєстрації органами внутрішніх справ. Серед видів страхування транспортних засобів особливо зазначають страхування автотранспорту, страхування морського і повітряного транспорту, а також страхування вантажного транспорту.

Останнім часом в Україні спостерігається зростання кількості автомобільного транспорту на душу населення. Автомобіль – це дороге майно, схоронність якого є дуже важливою, тому з 90-х років в Україні зростають обсяги страхування автотранспорту. Послуги з

даного виду страхування в Україні надають такі страхові компанії, як „АСКА”, „Вексель”, Гарант-Авто”, „Остра-Київ” та інші.

Страхування засобів автомобільного транспорту в Україні проводиться в добровільній формі. На страхування приймаються будь-які види транспорту, що підлягають реєстрації ОВС (автомобілі, мотоцикли, водний транспорт). Основний договір страхування укладається на термін від 2 до 11 місяців.

Основні види страхових ризиків:

- викрадення (відшкодування збитку здійснюється в розмірі дійсної вартості майна за винятком зносу);
- знищення (відшкодування здійснюється в розмірі дійсної вартості майна за винятком залишків);
- ушкодження (відшкодування здійснюється в розмірі *вартості ремонту*).

Страховик оплачує витрати на порятунок транспортного засобу, транспортування до найближчого ремонтного пункту, роботи зі складання кошторису на ремонт, але не оплачує втрати товарного вигляду під час транспортування.

Для залучення клієнтів страхові компанії можуть пропонувати такі послуги, вартість яких включається до страхового поліса:

- повернення водія та пасажирів до місця проживання, проживання водія та пасажирів у готелі у разі відсутності можливості ремонту автотранспорту протягом 24 годин (СК „Вексель-ФСА”);
- експертна оцінка пошкоджень автотранспорту, контроль за якістю ремонтних робіт, юридична та консультативна допомога протягом врегулювання наслідків ДТП (СК „Гарант-Авто”, СК „Кредо-классик”);
- цілодобова диспетчерська служба (СК „Гарант-Ре”, СК „Остра – Київ”).

Автотранспорт може бути застрахований на повну вартість або на визначену частину вартості. У договорі може передбачатися безумовна франшиза, причому ставка премії зворотно пропорційна встановленій франшизі. При укладанні договору може здійснюватися огляд транспортного засобу, у документах при цьому фіксуються зведення про призначення транспортного засобу і його основні характеристики. На підставі отриманої інформації страховик визначає величину страхового ризику, розмір франшизи й інші умови договору.

Серед факторів, що мають вплив на розмір страхового тарифу, можна виділити такі:

- марка та термін експлуатації автотранспортного засобу;
- територія покриття (Україна, країни СНГ та Балтії, країни Європи);
- кількість осіб, що мають право користування автотранспортом, водійський стаж;
- умови зберігання автотранспортного засобу;
- франшиза;
- особливі умови договору.

Страхування засобів транспорту без відшкодування збитку, заподіяного перевезеному вантажу, називається **страхуванням каско**. На відміну від страхування каско, існує страхування, що припускає захист від різних втрат і збитків, зв'язаних з вантажем, що транспортується – **страхування карго**. Страхування каско здійснюється власником транспортного засобу, тоді як карго може здійснюватися будь-яким учасником контракту (*вантажовідправником чи вантажоодержувачем*)

Страхові компанії можуть пропонувати **комбіноване страхування автомобіля, водія та багажа (авто-комбі)**. У цьому разі життя та здоров'я водія автомобіля також є застрахованими під час дорожньо-транспортної пригоди.

Розмір збитку і величина відшкодування визначається на підставі акта про настання страхового випадку, підтвердженого відповідними уповноваженими органами. Страхове відшкодування за викрадену автомашину виплачується не раніше, ніж через 2 місяці після викрадення, по закінченні розслідування.

Порівняно новим видом страхування виступає страхування технічних ризиків. Його поява була обумовлена тим, що використання складних промислових технологій підвищує ризик виникнення аварій, катастроф, нещасних випадків, що характеризуються значними сумами збитку.

Страхування технічних ризиків – комплекс видів страхування, що включає страхування будівельно-монтажних ризиків, страхування машин від поломок, страхування електронного устаткування і т.д. Таке страхування в даний час значний розвиток одержало у Великобританії, США, Японії і в ряді інших країн, що входять до Міжнародної асоціації страховиків технічних ризиків (IMIA).

Практика відокремила деякі самостійні види страхування, що мають власну специфіку: будівельно-монтажне страхування (включаючи страхування відповідальності перед третіми особами під час проведення будівельних та *монтажних* робіт); *страхування машин від поломок*; *страхування електронного устаткування*; страхування пересувного устаткування; страхування інженерних споруджень (причалів, дамб і т.п.).

Страхування будівельно-монтажних ризиків припускає відповідальність за будівельну частину контракту і за встановлене устаткування до завершення будівництва, проведення іспитів і приймання об'єкта замовником. Будівельне устаткування і спорудження страхуються від загибелі або ушкодження.

Договір страхування може укладатися на кілька років. Вартість страхування (страхова премія) повинна включатися в загальну вартість підряду і у результаті відноситися на витрати замовника (собівартість робіт).

Страховик відшкодовує прямі збитки від загибелі або ушкодження застрахованого майна, що виникли в результаті помилок при проведенні будівельно-монтажних робіт, дефектів застрахованих об'єктів, недбалості робітників, техніків, інженерів і службовців, а також недбалості або наміру третіх осіб.

Не підлягають відшкодуванню збитки, що прямо або побічно відбулися в результаті воєнних дій, навмисних дій страхувальника або осіб, на користь яких складений договір страхування, часткового або повного припинення робіт, корозії, природного зносу, самозаймання і т.п.

Страховою сумою звичайно є повна вартість об'єкта страхування, включаючи вартість проектування, технічної документації і робочої сили. Майно вважається застрахованим, як правило, з моменту вивантаження його на будівельному майданчику, але не раніше зазначеної в договорі дати. Розмір страхового відшкодування за загибле майно обмежується вартістю його заміни або фактичною вартістю на момент страхового випадку.

Страхування промислових машин і устаткування в Німеччині і у Франції є переважаючим видом страхування технічних ризиків. Воно спрямовано на захист майнових інтересів страхувальника при виникненні поломок складного промислового устаткування, що можуть відбутися з різних причин.

Страховик відшкодовує прями збитки, що виникли в результаті непередбачених поломок або дефектів застрахованих машин, механізмів, устаткування й інструментів; помилок і необережності персоналу, страхувальника або інших третіх осіб; розривів троясів, ланцюгів, падіння предметів, перевантаження, перегріву, вібрації, короткого замикання і т.п.

Страхуванням не покриваються збитки, що виникли в результаті форс-мажорних обставин, а також збитки, що з'явилися наслідком ушкодження матриць, форм, кліше, ламп, акумуляторів і інших предметів, що підлягають періодичній заміні.

Від поломок страхуються тільки найбільш важливі технологічні лінії або ключові виробничі установки. Цей вид страхування значно дорожчий від вогневого, а за наявності франшизи, відсутньої у вогневому страхуванні, страхування малоцінної техніки і механізмів стає досить дорогим і невиправданим.

6.2. Термінологічний словник

Рівень виплат – співвідношення страхових виплат та страхових премій за визначеним видом страхування.

Вантажовідправник (відправник) – фізична чи юридична особа, від імені якої вантаж передається до перевезення та яка зазначена як відправник у договорі про перевезення вантажу.

Вантажоодержувач (одержувач) – фізична чи юридична особа, яка має право отримати вантаж у місці призначення.

Вартість ремонту – витрати, пов'язані з приведенням транспортного засобу до стану, що існував до страхового випадку. До вартості ремонту включається: вартість деталей для заміни і матеріалів, необхідних для ліквідації пошкоджень у цінах на день настання страхового випадку; оплата праці робітників за демонтаж, ремонт пошкодження та монтаж в цінах на день настання страхового випадку.

Дійсна вартість – вартість основних засобів, що обчислюється як первісна вартість придбання активу за винятком накопиченого зносу.

Додаткова премія – додатковий страховий внесок, що сплачується страхувальником за те, що до умов страхування вносяться додаткові ризики, або за страхування ризиків з підвищеною

небезпекою. Додаткова премія застосовується також в особистому страхуванні в разі, коли андеррайтер вважає, що застрахувати заявника на звичайних умовах, з урахуванням його віку, стану здоров'я, небезпечної професії, складних кліматичних умов, неможливо.

Механізований транспортний засіб – транспортний засіб, що рухається за допомогою двигуна (крім велосипедів з підвісним двигуном і мопедів з робочим об'ємом двигуна не менше 50 см³). До механічних транспортних засобів належать трамваї, троллейбуси, автомобілі, мотоцикли, мотоколяски, тощо.

Монтажні роботи – монтаж технологічного обладнання в житлових та нежитлових будинках.

Страхування від поломки машин – вид майнового страхування, котрий активно використовується в індустріально розвинутих країнах для захисту підприємців від небезпеки механічних поломок машин, які здебільшого входять до складових важливих технологічних ліній або є ключовими виробничими агрегатами.

Страхування електронного обладнання – становить інтерес для банків, телекомунікаційних компаній та інших організацій, що мають «електронні ризики», і здійснюється на випадок знищення, пошкодження або втрати обладнання. Нерідко страхувальник через пошкодження електронної техніки може нести ще більші збитки внаслідок втрати баз даних. Страхуванню витрат на відновлення баз даних відводять окремий поліс.

6.3. Завдання для перевірки знань

1. Які з даних видів страхування належать до майнового?

- а) страхування каско;
- б) страхування життя;
- в) страхування вантажів;
- г) страхування від нещасного випадку.

2. Не приймаються на умовах добровільного страхування такі категорії майна:

- а) домашні тварини;
- б) врожай сільськогосподарських культур;
- в) цінні папери;

г) майно, взяте в оренду.

3. При страхуванні майна страхова сума не повинна перевищувати його дійсної вартості:

- а) на момент складання договору страхування;
- б) на момент настання страхового випадку.

4. Якщо страхова вартість об'єкта страхування збільшилася в порівнянні з первісною, зазначеною в договорі, то при настанні страхового випадку за системою пропорційної відповідальності:

- а) страхувальник одержить відшкодування в межах понесених збитків;
- б) величина відшкодування буде більшою за величину понесених збитків;
- в) величина відшкодування буде менша за величину понесених збитків пропорційно збільшеній вартості майна;
- г) усі відповіді неправильні.

5. Страхова сума за договором складає 16000 грн. Дійсна вартість майна складає 20000 грн. При збитках у 7000 грн. від настання страхового випадку відшкодування за системою пропорційної відповідальності складає (грн.):

- а) 12600;
- б) 13600;
- в) 4600;
- г) 5600.

6. Що береться за основу оцінки основних фондів при укладанні договору страхування майна підприємств?

- а) балансова вартість;
- б) первісна вартість;
- в) вартість, визначена на підставі експертної оцінки.

7. Яке майно підприємства може бути застраховане за основним договором страхування майна?

- а) майно, отримане підприємством за договором майнового найму;
- б) продукція, отримана від населення для переробки, збереження;
- в) основні фонди;
- г) продукція незавершеного виробництва.

8. У яких з перелічених випадків страховик може відмовити страхувальникові у виплаті страхового відшкодування?

- а) збитки відбулися в результаті пожежі внаслідок удару блискавки;
- б) збитки відбулися в результаті пожежі через порушення технології виробничого процесу;
- в) майно викрадене, довідка правоохоронних органів відсутня.

9. Першим ризиком називають...

- а) збиток у межах страхової суми за договором;
- б) страхову суму за договором;
- в) збиток, що перевищує страхову суму за договором;
- г) збиток, що дорівнює вартості майна на час настання страхового випадку.

10. Стандартний поліс страхування від пожежі забезпечує відшкодування збитків страхувальнику за uszkodження (знищення) застрахованого майна в результаті:

- а) пожежі;
- б) процесу термічної обробки;
- в) вибуху газу;
- г) землетрусу.

11. Розширене покриття при страхуванні від вогню передбачає:

- а) страхування винятково всього майна, що належить підприємству;
- б) страхування майна тільки по повній його вартості;
- в) більшу кількість страхових ризиків;
- г) усі відповіді правильні.

12. Страхова вартість – це:

- а) вартість, за якою сам страхувальник оцінює своє майно для цілей страхування;
- б) вартість страхової послуги;
- в) дійсна вартість майна, що підлягає страхуванню;
- г) первісна вартість майна, що підлягає страхуванню.

13. Чи можуть бути включені до полісу вогневого страхування такі страхові випадки, як землетрус і крадіжка?

- а) Так.
- б) Так, за додаткову плату.

в) Ні, необхідно укласти інший договір.

14. Страхування будівельно-монтажних ризиків включає відповідальність:

- а) за встановлене устаткування;
- б) за проведення іспитів об'єкта;
- в) за монтаж будівельних конструкцій;
- г) усі відповіді правильні.

15. При страхуванні будівельно-монтажних ризиків майно вважається застрахованим:

- а) з моменту початку будівництва до здачі об'єкта в експлуатацію;
- б) з моменту вивантаження майна на будівельному майданчику до початку будівництва;
- в) з моменту вивантаження майна на будівельному майданчику до здачі об'єкта в експлуатацію.

16. При страхуванні каско відшкодовують:

- а) виключно збиток, заподіяний транспортному засобу;
- б) збиток, заподіяний транспортному засобу та вантажу, що перевозиться;
- в) збитки транспортному засобу та життю й здоров'ю водія і пасажирів;
- г) виключно збиток життю та здоров'ю водія транспортного засобу.

17. При страхуванні карго відшкодовують:

- а) виключно збиток, заподіяний транспортному засобу;
- б) збиток, заподіяний вантажу, що перевозиться;
- в) збитки транспортному засобу, життю й здоров'ю водія і пасажирів;
- г) виключно збиток життю та здоров'ю водія транспортного засобу.

18. При страхуванні авто-комбі відшкодовують:

- а) виключно збиток, заподіяний транспортному засобу;
- б) збиток, заподіяний транспортному засобу та вантажу, що перевозиться;
- в) збитки транспортному засобу, життю й здоров'ю водія і пасажирів;

в) виключно збиток життю та здоров'ю водія транспортного засобу.

19. Задача

Припустимо, що підприємство уклало договір страхування майна (основних та обігових засобів). Договір укладено на основі системи пропорційної відповідальності. Майно застраховане за повним пакетом ризиків (пожежа, стихійне лихо, крадіжка), що передбачає знижку до страхового платежу. Використовуючи дані таблиці 11, визначити:

- страхову суму за договором страхування майна підприємства;
- страхову премію за умовами страхування за повним пакетом ризиків;
- суму страхового відшкодування у разі настання страхового випадку.

Таблиця 11

Показники	Розрахункові дані
1	2
Балансова вартість основних засобів, грн.	14000
Амортизація основних засобів, %.	25
Вартість обігових засобів, грн.	4500
Страхове покриття, %	65
Тариф (пожежа),%	0,9
Тариф (стихійне лихо),%	0,3
Тариф (крадіжка),%	1,5
Знижка до страхового платежу, %	20
Збиток у наслідок страхового випадку, грн.	10000

20. Задача

Припустимо, автотранспортний засіб застрахований за таким пакетом ризиків: аварія (знищення чи пошкодження у наслідок ДТП чи стихійного лиха); викрадення. Договір укладено на основі системи дійсної вартості. У договорі використовується умовна франшиза 3% за ризиками „пошкодження чи знищення у разі ДТП чи стихійного лиха”, та безумовна франшиза за ризиком „викрадення”. За кожен відсоток безумовної франшизи надається 5-процентна знижка до страхового платежу, але у цілому не більше ніж 50% платежу. Використовуючи дані таблиці 12, визначити:

- страхову суму за договором;
- страхову премію за договором;

- суму страхового відшкодування у разі страхового випадку – знищення транспортного засобу.

Таблиця 12

Показники	Розрахункові дані
Ринкова вартість автотранспортного засобу (ат/з), тис. грн	44
Амортизація, %	15
Тариф (знищення чи пошкодження у разі ДТП),%	4,5
Тариф (знищення чи пошкодження у разі стихійного лиха),%	1,3
Тариф (викрадення),%	9
Вартість залишків, придатних до подальшого використання, тис. грн	0,25
Франшиза (безумовна),%	6

21. Задача

Середній прибуток від інвестицій у 800 тис. грн запланований у розмірі 55%. Фактично отриманий прибуток у розмірі 43%. Страхове покриття згідно з договором страхування фінансових ризиків складає 70%. Знайти суму страхового відшкодування, використовуючи систему граничної відповідальності.

22. Задача

Припустимо, страхувальником було укладено договір страхування будівлі на випадок стихійного лиха та пожежі. У договорі застосовується система страхової відповідальності першого ризику. У зв'язку зі збільшенням вартості майна унаслідок придобування додаткових приміщень під час дії договору, страхувальник подав письмову заяву на укладання додаткового договору щодо збільшення страхової суми на термін, що залишився до кінця чинності основного договору. Використовуючи дані таблиці 13, визначити: страхову суму за основним та додатковим договором; страхову премію за основним та додатковим договором; суму страхового відшкодування у разі пошкодження будівлі.

Таблиця 13

Показники	Розрахункові дані
Дійсна вартість майна за основним договором, тис. грн	35
Страхове покриття, %.	65
Тариф (пожежа),%	0,3
Тариф (стихийне лихо),%	0,18
Термін дії основного договору	з 1.03.06р. по 1.03.07р
Збільшення вартості майна у період дії основного договору, %.	15
Термін дії додаткового договору	з 1.06.06
Витрати страховальника на врятування майна унаслідок страхового випадку, тис.грн	2,5
Вартість відновлюваних робіт, тис. грн	10,5
Вартість конструктивних елементів, потребуючих заміни, тис. грн	11,6

6.4. Теми рефератів

1. Методика проведення страхування підприємств від втрати прибутку.
2. Особливості проведення страхування морських і авіаційних ризиків.
3. Страхування майна громадян – проблеми і перспективи проведення в Україні.
4. Особливості проведення страхування майна сільськогосподарських підприємств.

Література: [1, 30, 31, 36, 37, 43, 49, 50, 51, 53].

ТЕМА 7. СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

7.1. Теоретичні відомості

Страховання відповідальності – самостійна сфера страхової діяльності, що здійснює захист матеріальних інтересів осіб, які постраждали в результаті дії або бездіяльності страховальника. При цьому здійснюється і захист фінансових інтересів страховальника, який звільняється від витрат, зв'язаних із заподіяним ним збитком.

Розвиток страховання відповідальності прямо залежить від рівня національних правових інститутів, тому що основу даного виду страховання визначають норми національного і міжнародного права. Згідно з даними нормами, існують різні види відповідальності (карна, цивільна, адміністративна і т.д.). Для цілей страховання цікавою є, насамперед, цивільна відповідальність, тому що вона зв'язана з майновим характером компенсації нанесеного збитку.

Цивільна відповідальність виникає як юридичний наслідок невиконання або неналежного виконання особою передбачених цивільним правом зобов'язань, що призвело до порушення цивільних прав третьої особи. У цьому зв'язку в інтересах потерпілого до правопорушника застосовуються встановлені законом або визначені договором санкції майнового характеру (штрафи, виплата неустойок і т.п.).

Цивільне право засноване на **презумпції провини**. Таким чином, обвинувачуваний повинен довести свою невинність, а потерпіла особа повинна подати докази факту здійснення стосовно неї правопорушення і наявності зв'язку між правопорушенням і понесеним збитком. При цьому збиток, що з'явився наслідком правомірних дій, підлягає компенсації тільки у встановлених законом випадках.

Якщо особа є власником об'єкта – джерела підвищеної небезпеки, то доказів його провини у випадку нанесення збитку не потрібно (безумовна відповідальність). У деяких випадках відповідальність може не наступити. До таких випадків відносять, як правило, обставини нездоланної сили (форс мажор), злий намір або грубу необережність потерпілого.

В Україні до блоку страхування відповідальності, відповідно до діючого законодавства у сфері ліцензування страхової діяльності відносять такі основні види страхування (див. табл.14):

Таблиця 14.

**Види страхування відповідальності,
що здійснюються в Україні**

Вид страхування	Сутність страхування
Страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів	Здійснюється в обов'язковій формі для автовласників – резидентів і нерезидентів. Передбачає обов'язок страховика по страхових виплатах у розмірі компенсації збитку, нанесеного майновим інтересам особи, що постраждала в дорожньо-транспортній пригоді при участі даного транспортного засобу.
Страхування цивільної відповідальності перевізника	Здійснюється в добровільній формі для більшості видів перевезень, крім авіа і морських перевізників. Передбачає обов'язок страховика у розмірі компенсації збитку, зв'язаного з обов'язком страхувальника в порядку, встановленому цивільним законодавством, відшкодувати збиток, нанесений третім особам транспортним засобом.
Страхування цивільної відповідальності підприємств – джерел підвищеної небезпеки	В Україні здійснюється в основному в добровільній формі. Передбачає обов'язок страховика у розмірі повної або часткової компенсації збитку, зв'язаного з обов'язком останнього в порядку, установленому цивільним законодавством, відшкодувати збиток, нанесений третім особам, у зв'язку зі здійсненням діяльності, що представляє небезпеку для навколишнього середовища.
Страхування професійної відповідальності	В Україні здійснюється в добровільній формі. Передбачає обов'язок страховика у розмірі повної або часткової компенсації збитку, пов'язаного з обов'язком страхувальника в порядку, встановленому цивільним законодавством, відшкодувати збиток, нанесений третім особам, у зв'язку зі здійсненням застрахованим професійної діяльності: <ul style="list-style-type: none"> а) нотаріальної; б) лікарської; в) інших видів професійної діяльності, що є джерелами підвищеного ризику для третіх осіб.

За кордоном значне поширення одержали поліси страхування загальної цивільної відповідальності. У багатьох країнах таке страхування належить до обов'язкових видів. Страхувальниками за даним видом можуть виступати юридичні і фізичні особи. Виходячи з цього, розрізняють страхування персональної відповідальності (Personal Liability) і страхування відповідальності юридичних осіб (General Third Party Liability).

Принцип побудови страхового захисту полягає в наступному. Усе, що не обговорено в договорі страхування як виняток, вважається страховим випадком і покривається страховиком. Деякі ризики страхуються на особливих умовах. Страховик може встановлювати ліміти страхової відповідальності. Крім того, страховик бере на себе обов'язок щодо надання юридичного захисту інтересів страхувальника від необґрунтованих матеріальних претензій.

При здійсненні страхування персональної відповідальності страховий захист може поширюватися на членів родини страхувальника, а також на осіб, що здійснюють догляд за будинком, дітьми, домашніми тваринами страхувальника. Дані особи будуть вважатися застрахованими в тім же обсязі і на тих же умовах.

Поліс страхування загальної відповідальності юридичних осіб покриває ризики комерційної, виробничої і торговельної діяльності підприємства (організації), крім обговорених у договорі випадків.

Договір укладається після заповнення страхувальником анкети, що дає страховику детальну інформацію про всі сторони діяльності підприємства. У договорі страхування встановлюється ліміт відповідальності страховика (агрегатний та на кожен страховий випадок), а також безумовна франшиза. До стандартного страхового покриття додаються доповнення, що визначають особливі умови страхування деяких видів ризиків. До таких ризиків, як правило, відносять:

- ризик відповідальності за *забруднення навколишнього середовища*;
- ризик відповідальності виробника за якість продукції (товарів і послуг);
- ризик відповідальності роботодавця перед найманими робітниками і т.д.

Такі ризики, як ризик цивільної відповідальності власників транспортних засобів, ризик відповідальності перевізника, не покриваються полісом страхування загальної цивільної відповідальності. Для одержання страхового захисту за даними видам ризиків необхідно скласти окремий договір страхування.

Оскільки деякі договори страхування можуть діяти протягом декількох років, дуже важливими є принципи покладені в основу договору страхування:

1. Договір на основі прояву. Означає, що страховик несе відповідальність за збиток, що виник протягом дії договору (хоча причиною виникнення такого збитку можуть бути дії, що здійснив страхувальник до початку дії цього договору). Страховик не відповідає за збиток, що виник після закінчення договору. При цьому, якщо збитки стали очевидними після закінчення терміну страхування, але збиток виявився ще в момент дії договору, ці збитки покриваються страховиком.

2. Договір на основі заявлених позовів. Такі договори іноді називають ще договорами «за умовою пред'явлення вимог», тобто договір покриває позови, що вперше пред'являються страхувальникові під час використання договору. Щоб уникнути позовів, коли збиток виявився через тривалий час, страховики вводять ретроспективну дату. Усі витрати, що були виявлені до цієї дати, погашенню не підлягають.

Страхування відповідальності за екологічне забруднення, виробників за якість продукції, роботодавців перед найманими робітниками широко здійснюються страховиками багатьох країн світу як в обов'язковій, так і в добровільній формі.

Національне законодавство багатьох країн передбачає обов'язкову відповідальність за забруднення навколишнього середовища, що зв'язана з відшкодуванням збитку, нанесеного третім особам.

Ризики відповідальності за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю і майну третіх осіб у результаті забруднення навколишнього середовища, викликаного нещасним випадком, (аварія, пожежа, стихійні лиха й ін.) часто включаються в загальний договір страхування цивільної відповідальності на особливих умовах. Страхове відшкодування виплачується тільки за випадкове і ненавмисне забруднення навколишнього середовища і не поширюється на збиток, нанесений у результаті повторюваних або постійних викидів.

За кордоном (Німеччина, Франція, США й ін.) існують спеціальні законодавчі акти про відповідальність за забруднення природного середовища, що дозволило визначити специфічний вид страхування (**страхування відповідальності за екологічне забруднення**) й установити ризики шкоди від очисних споруджень, викидів шкідливих речовин, диму, випарів, поховання токсичних речовин.

У деяких країнах це страхування є обов'язковим. Договір укладається терміном на 1 рік, але має на увазі продовження на

термін 5 – 10 років. Страхування відповідальності за екологічне забруднення базується на таких принципах:

1) Оцінка ступеня ризику на підставі попередніх досліджень об'єктів, що підлягають страхуванню.

2) Необхідність надання додаткових зведень для визначення імовірності настання страхового випадку, а також можливих розмірів збитку.

3) Надання страхового відшкодування страхувальникам, зв'язаним з тими галузями, у яких особливо високий ступінь ризику, тільки за умови дотримання ними передбачених у договорах страхування заходів для попередження збитку, зниженню ступеня ризику.

4) Диференціація розмірів наданого страхового відшкодування залежно від виду забруднення і причин, що призвели до нього.

5) Виключення з договорів страхування ризиків відповідальності за збиток, викликаний постійними або повторюваними викидами забруднюючих речовин.

6) Виключення з обсягу зобов'язань відшкодування витрат на попереджувальні заходи.

7) Установлення лімітів відповідальності за конкретними можливими видами забруднення.

На сучасному етапі актуальність здобуває розвиток в Україні такого виду страхування, як **страхування відповідальності виробника за якість продукції**. Розвиток даного виду страхування пов'язаний з удосконаленням в Україні правових норм, що стосуються споживання товарів.

Завданням даного страхування є захист страхувальника у випадку претензій, що висувають споживачі його продукції (товарів або послуг), за які він несе відповідальність відповідно до діючого законодавства.

Для одержання компенсації постраждала особа повинна довести, що шкода була заподіяна саме в результаті *дефекту* даної продукції.

Продукція перед надходженням до споживача проходить через посередників. Кожний з них може нести відповідальність за даним позовом, якщо не назве іншої винної особи.

Страхувальник може знизити свою відповідальність, довівши наступне:

- були дотримані всі правила й інструкції виробничого процесу;
- постачання товару здійснювалося не з метою одержання прибутку;
- дефектної виявилася вся конструкція, а виробник відповідає тільки за виробництво окремої деталі;
- на момент надходження в продаж не було наявності виявлення даного дефекту, виходячи з існуючих на той момент технічних і наукових знань.

Страховик виплачує відшкодування:

- за випадковий збиток майна, причиною якого була продукція або послуга страхувальника (наприклад, установа або ремонт устаткування);
- за випадковий збиток здоров'ю якої-небудь особи (включаючи смерть), причиною якого стало споживання неякісного товару виробника.

Покривається тільки той збиток, що був заподіяний дефектом продукції. Вартість самого товару або його заміна не відшкодовуються. Більш охоче приймаються на страхування ризику продавців і посередників у зв'язку з можливістю пред'явлення регресного позову виробнику. Страхові премії, як правило, обчислюються у відсотках від річного грошового обігу страхувальника, тарифи складають, як правило, від 0,1 до 0,6% страхових сум.

Страхування відповідальності перевізників вантажів, судновласників, власників транспортних засобів на сьогоднішній день широко здійснюється страховиками як в обов'язковій, так і в добровільній формах.

Страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів є одним з найбільш масових видів страхування, що у більшості країн світу є обов'язковим. Здійснення такого страхування в обов'язковій формі обумовлюється декількома обставинами:

1. Транспортний засіб є джерелом підвищеної небезпеки. Норми цивільного законодавства більшості країн світу визначають саме власника транспортного засобу відповідальним за заподіяння збитку здоров'ю або майну третіх осіб, крім випадків, коли *дорожньо-транспортна пригода* (далі – ДТП) виникла в результаті дії нездоланної сили.

2. Дані цивільно-правові відносини мають масовий характер і стосуються всього суспільства, оскільки учасником ДТП потенційно може бути кожен громадянин.

3. Встановлення цивільної відповідальності власника транспортного засобу не забезпечує своєчасного і повного відшкодування збитку потерпілому насамперед через можливу відсутність достатніх коштів у власника (водія транспортного засобу).

У цьому змісті саме механізм обов'язкового страхування цивільної відповідальності автовласників дозволяє здійснити надійну систему соціального захисту як третіх осіб – потерпілих, так і власників транспортних засобів.

Обов'язкове страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів ставить метою забезпечити відшкодування збитків, заподіяних ДТП.

Власник транспортного засобу – юридична або фізична особа, транспортний засіб якої належить їй на правах власності, оперативного керування.

В Україні порядок та правила здійснення даного виду страхування встановлює Закон „Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів”.

Згідно редакції Закону від 3.06.04р., страховики, що мають намір здійснювати обов'язкове страхування цивільної відповідальності власників автотранспортних засобів, повинні отримати державну ліцензію та сплатити вступний внесок (нині у розмірі EUR500 тис.) до Моторного (Транспортного) страхового бюро України (далі – МТСБ).

Моторне (Транспортне) страхове бюро України – уповноважена національна організація страховиків, діяльність якої пов'язана зі здійсненням в Україні обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів.

МТСБ створено в 1994р. У даний момент членами МТСБ є близько 100 страхових компаній, що мають ліцензію на проведення ризикових видів страхування.

Основні напрямки діяльності цього об'єднання страховиків такі:

1. Гарантування платоспроможності страховиків – членів МТСБ по страхових зобов'язаннях відносно даного виду страхування.

2. Висновок угод з уповноваженими організаціями інших держав про взаємне визнання договорів страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів і врегулюванні питань про виплати страхових відшкодувань постраждалим третім особам.

3. Управління централізованими резервними фондами.

4. Забезпечення страховиків необхідними бланками і полісами для проведення даного виду страхування.

5. Виплата компенсацій у випадках, коли особистість водія, винного в здійсненні ДТП не встановлена, а також здійснення виплати за водіїв – інвалідів, що експлуатують спеціальні транспортні засоби.

Об'єктом страхування є майнові інтереси страхувальника – автовласника, що можуть постраждати внаслідок цивільної відповідальності за збиток, заподіяний третім особам у результаті ДТП (життя, здоров'я громадян, їх майно і майно юридичних осіб).

Страхове забезпечення стосується прямого збитку, заподіяного третій особі під час руху транспортного засобу, якщо існує зв'язок між рухом транспортного засобу і заподіяним збитком.

Згідно з діючим законодавством, для отримання ліцензії на проведення обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів страховик повинен бути членом МТСБ та внести внесок у його гарантійний фонд.

Для страхувальника існує можливість укладання договору, що діє усередині держави, або договору, дія якого поширюється на територію інших держав, відповідно до умов МТСБ. Страхувальник має право добровільного вибору страховика для укладання договору цивільної відповідальності власника транспортного засобу.

Страховики пропонують страхувальникам договори трьох типів:

1. З одним водієм, що керує одним транспортним засобом.

2. З одним водієм, що керує кількома транспортними засобами.

3. З декількома водіями (до 5 осіб), що керують одним транспортним засобом.

Страхова сума і страхові платежі за даним видом страхування встановлюються законодавством України.

Остання редакція Закону „Про обов’язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів” передбачає такі ліміти страхових виплат:

- за збиток життю та здоров’ю третьої особи – 51 тис.грн;
- за збиток майну третьої особи – 25,5 тис.грн.

Законом передбачений наступний порядок розрахунку страхових премій.

Базовий платіж повинен складати 291 грн 49 коп. Базовий платіж збільшується за допомогою коригуючих коефіцієнтів, які залежать від:

- типу транспортного засобу;
- території переважного використання транспортного засобу;
- кількості осіб, що мають право керування транспортним засобом;
- експлуатанта транспортного засобу (фізична чи юридична особа);
- наявності доведених спроб шахрайства страхувальника;
- наявності з боку страхувальника підстав для регресних позовів;
- терміну безаварійної експлуатації транспортного засобу.

Коригуючі коефіцієнти для розрахунку платежу з обов’язкового страхування власників транспортних засобів залежно від типу договору наведено у додатку В.

Від обов’язкового придбання полісу звільняються учасники бойових дій та інваліди 1 групи, що керують транспортним засобом самостійно;

Вартість страхового платежу знижується на 50% у таких випадках:

- при страхуванні єдиного транспортного засобу з робочим обсягом двигуна до 1600 см³;
- для інвалідів 2 групи та пенсіонерів – громадян України, що керують транспортним засобом самостійно.

Страховик також має право зменшити розмір страхових платежів для власників транспорту, що забезпечують його безаварійну експлуатацію протягом тривалого періоду часу, а так само збільшувати розмір внесків власникам транспортних засобів, з вини яких відбулися виплати. Зменшення відбувається в межах 50 % суми платежу.

Для виплати страхового відшкодування внаслідок ДТП страхувальник зобов'язаний звернутися з письмовою заявою до страховика або до Моторного (Транспортного) страхового бюро. Для цього необхідні такі документи:

- довідка органів внутрішніх справ про обставини здійснення страхового випадку, дані експертизи, що визначає розмір майнового збитку;
- довідка медичних установ про термін тимчасової непрацездатності осіб, потерпілих при ДТП;
- копія свідчення про смерть для загиблих при ДТП.

Виплата відшкодування відбувається протягом 15 календарних днів після одержання страховиком вищезазначених документів. Якщо суб'єкти страхування не дійшли згоди щодо розмірів збитку, виплата відшкодування відбувається відповідно до експертизи, що проводиться за рахунок страховика.

Страхове відшкодування не виплачуватиметься у випадках:

- нанесення збитку і шкоди майну власника, винного в настанні страхового випадку;
- ушкодження майна або вантажу, що знаходився в транспортному засобі страхувальника;
- ушкодження об'єктів або пожежі за межами проїзної частини;
- навмисних дій третіх осіб або їхньої змови;
- *форс-мажорних* обставин.

Моторне (Транспортне) страхове бюро здійснює виплати за збиток, нанесений життя і здоров'ю третьої особи в таких випадках:

- транспортний засіб не встановлений;
- транспортний засіб числився у викраденні ;
- страховик – член МТСБ неплатоспроможний за зобов'язаннями з договорів страхування цивільної відповідальності автовласників.

У деяких випадках МТСБ і страхова організація мають право вимагати компенсації здійснених страхових виплат від третьої особи або особи, що керувала транспортним засобом, якщо законодавчо встановлена їхня провина в настанні страхового випадку.

Якщо за рішенням судових органів ДТП відбулося через невідповідність автодоріг, магістралей і т.д. експлуатаційним вимогам, то страхова організація в праві вимагати компенсацію своїх

виплат з фізичних і юридичних осіб, відповідальних за стан дорожнього покриття.

Якщо виплата від страхового відшкодування за договором цивільної відповідальності склала більше 25 % від страхової суми, то страхувальник, з вини якого відбулося ДТП, зобов'язаний переукласти договір страхування.

Контроль за наявністю страхового поліса у власників транспортних засобів здійснюється протягом експлуатації транспорту органами внутрішніх справ відповідно до діючого законодавства.

Унаслідок приєднання України до міжнародної системи страхування відповідальності власників транспортних засобів, в Україні діє **міжнародна система «Зелена карта»**.

«Зелена карта» – назва однойменної системи міжнародних договорів і страхового свідоцтва про страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів, які виїжджають у країну – члена цієї системи. Дістала назву від кольору і форми полісу. Функціонує в Європі з 1953р. Нині членами Міжнародної системи «Зелена карта» до членів системи «Зелена картка» прийнято Україну.

Основною метою цієї системи є створення ефективного захисту потерпілих у ДТП за участю водіїв-нерезидентів країни, у якій відбулося ДТП. Така система в першу чергу повинна забезпечити гарантований механізм виплат компенсацій потерпілим з вини автовласників інших держав.

Питання виплат у країнах – членах системи «Зелена карта» врегульовуються, як правило, через уповноважені національні організації (наприклад, МТСБ), до яких переадресовують матеріальні претензії, висунуті стосовно автовласника-резидента іншої країни.

Процес перевезення вантажів передбачає використання різних транспортних засобів: залізничного, авіаційного, морського, автомобільного. Транспортні перевезення здійснюються за допомогою різних експедиторських і транспортних агентств. При цьому транспортні агентства є формальними перевізниками, що укладають договори з різними фактичними перевізниками, які здійснюють транспортування.

Перевізник вантажів згідно Законом України «Про транспорт», несе тягар відповідальності за втрату, нестачу, ушкодження: вантажу, прийнятого до перевезення. Відповідальність переви-

зника настає відповідно до презумпції винності, тобто перевізник вважається винним у настанні страхового випадку, поки не доведе зворотнє. Тому актуальним є розвиток в Україні **страхування відповідальності перевізника**

Об'єктом страхування виступає відповідальність перевізника вантажу за втрату, загибель або ушкодження вантажу, прийнятого для перевезення. За додаткову страхову премію може бути включений до страхового поліса ризик відповідальності перевізника за затримку вантажу. Об'єктом страхування може бути також відповідальність перевізника перед третіми особами за шкоду їхньому життю і здоров'ю або майну, заподіяну при транспортуванні вантажу, відповідальність за забруднення навколишнього середовища.

Відповідальність страхової компанії настає з моменту прийняття вантажу для транспортування і закінчується одночасно з закінченням відповідальності перевізника після доставки вантажу одержувачу. Ліміт відповідальності (страхова сума) встановлюються за згодою сторін. Він може встановлюватися залежн від обсягу перевезень, цінності вантажу, а також залежить від максимальних сум страхових претензій, що можуть бути пред'явлені перевізнику відповідно до норм цивільного права в країнах, де здійснюється бізнес перевізника.

Найчастіше договір страхування укладається на один рік щодо всього обсягу вантажоперевезень транспортом страхувальника або його субпідрядників. На момент укладення договору страхувальник заявляє суму доходу, що він планує одержати від перевезення. Виходячи з обсягів перевезення, страховик признає величину страхової премії, що може бути сплачена частково.

У результаті пошкодження вантажу його власник може пред'явити позов формальному перевізнику. Страхова компанія або агентство може наполягати на пред'явленні позову фактичному перевізнику, якщо формальний перевізник не має поліса страхування відповідальності.

Договором може передбачатися:

- види вантажів, захист яких не покривається даним договором;
- франшиза, величина якої може дорівнювати природному збитку вантажу в процесі транспортування (усушка, утрушування і т.д.);

- географічні ліміти відповідальності (перевезення в межах регіону, держави або міжнародні);
- вимоги до забезпечення безпеки на момент навантаження, транспортування (залежно від специфіки перевезеного вантажу).

У відповідності до Цивільного кодексу України і ст. 133 Кодексу автомобільного транспорту України, **автотранспортне підприємство-перевізник** несе відповідальність за прийнятий для транспортування вантаж – його втрату, пошкодження, нестачу.

Обсяг відповідальності перевізника визначається в розмірі реального збитку, а у випадку втрати або загибелі вантажу – у розмірі дійсної вартості. При міжміських перевезеннях вантаж вважається загубленим, якщо його не доставили після 30 днів з моменту відправлення. Обставини, що можуть бути причиною для виникнення відповідальності перевізника при автомобільних перевезеннях, підтверджуються записами в дорожно-транспортних документах.

При міжнародних перевезеннях страховий захист автотранспортного перевізника здійснюється у відповідності до Конвенції про договір міжнародного дорожнього перевезення вантажів (CMR). Якщо в накладній позначається, що перевезення здійснюється на умовах CMR, то ніякі доповнення й уточнення до даного договору не використовуються.

Відповідно до статті 23 Закону України «Про залізницю», за незбереження (утрати, пошкодження, нестачу) прийнятого для перевезення багажу перевізник несе відповідальність у розмірі фактично заподіяного збитку, якщо не буде доведено, що даний збиток був наслідком не залежних від нього обставин. Велике значення при цьому має правильне оформлення товарно-транспортних документів і виконання умов перевезення кожного конкретного вантажу.

Правова база, що регулює взаємини **залізничного перевізника** з іншими сторонами:

1. Закон України «Про транспорт»;
2. Закон України «Про залізницю»;
3. Кодекс залізниць України, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

Обсяг відповідальності залізниці визначається згідно зі ст. 13 Закону України «Про транспорт» і Кодексом залізниць. Претензії і позови повинні висуватися до керування залізничним пунктом призначення протягом 6 місяців. Страховик, що виплатив

компенсацію за втрачений або пошкоджений вантаж, також має право звернутися до керівництва з регресним позовом.

У країнах ЄС відповідальність перевізника визначається на підставі Міжнародної конвенції про перевезення товарів залізницею (COTIF). Дану конвенцію можна застосовувати тільки в тому випадку, якщо країна відправлення і країна призначення підписали конвенцію, таким чином, конвенція стосується тільки основних магістральних залізниць Європи.

В Україні страхування відповідальності залізничного перевізника практично не застосовується у зв'язку з державним монопольним статусом залізниць, що склався історично.

Для внутрішніх перевезень відповідальність **морського й авіаційного перевізника** визначається на підставі дійсної суми збитку. Взаємини сторін регулюються такими нормами права:

1. Законом України «Про транспорт»;
2. Повітряним кодексом України;
3. Кодексом торговельного мореплавання України.

Страхування здійснюється на підставі розглянутих раніше принципів страхування відповідальності перевізника вантажів.

Для міжнародних перевезень авіатранспортом відповідальність за багаж встановлюється Варшавською конвенцією у розмірі \$20 за 1 кг пошкодженого майна. Багаж вважається загубленим, якщо він не доставлений протягом 21 дня з моменту закінчення перевезення.

Страховий захист відповідальності перевізника за багаж звичайно включається до комбінованого поліса страхування відповідальності авіаперевізника. При великих сумах страхової відповідальності ризик в обов'язковому порядку розміщується на світовому ринку перестраховання. Як правило, перевізник купує поліс страхування відповідальності за вантаж з декларційною вартістю, тобто з записом в авіанакладній про ціну вантажу, що перевозиться.

При міжнародних морських перевезеннях судновласник несе відповідальність за вантаж на борті судна, а також за вантаж, що розвантажуються (занурюється) або готується до навантаження згідно з умовами перевезення на підставі Правил Гааги – Висби. Правила використовуються у таких випадках:

- перевезення регулюється коносаментом або іншим подібним документом;

- перевезення здійснюється між країнами, що підписали конвенцію;
- у контракті є попередження щодо меж відповідальності по одному судну.

Страховання відповідальності морського перевізника, як правило, здобувають у спеціальних суспільствах взаємного страхування (клубах) судновласників. Поліс страхування покриває широкий спектр потенційних ризиків збитку вантажу. Клуби вимагають від судновласників точно дотримуватись умов страхування, інакше вони можуть відмовити у виплаті відшкодування.

Валові страхові премії, виплати та рівень виплат з добровільного страхування відповідальності та обов'язкового страхування цивільної відповідальності автовласників в Україні у 2002 – 2005рр. наведені у таблиці 15.

Премії з добровільних видів страхування відповідальності зменшилися у 2005р. на 70% у порівнянні з 2004р., що свідчить про відсутність визначеної державної політики у сфері юридичного поля щодо цивільної відповідальності.

Таблиця 15.

Валові страхові премії, виплати та рівень виплат зі страхування відповідальності у 2002-2005рр.

Показники	2003	2004	2005
Страхові премії з добровільного страхування відповідальності, млн грн	451,3	1567,2	472,6
Страхові премії з обов'язкового страхування цивільної відповідальності автовласників, млн грн	184,6	241,8	558,9
Страхові виплати з добровільного страхування відповідальності, млн грн	56,2	47,9	48,8
Страхові виплати з обов'язкового страхування цивільної відповідальності автовласників, млн грн	56,9	77,3	110,9
Рівень виплат з добровільного страхування відповідальності, %	12,5	3,1	10,3
Рівень виплат з обов'язкового страхування цивільної відповідальності автовласників, %	30,8	32,0	19,8

Спостерігається стабільне зростання премій з обов'язкового страхування автовласників (у 2005р. на 43,5% у порівнянні з 2004р.). Рівень виплат з даного виду страхування значно вищий, ніж з добровільних видів, однак, слід відмітити, що за кордоном рівень виплат зі страхування відповідальності автовласників тра-

диційно складає 70-80% у зв'язку з високою частотою настання страхових випадків.

7.2. Термінологічний словник

Забруднення – будь-який викид шкідливих речовин незалежно від їхньої природи і характеру в обсязі, що не може бути поглинений навколишнім середовищем.

Дефектний продукт – продукт, що не відповідає рівню, на який має право розраховувати споживач, виходячи з його призначення, правил експлуатації і т.д.

Дорожньо-транспортна пригода – подія, що сталася під час руху транспортного засобу, внаслідок якої загинули або дістали поранення люди чи завдано матеріальних збитків.

Форс-мажор – 1) події, надзвичайні ситуації, які не можуть бути передбачені, попереджені або усунені якими-небудь заходами; 2) обумовлені правилами страхування надзвичайні обставини, на випадок яких страховик звільняється від виконання зобов'язань за договором страхування. До форс-мажору, як правило, відносять військові дії, страйки, запровадження надзвичайного стану, радіоактивні викиди тощо.

7.3. Завдання для перевірки знань

1. За полісом страхування загальної цивільної відповідальності відшкодовуються:

- а) усі збитки за ризиками, що перелічені в договорі;
- б) збитки за всіма ризиками, за винятком перелічених в договорі;
- в) виключно збитки, заподіяні майну страхувальника;
- г) виключно збитки, заподіяні життю та здоров'ю страхувальника.

2. Які з нижче перелічених видів страхування відповідальності є обов'язковими на території України?

- а) страхування загальної цивільної відповідальності;
- б) страхування відповідальності авіаперевізника;

в) страхування відповідальності виробника за якість продукції;

г) страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів.

3. Страхова сума і страхові платежі із страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів затверджуються:

а) Уповноваженим державним органом;

б) страховиком на підставі актуарних розрахунків з урахуванням попиту і пропозиції на страхову послугу;

в) Моторним (Транспортним) страховим бюро України;

г) відповідно до міжнародної угоди «Зелена карта».

4. Страхове відшкодування за полісом страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів не буде виплачено, якщо:

а) ДТП відбулася в результаті стихійного лиха;

б) транспортний засіб не був встановлений;

в) у транспортному засобі знаходилося більше ніж 5 осіб;

г) власник транспортного засобу виявився неплатоспроможним.

5. Основними напрямками діяльності Моторного (Транспортного) страхового бюро є:

а) забезпечення платоспроможності страховиків за договорами страхування відповідальності власників транспортних засобів;

б) проведення експертизи транспортних засобів перед укладанням договору страхування;

в) координація діяльності й інформаційне забезпечення страховиків;

г) усі відповіді правильні.

6. Страхування відповідальності перевізника вантажів на Україні проводиться:

а) винятково в добровільній формі;

б) винятково в обов'язковій формі;

в) в обов'язковій формі тільки для залізничних перевезень;

г) в обов'язковій формі тільки для авіаційних і морських перевезень.

7. Угода про Зелену карту передбачас:

- а) установлення єдиного ліміту відповідальності страховиків на території країн-учасниць угоди;
- б) формування єдиного страхового фонду страхових компаній країн-учасниць угоди;
- в) надання фінансової підтримки страховим компаніям країнам-учасницям угоди;
- г) визнання полісів страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів дійсними на території всіх країн-учасниць угоди.

8. Моторне (Транспортне) бюро України виплачує страхове відшкодування :

- а) за збиток життю і здоров'ю третіх осіб у випадку, якщо власник транспортного засобу не встановлений;
- б) за шкоду майну третіх осіб;
- в) у випадку, якщо ДТП відбулося через форс-мажорні обставини;
- г) усі відповіді правильні.

9. При страхуванні відповідальності товаровиробника за якість продукції страхувальником може бути:

- а) безпосередній виробник (підприємство);
- б) постачальник (оптовик);
- в) продавець (магазин);
- г) усі відповіді вірні.

10. Об'єктом при страхуванні відповідальності товаровиробника за якість продукції є:

- а) збиток, заподіяний життю і здоров'ю споживача продукції;
- б) збиток, заподіяний майну споживача продукції;
- в) усі відповіді вірні.

11. Термін подачі позову у випадку відповідальності товаровиробника за якість продукції:

- а) обмежується роком;
- б) обмежується терміном давності позову, передбаченим нормами національного права;
- в) обмежується гарантійним терміном експлуатації продукції.

12. Задача

Використовуючи дані таблиці 16 та дані, наведені у додатку А, розрахувати страховий платіж за договорами обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів, якщо базова премія складає 241,49 грн.

Таблиця 16

Умови страхування	Договори		
	1 тип	2 тип	3 тип
Тип договору	1 водій, 1 т/з	1 водій, 2 т/з	2 водія, 1 т/з
Тип транспортного засобу (т/з)	Легковий автомобіль (до 1600 см ³)	Легковий автом. (2000см ³) з причепом, легковий автом. (до 1600 см ³)	Автобус (більше 20 місць)
Територія переважного використання т/з	м. Львів	м. Київ	м. Краматорськ
Сфера використання т/з	Страховальник – фіз. особа	Страховальник – фіз. особа	Страховальник – фіз. особа
Стаж водія	2 роки	5 років	2 роки; 7 років
Термін дії договору	12 міс.	6 міс.	10 міс.
Особливі умови договору	Страховальник – пенсіонер	–	–

7.4. Теми рефератів

1. Проблеми і перспективи проведення в Україні страхування відповідальності виробника за якість продукції.

2. Порівняльна характеристика проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів в Україні, Росії і країнах Балтії.

3. Страхування відповідальності за екологічне забруднення: проблеми і перспективи проведення в Україні, зарубіжний досвід.

Література: [1, 4, 5, 6, 10, 11, 30, 31, 37, 38, 50, 53, 54, 55].

ТЕМА 8. ОСОБИСТЕ СТРАХУВАННЯ

8.1. Теоретичні відомості

Особисте страхування – галузь страхування, що являє собою форму захисту від ризиків, які загрожують життю людини, його здоров'ю і працездатності. Страховим випадком у результаті є або дожиття до визначеної дати, або втрата життя, здоров'я, працездатності, у тому числі в результаті *нещасних випадків*.

Об'єкти особистого страхування не мають об'єктивного критерію вартості. Страхувальник може спробувати запобігти тим матеріальним труднощам, що можуть виникнути у випадку втрати здоров'я, *непрацездатності*, втрати годувальника родини.

Страхування життя в його різних видах єднає ризикові й ощадні функції. Можна сформулювати такі основні відмінності договорів особистого страхування:

1. Об'єктом є сама особистість, що піддається ризику у зв'язку з життям і рівнем фізичної працездатності.
2. Страхувальник або застрахований має бути персоніфікованим.
3. Страхова сума не являє собою точного еквівалента збитків, а визначається, виходячи з матеріального стану страхувальника і його бажання.

Договори особистого страхування можуть мати як обов'язкову, так і добровільну форму. Тривалість договорів особистого страхування (зокрема, страхування життя) набагато перевищує термін дії майнових договорів. Класифікація особистого страхування проводиться за різними критеріями:

1. За видом особистого страхування:
 - страхування життя;
 - страхування від нещасних випадків;
 - страхування на випадок захворювання;
 - довгострокове медичне страхування.
2. За кількістю осіб, зазначених у договорі:
 - індивідуальне;
 - колективне.
3. За тривалістю дії договору:
 - короткострокове (менше 1 року);
 - середньострокове (1 – 9 років);

- довгострокове (більше 10 років).
- 4. За формою виплати страхової суми:
 - одноразова виплата;
 - у вигляді ренти.
- 5. За формою сплати страхових платежів:
 - сплата одноразово;
 - сплата щорічно;
 - сплата щомісяця.

Страховання життя – один з різновидів особистого страхування. Передбачає відповідальність страховика в наступних основних випадках:

- смерті страхувальника (застрахованої особи) у плинні дії договору;
- дожиття застрахованої особи до обумовленої в договорі події або до закінчення дії договору.

Додатково може передбачатися відповідальність у випадку втрати здоров'я та непрацездатності.

Основні види страхування життя подані в таблиці 15.

Добровільне страхування життя пов'язане з наступними ризиками: смерть страхувальника (застрахованої особи), тимчасова і постійна втрата працездатності, закінчення трудової діяльності в зв'язку з виходом на пенсію, дожиття страхувальника до закінчення дії договору або до визначеного віку.

Настання цих подій, крім останнього, може істотно знизити сімейний дохід страхувальника. У зв'язку з цим виплата сум за особистим страхуванням є матеріальною підтримкою.

Таблиця 17.

Основні види страхування життя

Вид страхування	Зміст страхування
<i>Змішане страхування життя</i>	Страхується ризик дожиття до закінчення терміну страхування, до якого можуть бути приєднані й інші ризики, пов'язані з життям, здоров'ям і працездатністю страхувальника
Страховання дітей	Забезпечує інтереси дитини (застрахованої особи), на користь якої укладений договір страхування, у випадку смерті страхувальника
Пенсійне страхування	Проводиться для забезпечення осіб, що виходять на пенсію, додатковим доходом

Вид страхування	Зміст страхування
<i>Страхування ренти</i>	Здійснюється для одержання додаткового доходу в обумовлений термін або довічний дохід шляхом виплати ренти на накопичену суму
Страхування на випадок смерті	Гарантує виплату страхової суми вигодонабувачу відразу після смерті страхувальника (звичайно включається в договір разом з іншими видами страхування)

Порядок проведення страхування життя в Україні визначений законом України «Про страхування», що у статтях 6 і 8 регламентує такі основні положення.

1. Страхова сума в договорі страхування життя може встановлюватися за окремим ризиком, або за групою ризиків, або за договором у цілому. Розмір страхової суми встановлюється за домовленістю сторін (страховика і страхувальника) при укладанні договору.

2. Страхові виплати здійснюються в розмірі страхової суми або її частин, або у вигляді регулярних послідовних виплат (*ануїтетів*), що обумовлюється в договорі страхування.

3. Договором страхування життя передбачається обов'язкове збільшення розміру страхової суми (розміру виплат) на суму отриманого страховиком інвестиційного доходу від розміщення резервів із страхування життя. При цьому отриманий інвестиційний дохід може зменшуватися на суму витрат на ведення справи (до 15% інвестиційного доходу). Величина *норми дохідності* вказується в договорі страхування.

4. Договором страхування життя може передбачатися індексація страхової суми (або суми виплат) за офіційним індексом інфляції за умовою відповідної зміни страхового платежу. Порядок індексації обмовляється в договорі і визначається правилами страхування і договором страхування.

5. У випадку несплати страхувальником чергового страхового внеску в обумовлений договором термін, страховик має право в односторонньому порядку *редуціювати (зменшити)* страхову суму (страхові виплати). Методика редуціювання страхової суми обумовлюється в договорі і затверджується Уповноваженим органом з нагляду за страховою діяльністю.

6. У випадку дострокового розірвання договору страхувальнику виплачується *викупна сума*, розрахована математично на день припинення договору залежно від періоду, протягом якого

страхувальник сплачував страхові внески. Методика розрахунку викупної суми обумовлюється в договорі і затверджується Уповноваженим органом з нагляду за страховою діяльністю.

7. Договором страхування життя може передбачатися збільшення страхової суми (суми виплат) на суми (бонуси), що визначаються страховиком щорічно залежно від фінансових результатів його діяльності (участь у прибутку страховика).

8. У тому випадку, якщо договором при настанні страхового випадку передбачаються послідовні довічні виплати, у договорі страхування визначається розмір таких виплат, а страхова сума в цьому випадку не встановлюється.

В країнах Європи на частку страхування життя припадає у середньому від 20 до 70% обсягу страхових премій.

В Україні страхування життя одержало розвиток починаючи з кінця 90-х рр. Валові страхові премії, виплати та рівень виплат зі страхування життя в Україні у 2002-2005рр. наведений у таблиці 18.

Таблиця 18.

**Валові страхові премії, виплати та рівень виплат
зі страхування життя 2002-2005рр.**

Показники	2002	2003	2004	2005
Страхові премії, млн грн	23,9	72,9	186,9	321,3
Страхові виплати, млн грн	2,7	2,6	11,8	9,7
Рівень виплат,%	11,3	3,6	3,3	8,4

Динаміка розвитку страхування життя в Україні в 2000–2005рр. наведена на рис. 2.

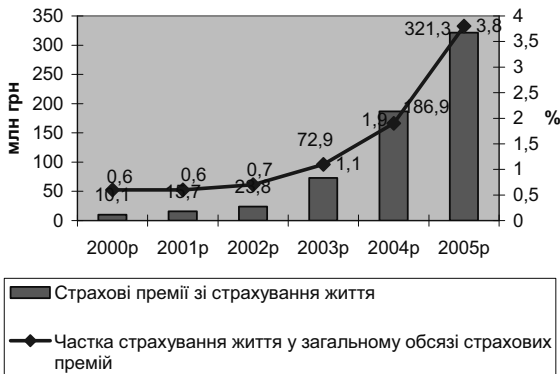


Рисунок 2. Динаміка розвитку страхування життя в Україні

Частка премій із страхування життя в загальному обсязі премій у 2005р. зросла у порівнянні з 2000р. у 6,6 раза, що є позитивною тенденцією. Але частка страхування життя в Україні у порівнянні з іншими країнами свідчить про недостатній розвиток даного сектору страхового ринку. На рисунку 3 наведена частка страхування життя в загальному обсязі страхових премій на 2003р. у деяких країнах Європи.

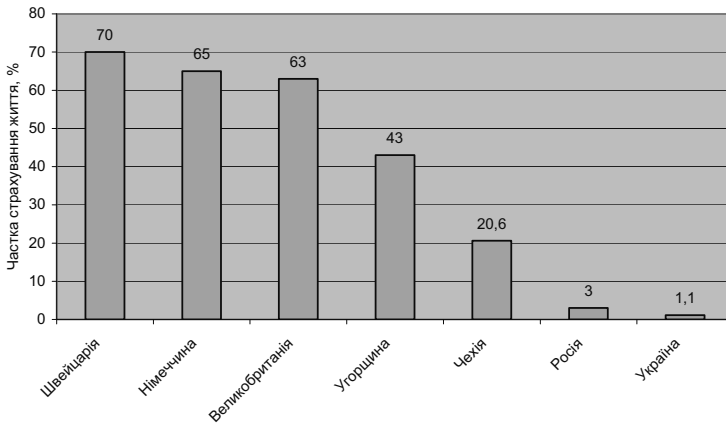


Рисунок 3. Частка премій зі страхування життя у загальному обсязі премій

Кількість страхових компаній, що здійснюють страхування життя в Україні на 2005р. складала 50. Більшість цих страхових компаній побудована за участю іноземного капіталу компаній-нерезидентів. Корпоративна структура деяких страхових компаній – лідерів ринку страхування життя в Україні наведена у таблиці 19.

Таблиця 19.

Корпоративна структура деяких компаній зі страхування життя

Компанія зі страхування життя, зареєстрована в Україні	Компанія-нерезидент	Участь у капіталі
ЗАТ Alіco AIG Life	American Life Insurance Company (США)	83%
ЗАТ СК „Гарант Лайф”	Generali Vienna Group AG (Австрія)	51%
ЗАТ „Граве Україна”	Grazer Wechselseitige Versich. AG (Австрія)	99,9%
ЗАТ СК „Лемма-Віте”	Space International Holding (Великобританія)	90%
ВАТ „PZU Україна”	Powszechny Zaklad Ubezpieczen (Угорщина)	61%
ЗАТ „Юпітер”	Vienna Insurance Group (Австрія)	73%

За оцінкою фахівців, **чинники, що негативно впливають на розвиток ринку страхування життя в Україні, такі:**

1. Низький рівень доходів громадян. За статистикою українці приблизно 45% доходів витрачають на придбання товарів першої необхідності. Кількість родин, де щомісячний дохід перевищує \$500 на кожного члена родини, в Україні не більше 400 тис. Тільки зростання добробуту громадян забезпечить попит на програми накопичування коштів.

2. Відсутність довіри до сфери довгострокового страхування через негативний досвід 90-х років. Значна кількість громадян у колишньому Радянському Союзі втратили свої заощадження, які були розміщені у державній страховій компанії (Держстрах). Державна страхова компанія на той час не виконала своїх зобов'язань. Заощадження були знецінені через високий рівень інфляції. Довіру населення до інституту страхування треба підвищувати поступово за рахунок пильного державного нагляду за платоспроможністю та фінансовою стійкістю страховиків. До страхових компаній зі страхування життя у всьому світі ставляться підвищені вимоги щодо отримання ліцензії, статутного капіталу, формування резервних фондів та ін. Позитивно вплине на підвищення довіри населення публікація у засобах масової інформації звітів органів страхового нагляду, рейтингів страхових компаній та ін.

3. Низький рівень страхової культури населення. Соціологічні опитування виявляють, що значна кількість громадян взагалі не має уявлення про те, що таке страхування життя, яким чином воно здійснюється та для чого потрібне. Треба підвищувати рівень страхової культури громадян шляхом роз'яснення переваг ощадних страхових програм, постійного інформування щодо існуючих страхових продуктів та фінансового стану страхових компаній, що їх пропонують.

4. Слабкий розвиток регіональних ринків та інфраструктури. На сьогодні регіональний ринок страхування життя практично відсутній. Переважна кількість страхових компаній зі страхування життя веде свою діяльність у Києві, менша кількість – у Дніпропетровську та Донецьку. Регіональні представництва страховиків не ведуть інформаційних компаній, агентська мережа є нерозвинутою, тож практично відсутня пропозиція. Спостерігається ни-

зька кваліфікація страхових посередників, які неспроможні переконати потенційного споживача придбати страховий поліс.

У цьому зв'язку, страхові компанії повинні продумувати регіональну політику, звернути увагу на вдосконалення системи продажу страхових продуктів. Низька кваліфікація страхових агентів часто є наслідком мізерних комісійних. На таких умовах неможливо залучити до системи продажу кваліфікованих фахівців. Страховики повинні підвищувати матеріальну зацікавленість посередників та формувати більш високі вимоги до їхньої кваліфікації.

5. Відсутність державних механізмів стимулювання розвитку сектора страхування життя. Страхування життя в усьому світі розглядається як інструмент вирішення соціальних проблем. Виплати із страхування життя і страхування додаткової пенсії в багатьох країнах складають основну частину доходів населення пенсійного віку. Розвиток страхування життя стимулюється державами з традиційною ринковою економікою, тому що проведення даного страхування зменшує кількість громадян, що цілком залежать від соціальних виплат. Крім того, страхування життя є джерелом довгострокових інвестицій в економіку, тому що дозволяє страховим компаніям накопичувати значні фінансові ресурси. Це є ще однією причиною державного стимулювання розвитку даного сектора страхового ринку за допомогою продуманої системи податкових пільг.

На сьогодні в Україні відсутні законодавчі механізми щодо стимулювання розвитку страхування життя. Наприклад, в Угорщині останнім часом підприємства залучаються до проведення колективного страхування життя наступним шляхом. Премії за договорами страхування життя робітників (до 7% від заробітної плати), що сплачуються добровільно роботодавцем, відраховуються з бази внесків на соціальне страхування та вважаються виробничими витратами роботодавця. Сприяв розвитку ощадних страхових програм також закон „Про індивідуальні рахунки пенсії по старості”. Згідно з положенням закону громадяни, що уклали угоди щодо збереження доходів на рахунках інвестиційних фондів та страхових компаній зі страхування життя, звільняються від сплати податку на цей капітал.

Страхування від нещасних випадків – вид особистого страхування, де об'єктом виступають майнові інтереси застрахованої особи, пов'язані з тимчасовим або постійним зниженням

доходів унаслідок втрати здоров'я або витратами у зв'язку зі смертю застрахованої особи через нещасний випадок.

Страхування від нещасних випадків одержало значне поширення у всіх країнах світу. Воно може бути колективним або індивідуальним, здійснюватися в добровільній або обов'язковій формі.

Обов'язкове страхування від нещасних випадків проводиться з ініціативи держави з метою захисту майнових інтересів осіб визначених професій. При цьому законодавчо встановлюється перелік об'єктів страхового захисту, обсяги страхової відповідальності, порядок сплати страхових платежів, права та обов'язки сторін, а також перелік страхових організацій, яким доручається проведення даного страхування.

Закон України «Про внесення змін у Закон України «Про страхування» визначає такі види обов'язкового страхування від нещасних випадків:

- особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників (крім тих, котрі працюють в організаціях, фінансованих з Державного бюджету України) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків;
- особисте страхування працівників відомчої охорони (крім тих, котрі працюють в організаціях, фінансованих з Державного бюджету України), сільської пожежної охорони і членів добровільних пожежних дружин;
- страхування спортсменів вищих категорій;
- страхування життя і здоров'я фахівців ветеринарної медицини;
- особисте страхування пасажирів від нещасних випадків на транспорті;
- страхування життя і здоров'я тимчасового адміністратора і ліквідатора фінансової організації;
- страхування медичних та інших працівників державних і комунальних органів охорони здоров'я і державних наукових установ (крім тих, котрі працюють в організаціях, фінансованих з Державного бюджету України) на випадок інфекційних захворювань, що зв'язано з виконанням ними професійних обов'язків;
- страхування персоналу ядерних установок, джерел іонізуючого випромінювання, а також державних інспекторів з нагляду за ядерною і радіаційною безпекою від ризику впливу іонізуючого випромінювання.

При обов'язковому страхуванні працівників від нещасних випадків і захворювань страхові суми виплачуються у випадках загибелі або смерті застрахованої особи залежно від розміру заробітної плати за останньою посадою. У випадку втрати працездатності або встановленні *інвалідності* страхові суми виплачуються в розмірі, що визначається, виходячи із середньої заробітної плати пропорційно терміну втрати працездатності або залежно від установленної групи інвалідності.

Страхування від нещасних випадків на транспорті проводиться в обов'язковій формі для пасажирів і водіїв залізничного, морського, внутрішнього водного, автомобільного й електротранспорту (крім внутрішнього міського) на час поїздки, перебування на вокзалі, у порту, на станції. Пасажири вважаються застрахованими з моменту оголошення посадки і до моменту завершення поїздки, а водії – тільки на час обслуговування поїздки. Пасажирами страховий платіж сплачується при купівлі проїзного квитка і складає від 2 до 5% вартості проїзду. Сплату страхового платежу за водіїв здійснює юридична особа (транспортна компанія) у розмірі до 1% страхової суми на кожного застрахованого. Страхова сума за даним видом страхування встановлена в розмірі 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Добровільне страхування від нещасних випадків проводиться в Україні більшістю страхових компаній. Договори добровільного страхування від нещасних випадків можуть бути колективними або індивідуальними.

Індивідуальне страхування – здійснюється страхувальником – фізичною особою, що укладає договір стосовно себе або іншої фізичної особи. Сплата страхових платежів виробляється за рахунок засобів страхувальника – фізичної особи.

Колективне страхування – здійснюється страхувальником – юридичною особою, що укладає договір на користь своїх співробітників. Сплата страхових платежів здійснюється за рахунок засобів страхувальника – юридичної особи, з якою застраховані особи знаходяться в договірних трудових відносинах.

Проведення страхування від нещасних випадків має такі особливості:

1. Наявність обмежень за віком і переліком застрахованих осіб. Не можуть бути застраховані особи, визнані недієздатними, інваліди I і II групи, особи, що страдають психічними розладами,

інфіковані ВІЛ. Уводяться, як правило, і вікові обмеження (наприклад, молодші за 6 років або старші 60 років).

2. Наявність обмежень за переліком страхових випадків. У договорі страхування встановлюється чіткий перелік страхових подій (нешасних випадків) і випадків, у яких страховик може відмовити в страховій виплаті. Наприклад, не буде зроблена виплата у випадку навмисних дій страхувальника або застрахованої особи, спрямованих на здійснення страхового випадку, коли причиною нещасного випадку був стан алкогольного або наркотичного сп'яніння, коли травми були отримані у разі скоєння потерпілим протиправних дій і т.п.

3. Розрахунок страхової виплати пропорційно ступеню втрати здоров'я або терміну непрацездатності. У випадку смерті застрахованої особи страхова виплата здійснюється в розмірі 100% страхової суми. У випадку травмування застрахованої особи внаслідок страхового випадку виплата здійснюється в процентному відношенні відповідно до таблиці розмірів страхових виплат. Виплата в розмірі 100% здійснюється також у випадках ушкодження спинного мозку, органів зору, ампутації кінцівок та інших важких травм.

4. Необхідність наявності визначеного переліку документів, що підтверджують факт настання страхового випадку. При настанні страхового випадку страхувальник повинен повідомити про це страховика не пізніше 1 року з моменту настання нещасного випадку. Для одержання страхової виплати до заяви страхувальника додаються:

- страховий поліс;
- акт про настання нещасного випадку;
- довідка з медичної установи, що підтверджує характер розладу здоров'я, або свідчення про смерть застрахованої особи.

5. Розрахунок тарифних ставок залежно від належності застрахованої особи до визначеної групи професійного ризику. Приблизно, таких груп може бути три. До першої групи відносять осіб, що безпосередньо не зайняті у процесі виробництва, умови праці яких не пов'язані з підвищеним ступенем ризику (службовці, учителі, студенти, медичні працівники, домогосподарки і т.п.). До другої групи відносять осіб, безпосередньо зайнятих у процесі виробництва (робітники, працівники сільського господарства, будівельники, працівники транспорту, військовослужбовці і т.д.). До третьої групи відносять осіб, діяльність яких пов'язана з під-

вищеним ступенем ризику (працівники карного розшуку, дорожньої автоінспекції, автогонщики, інкасатори, монтажники, крановики, рятувальники і т.п.). Тарифні ставки встановлюються залежно від групи професійного ризику і коливаються, як правило, від 0,5 до 1,5% страхової суми.

Активно розвивається в Україні **страхування громадян, що виїжджають за кордон, від нещасних випадків або раптових захворювань** (*асистенс*). Його виникнення зв'язане зі зміною способу життя вітчизняних громадян і значним збільшенням кількості закордонних поїздок.

Знаходячись у закордонній поїздки, людина виявляється у незнайомому середовищі. Виклик лікаря, швидкої допомоги, спілкування з персоналом лікувальних установ, купівля ліків, медикаментів – усе це і багато чого іншого в чужій країні викликає серйозні труднощі.

З огляду на необхідність захисту інтересів українських громадян за кордоном, у ст. 9 Закону України від 21.01.94р. №3857-ХП «Про порядок виїзду з України і в'їзду в Україну громадян України» закріплено, що з метою створення умов, які гарантують відшкодування громадянину України витрат, пов'язаних з надзвичайними обставинами під час його перебування за кордоном, громадянин України має бути застрахований.

Крім того, ст.17 Закону України від 15.09.95р. №324/95-ВР «Про туризм» передбачено, що страхування туристів (медичне і від нещасного випадку) є обов'язковим і здійснюється суб'єктами туристичної діяльності на підставі угод зі страховими компаніями, що мають право на здійснення такої діяльності.

На сьогодні більше 50 страховиків одержали право на здійснення даного виду страхування. Основний зміст зазначеного виду страхування – це компенсація медичних витрат, які можуть виникнути в закордонній поїздки внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку. У цьому плані страхування громадян, що виїжджають за кордон, тісно пов'язане зі страхуванням від нещасного випадку (у частині відшкодування медичних витрат), яким передбачено тільки відшкодування витрат, що виникають унаслідок раптового захворювання або нещасного випадку.

Відмінність цього виду страхування від страхування від нещасного випадку полягає в території дії страхового поліса: якщо мова йде про страхування від нещасного випадку або медичне

страхування, відповідальність страховика, як правило, територіально обмежується країною постійного проживання застрахованого. У страхуванні громадян, що виїжджають за кордон, навпаки, страхове покриття поширюється на закордонні держави і не діє на території постійного проживання.

Крім компенсації медичних витрат, страхування громадян, що виїжджають за кордон, може включати й інші гарантії, причому деякі з них (наприклад, надання юридичної допомоги або допомоги на дорогах) виходять за рамки особистого страхування.

Особливістю страхування громадян, що виїжджають за кордон, є включення в нього так званого страхування невідкладної допомоги. Страхування невідкладної допомоги (*assistance insurance*) – специфічний вид страхування, об'єктом якого є негайне надання застрахованому допомоги у визначених надзвичайних ситуаціях. Якщо в класичному страхуванні мова йде про відшкодування збитку, то в страхуванні невідкладної допомоги – про надання послуги у формі негайної допомоги. Наприклад, при поломці автомобіля на дорозі предметом страхування невідкладної допомоги буде виклик ремонтників на місце події і буксування автомобіля до ремонтної майстерні, безпосередньо сам ремонт оплачується з особистих коштів страхувальника, або за рахунок автотранспортного страхування – каско, якщо є відповідний договір.

Аналогічно в ситуації, зв'язаній з захворюванням застрахованого, компенсація витрат на лікування буде предметом медичного страхування, а такі послуги, як виклик лікаря в нічний час або термінова госпіталізація – предметом невідкладної допомоги.

Крім того, страховими подіями при особистому страхуванні туристів не можуть вважатися хронічні інфекційні і рецидивні захворювання (серцево-судинні, онкологічні, туберкульозні й інші хвороби). Як правило, не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані з наданням застрахованому послуг невідкладної медичної допомоги у випадках, якщо:

- подорож була здійснена з метою лікування;
- страховий випадок відбувся в результаті прямого або непрямого впливу радіоактивного опромінення;
- зроблено витрати, зв'язані з захворюваннями, що протягом визначеного періоду перед датою страхування вимагали лікування (виняток складають ситуації порятунку життя, зняття го-

строго болю або обов'язкового медичного втручання для запобігання тривалої непрацездатності);

- зроблено витрати, зв'язані з курсом лікування, що продовжується під час дії договору страхування;
- поїздка була почата застрахованим, незважаючи на наявність медичних протипоказань;
- витрати пов'язані з венеричними захворюваннями, синдромом імунодефіциту або будь-яким подібним синдромом;
- витрати пов'язані з інтоксикацією після вживання алкоголю або наркотичних речовин.

Страховий платіж із страхування громадян, що виїжджають за кордон, залежить від комплексу послуг, пропонованих страховою компанією, від суми страхового покриття, що вибирає для себе турист, і від умов тієї країни, у яку він направляється. Мінімальні страхові тарифи, як правило, встановлюються для Західної Європи і країн Середземномор'я. Для поїздок в інші країни тарифи можуть бути збільшені в 1,5-2 рази. Це зв'язано як з високими цінами на медичні послуги (наприклад, у США і Канаді), так і з далекістю і важкодоступністю територій. Як правило, українські страхові компанії передбачають значні знижки для туристичних груп залежно від кількості застрахованих. З цієї причини більш дешевими для клієнтів є страхові поліси, реалізовані через туристичні агентства.

Важливим елементом системи соціального захисту громадян є можливість одержання своєчасної *медичної допомоги*. Слід відмітити, що в Україні на сучасному етапі існує багато проблем, пов'язаних з фінансуванням медицини. В середині 60-х років у Радянському Союзі на охорону здоров'я витрачалося 6 – 6,5% ВВП. Останніми роками при відносно невеликому ВВП Україна витрачає на охорону здоров'я близько 3%, тоді як у США цей показник становить 11 – 14%, у Німеччині – 10 – 11%, в Англії – 7 – 9,5%.

Світова практика показує, що **фінансування системи охорони здоров'я** може здійснюватися такими основними способами.

1. Соціальне фінансування. Засновано на цільових внесках підприємств і організацій. Є деяка частка бюджетного фінансування (Німеччина, Франція, Ізраїль, Японія).

2. Державне фінансування. Переважаючим джерелом виступають бюджетні засоби. Приватні системи фінансування відсутні, або їхня частка незначна (Канада, Великобританія, Австралія, Швеція).

3. Приватне фінансування. Переважним джерелом виступають доходи фізичних осіб, однак для визначених груп населення, чії доходи нижчі від межі бідності, можуть передбачатися спеціальні державні програми фінансування (США).

Важливим елементом системи фінансування медицини виступає медичне страхування.

Медичне страхування – галузь особистого страхування, що пов'язана з компенсацією витрат громадян, обумовлених наданням медичної допомоги, а також інших витрат, пов'язаних з підтримкою визначеного рівня здоров'я. Метою проведення медичного страхування є забезпечення страхувальникові (застрахованій особі) можливості одержання медичної допомоги за рахунок накопичених засобів приватних чи державних фондів і фінансування попереджувальних заходів.

Медичне страхування може проводитися в добровільній і обов'язковій формах. Обов'язковим є медичне страхування, наприклад, у Німеччині, Канаді, Франції, Нідерландах. Добровільне медичне страхування характерне для Ізраїлю, Швейцарії, США.

Обов'язкове державне медичне страхування близьке за своїм змістом до соціального страхування, оскільки порядок і правила його проведення визначаються державними законодавчими актами. Обов'язкове медичне страхування базується на принципах загальності (усі громадяни суспільства незалежно від віку і рівня доходів мають рівні права на одержання медичної допомоги) та державності (державою забезпечується стійкість системи обов'язкового медичного страхування за рахунок твердого контролю над цільовим використанням коштів).

Обов'язкове державне медичне страхування характеризується тим, що сплата внесків здійснюється у встановлених розмірах через рівні проміжки часу, а рівень медичного забезпечення однаковий для всіх застрахованих осіб.

Основу **німецької моделі** охорони здоров'я було закладено у 1881р. канцлером Німеччини Отто фон Бісмарком. Система мала сприяти зміцненню здоров'я робітників як потенційних військових. Німеччина характеризується децентралізованою формою організації фінансування системи охорони здоров'я. При цьому держава не бере на себе обов'язку щодо фінансування медичної сфери. Головним обов'язком держави є забезпечення умов щодо функціонування відповідних фондів, а також здійснення контролю за системою охорони

здоров'я в цілому. Фінансування здійснюється переважно за рахунок обов'язкового державного медичного страхування, яким охоплено близько 75% населення. Існує також добровільне державне страхування (15%) та добровільне медичне страхування, що здійснюється комерційними страховими компаніями (9%). Не має медичної страховки лише 1% населення.

Головними учасниками системи державного медичного страхування в Німеччині є лікарняні каси. Права та обов'язки кас регламентуються Соціальним кодексом. Каси диференційовані за групами: головні (Allgemeine Ortskrankenkassen), додаткові (Ersatzkassen), заводські (Betriebskrankenkassen), цехові (Innungskrankenkassen), сільськогосподарські (Landwirtschaftliche Krankenkassen), шахтарські (Bundeskknappschaft) та морські (See Krankenkassen). Членство у касах є обов'язковим для робітників, якщо їх річний дохід не перевищує суми, яка встановлюється державою. В іншому разі членство в касі є добровільним.

Розмір внеску встановлюється у відсотках від доходу застрахованої особи без урахування віку та стану здоров'я. Внесок розподіляється у рівних частках між роботодавцем та найманим робітником. Таким чином, Німеччина не має єдиного бюджету охорони здоров'я. Існує 17 бюджетів, основаних на податкових надходженнях підприємств та 453 бюджетів лікарняних кас.

Перевагами цієї системи фінансування охорони здоров'я є багатоканальність, що забезпечує зниження напруги на окремих учасників системи та достатність коштів. Недоліком вважають досить високий (у порівнянні з середньоєвропейським) рівень витрат на охорону здоров'я, відсутність жорсткого контролю держави за цінами на лікування.

На відміну від Німеччини, **французька модель** охорони здоров'я має централізоване управління. Діє система державного обов'язкового страхування, яким охоплено близько 80% населення. Фінансування переважно здійснюється за рахунок внесків робітників та роботодавців. У Франції також діє система лікарняних кас, але очолює систему Національна каса, яка здійснює загальний контроль над діяльністю лікарняних кас, якістю та вартістю медичних послуг. Національна каса має 129 регіональних відділень, кожне з яких відповідає за здійснення медичного страхування на визначеній території, тож, на відміну від Німеччини, між ними немає конкуренції. Вартість медичного страхування не за-

лежить від віку та стану здоров'я и визначається у відсотках від річного доходу застрахованої особи. Держава забезпечує загальний контроль над галуззю та часткову компенсацію витрат застрахованих на лікування за рахунок бюджету загального обов'язкового медичного страхування. Франція також має розвинуту мережу приватних страхових компаній, яки надають додаткові медичні послуги.

Перевагою французької системи є відносна простота щодо управління, можливість державного контролю за якістю та вартістю медичних послуг. Недоліком вважають відсутність можливості застрахованих щодо власного вибору лікарняного закладу.

У Великобританії з 1948р. діє система охорони здоров'я, зоснована на програмі післявоєнної соціальної реконструкції Уїльяма Беверіджа. На відміну від моделі Бісмарка, переважна частка коштів у системі фінансування охорони здоров'я належить державі. Обов'язковим державним страхуванням охоплена третина населення, що працює за договором найму. Приблизно 85% системи фінансується за рахунок податків, 12,5% – за рахунок фондів обов'язкового державного медичного страхування (кошти робітників та роботодавців), 2,5% – за рахунок внесків приватних осіб. Тож переважна частка системи працює за рахунок бюджету.

Ефективність використання бюджетних коштів забезпечується за рахунок використання методу капітації (per capita payment) при оплаті медичних послуг. Держава виділяє з бюджету кошти на лікування конкретної кількості пацієнтів, зареєстрованих у даного лікаря. Пацієнт, при цьому, має право вільного вибору лікаря та лікарняного закладу. Тож лікар зацікавлений у наданні якісних медичних послуг. Бюджетні виплати вищі за пацієнтів похилого віку, дітей до 4 років, вагітних жінок та мешканців малозабезпечених районів. Бюджетна виплата на кожного пацієнта включає також витрати на його лікування у стаціонарі, тож лікар зацікавлений у запобіганні госпіталізації шляхом проведення профілактичних заходів. Пацієнт самостійно сплачує до 10% вартості ліків. Передбачаються додаткові бюджетні виплати за проведення вакцинації, обстежень осіб, що входять до груп „підвищеного ризику” та ін.

Не зважаючи на велику частку бюджетного фінансування, система довела на практиці свою ефективність. Англія витрачає на охорону здоров'я близько 6,9% ВВП у порівнянні з 10,5% Німеччини при приблизно однакових показниках щодо рівня здо-

ров'я нації. Подібна бюджетна модель використовується також у Швеції, Данії, Ірландії та у деяких інших країнах.

Система охорони здоров'я у США функціонує в умовах вільного ринку. Попит та пропозицію на медичні послуги визначають професійні медичні об'єднання (асоціації). Фінансування медицини здійснюється переважно за рахунок коштів страхових організацій, які отримують внески фізичних та юридичних осіб. З 1965р. у США працюють державні програми Medicare (фінансування витрат на лікування осіб похилого віку) Medicaid (фінансування невідкладної медичної допомоги щодо малозабезпеченого населення).

Систему фінансування медицини у США вважають малоефективною. При витратах на охорону здоров'я близько 14% ВВП за даними статистики 15% населення не одержують належного лікування, а ще 15% взагалі не мають можливості скористуватися медичною допомогою. Рівень здоров'я нації у США залишається низьким у порівнянні з більшістю Європейських країн.

В колишньому Радянському Союзі фінансування охорони здоров'я здійснювалося на основі моделі Семашко, яка передбачала цілком державне фінансування та управління системою лікувальних та профілактичних закладів. З впровадженням ринкових умов ця система була не в змозі забезпечити ефективне функціонування медицини. Тож однією з найбільш актуальних державних проблем в Україні на сучасному етапі є впровадження системи обов'язкового державного соціального медичного страхування.

У нашій країні вже довгі роки спостерігається глибока криза системи охорони здоров'я. Правовою базою функціонування даної системи виступає стаття 49 Конституції України, що визначає наші права охорони здоров'я і надання медичної допомоги. Дані права повинні бути реалізовані за рахунок державного фінансування відповідних соціально-економічних, профілактичних і інших програм.

Не є секретом, що безкоштовна медицина в Україні вже давно перестала існувати за фактом. Державне фінансування охорони здоров'я в даний момент не покриває 30% мінімальних потреб медичних установ. Найавне значне погіршення якості медичного обслуговування, відсутність матеріальної зацікавленості персоналу в підвищенні якості *медичних послуг*, деградація матеріально-технічної бази медичних установ.

На сучасному етапі подолання кризи в охороні здоров'я можливе тільки шляхом впровадження принципово нової фінансово-правової системи медичного обслуговування, яка була б адаптована до умов ринкової економіки. Оскільки наша держава фактично виявилася не в змозі самостійно реанімувати систему охорони здоров'я, у даний час розробка нової економіко-правової бази медичного обслуговування зводиться до пошуку додаткових джерел фінансування за рахунок платоспроможних структур.

У Конституції України визначається дві статті, у яких мова йде про соціальний захист громадян шляхом використання системи страхування. По-перше, це стаття 46, що регламентує обов'язкове державне соціальне страхування за рахунок страхових внесків громадян, підприємств і організацій, а по-друге, стаття 49, що проголошує право кожного громадянина на медичне страхування. Крім того, медичне страхування встановлене як обов'язкове статтею 6 Закону України «Про страхування» від 7.03.96 р, однак даний закон не визначає порядку його проведення. Таким чином, на сьогоднішні в Україні відсутній повноцінний законодавчий акт, який би врегулював основні економічні і соціальні проблеми в даній сфері.

Конституційний Суд України у своєму рішенні від 29.06.02р. зафіксував, що Конституція закріплює право кожного громадянина на медичне страхування (не обов'язкове, а добровільне), а умови і порядок проведення медичного соціального страхування за рахунок державних програм повинні бути визначені законодавчо.

Таким законодавчим актом має стати розроблений Верховною Радою Законопроект «Про обов'язкове державне соціальне медичне страхування».

Даний Законопроект визначив основні правові, організаційні принципи і механізм проведення загальнообов'язкового соціального медичного страхування громадян в Україні. Як база були використані положення Конституції й основи законодавства України у сфері загальнообов'язкового соціального державного страхування.

Однак, фахівці вважають, що даний Законопроект має ряд істотних недоліків.

1. Згідно зі ст.1 даного законопроекту Страховиком є Фонд загальнообов'язкового державного медичного соціального страхування. Даному Фонду, що згідно зі ст.15 є державною неприбу-

тковою організацією, віддається основна організаційна роль у створеній схемі. Дане положення може привести до малоефективного розподілу коштів.

2. Друга редакція законопроекту не передбачає відповідальності Фонду як страховика по юридичних і фінансових зобов'язаннях, що неприпустимо при таких обсягах коштів і суперечить діючому страховому законодавству.

3. Не вирішені основні питання взаємодії з медичними структурами. Не розроблена ефективна система взаємозв'язку між якістю медичного обслуговування, оплатою праці медичного персоналу і фінансуванням медичних установ.

4. Неурегульовані питання оподаткування коштів, що перераховуються на медичне страхування. В даний час у сукупності роботодавці вже платять від 30% зарплати своїх працівників у різні фонди обов'язкового соціального страхування. Введення нового соціального податку без зниження наявних ставок неминуче приведе до зменшення надходжень по інших податкових статтях і інших негативних економічних факторах.

4. Оскільки в основу законопроекту були покладені «Основи законодавства про загальнообов'язкове соціальне страхування», не пророблені такі кардинально важливі положення, як механізм упровадження конкретних програм медичного соціального страхування, розрахунок страхових тарифів і величина страхових платежів, їх диференціація залежно від груп, що підлягають страхуванню, і т.д.

5. Не розглянуте питання про співвідношення у рамках даної системи обов'язкового і добровільного медичного страхування.

У країнах з розвинутою ринковою економікою поняття медицини і страхування практично нерозривні. Система охорони здоров'я, як правило, базується на функціонуванні обов'язкового соціального і добровільного медичного страхування.

Метою **добровільного медичного страхування** є гарантія застрахованій особи при виникненні страхового випадку отримання оплати вартості медичної послуги за рахунок засобів страхових резервів, а також фінансування профілактичних заходів.

Як правило, система добровільного медичного страхування виникає як альтернатива державним програмам медичного страхування (Великобританія, Іспанія і т.д.). Добровільне медичне страхування розраховане на категорію громадян, яких не задово-

льняє загальний рівень медичного обслуговування і вони згодні «доплатити» за визначені послуги, не передбачені загальнодержавною системою.

В Україні в 2002р. за даними статистики добровільне страхування здійснювало 79 страховиків. При цьому не можна не відзначити позитивної динаміки розвитку даного сектора страхового ринку. (див. рис.4), хоча на сьогоднішній день ріст кількості договорів, що укладаються, говорить скоріше про відсутність альтернативи з боку держави в плані «легалізації» платної медицини.

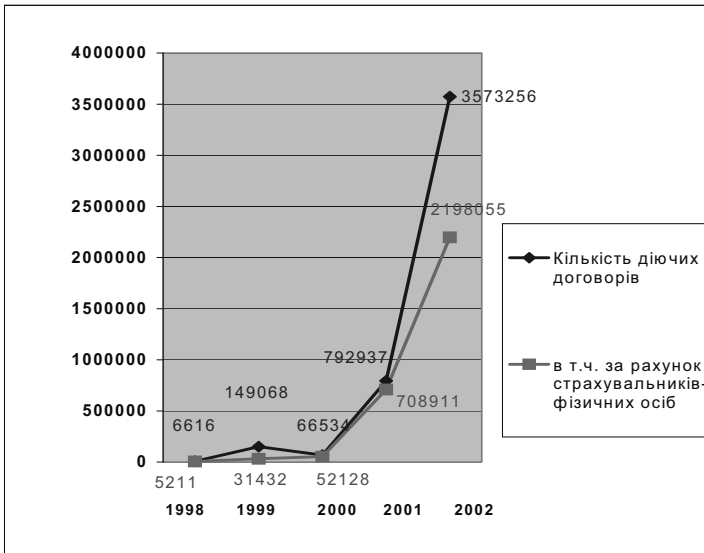


Рисунок 4. Динаміка кількості укладених договорів добровільного медичного страхування.

В Україні ліцензуються такі види добровільного медичного страхування: страхування здоров'я на випадок захворювання і безперервне страхування здоров'я.

Страхування здоров'я на випадок захворювання передбачає страхування медичних витрат на випадок конкретних захворювань, що визначаються в договорі.

Безперервне страхування здоров'я передбачає страхування витрат, пов'язаних з поліклінічним обслуговуванням застрахованого (включаючи купівлю лікарських препаратів), стаціонарного обслуговування, послуг невідкладної медичної допомоги. Воно

проводиться на випадок захворювання, тривалість якого складає не менш двох тижнів. При цьому договори страхування укладають на термін не менше трьох років. При настанні страхового випадку виплати застрахованій особі здійснюються послідовно в період дії договору страхування.

У добровільному медичному страхуванні страховим випадком є випадок звернення страхувальника під час дії договору до медичної установи (з переліку тих, котрі зазначені в договорі) з метою одержання консультаційної, профілактичної або іншої допомоги, що передбачена договором страхування.

При укладанні договору страхувальником вибирається програма медичного страхування, що включає перелік страхових випадків, у яких страхова компанія зобов'язана зробити виплату. Страхові тарифи залежать від вибраної програми медичного страхування, рівня страхового забезпечення й інших умов, передбачених договором.

Страховики в Україні, що проводять добровільне медичне страхування, пропонують населенню приблизно ідентичний набір страхових програм. Найбільш поширені поліси, що передбачають при настанні страхового випадку (лікування в стаціонарі, реабілітаційна допомога, пологи і т.п.) оплату страхової суми або її частини безпосередньо медичній установі. У деяких випадках страхова компанія самостійно здобуває і доставляє в медичну установу необхідні медикаменти і матеріали.

Поліси добровільного медичного страхування можуть бути універсальними і спеціалізованими.

Універсальні поліси передбачають ті випадки, медична допомога при яких не вимагає консультації фахівців вузької спеціалізації (наприклад, медична допомога терапевта, сімейного лікаря). Спеціалізовані поліси передбачають медичну допомогу у вузькій спеціалізованій галузі (наприклад, стоматологія). У договорі встановлюється максимальна страхова сума, франшиза, а також перелік випадків, коли страхова виплата не відбувається.

Проблемою розвитку добровільного медичного страхування є той факт, що державні медичні структури нині не зацікавлені в співробітництві зі страховими компаніями. Кошти, перераховані страховиком за лікування клієнта, не впливають на фінансовий стан медичної установи і зарплату його співробітників. У страхових компаній, таким чином, часто відсутній ефективний механізм

впливу на якість медичного обслуговування застрахованих. Крім того, страхова компанія змушена постійно контролювати процес проведення лікування на предмет призначення великої кількості дорогих ліків (при наявності більш дешевих вітчизняних аналогів) і додаткових (не завжди необхідних) обстежень. Це логічне протистояння бажанню клієнта вилікуватися за допомогою одного страхового поліса від усіх захворювань відразу.

Таким чином, у секторі добровільного медичного страхування існує велика кількість проблем, що, однак, не говорить про те, що дана система при створенні визначених умов з боку держави, не може бути доповненням до загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

Як основні напрямки щодо вирішення існуючих проблем можна запропонувати:

- подальше детальне пророблення Законопроекту про обов'язкове соціальне медичне страхування за умовою відкритості обговорення основних положень і залучення до роботи над документом провідних експертів і представників зацікавлених структур;

- забезпечення даним Законом пріоритетності першої медичної допомоги і гарантій безкоштовного медичного обслуговування для соціально незахищеного населення;

- створення ефективної системи державного контролю над цільовим використанням коштів, призначених для соціального захисту громадян, а також організація незалежного інституту експертів в галузі медицини, права й ін., за допомогою яких забезпечувалася би гарантія ефективності функціонування системи медичного страхування;

- врегулювання питань часткового зниження обов'язкових зборів і відрахувань фізичних і юридичних осіб при сплаті ними страхових платежів;

- формулювання загальних стандартних вимог до переліку і якості медичних послуг, наданих населенню медичними установами незалежно від форм власності; законодавче забезпечення зв'язку оплати праці медичного й обслуговуючого персоналу з обсягом і якістю наданих послуг;

- вивчення зарубіжного досвіду в сфері медичного страхування і впровадження елементів ефективно функціонуючих систем з урахуванням національних особливостей економіки;

- забезпечення функціонування поряд з державним соціальним добровільного медичного страхування за умови чіткого законодавчого розмежування сфер діяльності різних суб'єктів страхового ринку.

Як остаточний висновок слід зазначити, що існує безліч альтернативних варіантів між стовідсотковим державним і приватним медичним страхуванням. Робота над створенням системи медичного страхування, що відповідає принципам ринкової економіки, повинна будуватися поетапно, з обліком позитивного зарубіжного досвіду, поєднуючи зусилля всіх зацікавлених структур: державних органів, страхових організацій і медичних установ.

8.2. Термінологічний словник

Акт про нещасний випадок – документ, що складається адміністрацією і комітетом професійної спілки підприємства чи установи, якщо з їхнім працівником стався нещасний випадок, пов'язаний з виконанням службових обов'язків. У випадках із пасажиром відповідний документ складається на транспорті. У разі якщо потерпілий застрахований від нещасних випадків, акт надсилається до страхової організації з метою оформлення страхових виплат.

Ануїтет – договір страхування пенсій або ренти, за яким страхувальникові виплачується визначена річна сума доходу протягом життя на умовах попередньої сплати одноразової страхової премії.

Асистанс – перелік послуг (у рамках договору страхування), які надаються в потрібний момент через медичне, технічне і фінансове сприяння. Широко використовується в зарубіжних країнах для забезпечення безпеки подорожуючих під час поїздок за кордон (у разі хвороби, нещасного випадку).

Викупівельна сума – частина резерву внесків на день припинення страхувальником сплати внесків, яка підлягає виплаті йому за договорами страхування життя в разі припинення дії договору. Розмір викупівельної суми залежить від тривалості часу, який пройшов від початку дії договору страхування і терміну, на який він був укладений. Викупівельна сума може бути виплачена страхувальнику, якщо від початку дії договору страхування минуло не більше 6 місяців. У разі смерті страхувальника викупівельна сума виплачується вигодонабувачу (спадкоємцю). Розмір

викупівельної суми визначається за спеціальними таблицями, складеними страховиком.

Дієздатність – властивість своїми діями набувати права і породжувати для себе юридичні обов'язки. Для фізичної особи дієздатність виникає при досягненні повноліття, коли громадянин може здійснювати самостійно різні угоди і нести майнову відповідальність за свої протиправні дії. Якщо громадянин внаслідок душевних хвороб або слабкості розуму не може усвідомлювати значення своїх дій чи керувати ними, то суд має право визнати його недієздатним і встановити над ним опіку.

Довічна страхова рента – різновид особистого страхування, регулярний дохід, що виплачується застрахованій особі до кінця її життя з фонду, нагромадженого за рахунок страхових внесків.

Змішане страхування життя – вид особистого страхування, у якому передбачається страхове покриття кількох несумісних ризиків. Найчастіше змішане страхування життя включає покриття на випадок смерті за будь-якою подією протягом дії договору, при дожитті до закінчення договору і при нанесенні шкоди здоров'ю внаслідок нещасного випадку.

Інвалідність – постійна чи тривала, повна чи часткова втрата працездатності внаслідок каліцтва або хвороби. Інвалідами вважаються особи, які втратили працездатність на тривалий термін внаслідок стійкого порушення функцій організму. Залежно від ступеня втрати працездатності інвалідність поділяється на три групи: I група (встановлюється при повній постійній або тривалій втраті працездатності громадянам, яким необхідна постійна допомога), II група (встановлюється особам, які постійно чи на тривалий час втратили працездатність або здатні виконувати окремі види роботи в спеціально створених умовах, якщо характер функціональних порушень організму не вимагає постійної сторонньої допомоги), III група (встановлюється при значному зниженні працездатності, яка викликала необхідність переведення робітника на роботу з іншою професією нижчої кваліфікації). Інвалідність встановлюється лікарняними експертними комісіями.

Лікувально-профілактичні установи – медичні установи, до яких належать лікувальні, лікувально-профілактичні установи особливого типу (лепрозорії), диспансери, амбулаторно-

поліклінічні установи, установи швидкої і невідкладної медичної допомоги, переливання крові, охорони материнства і дитинства, санаторно-курортні установи.

Медична допомога – допомога, яка надається населенню при захворюваннях та каліцтвах у таких організаційних формах, як швидка допомога, амбулаторна, стаціонарна, санаторно-курортна допомога, допомога вдома.

Медичні послуги – становлять необхідний набір медичних та технічних дій, а також маніпуляцій, що мають закінчене змісто-ве навантаження при досягненні мети лікарського призначення. Медичні послуги поділяються на стандартні (здебільшого надаються за однаковою технологією будь-яким категоріям хворих і мають відносно стійке ціноутворення) та індивідуальні (характеризуються широким набором різних дій і маніпуляцій, використанням різних лікарських препаратів тощо і мають лише часткову відносну стійкість ціноутворення).

Непрацездатність – неможливість продовжувати свою професійну діяльність внаслідок медичного (захворювання, травма, допологова та післяпологова відпустка тощо) і спеціальних протипоказань (карантин, догляд за хворим членом сім'ї, тощо).

Нещасний випадок – пожежа, дорожньо-транспортна аварія, катастрофа, отруєння хімічними продуктами чи інша подія, що спричинила смерть або каліцтво застрахованої особи, пошкодження або знищення застрахованого майна.

Норма дохідності у страхуванні життя – відсоток, який нараховується страховиком на резерв внесків із страхування життя та пенсій при використанні його як кредитних ресурсів. Норма дохідності враховується при визначенні початкових внесків страховальників за укладеними договорами.

Редуціювання страхової суми – зменшення початкової страхової суми за договорами страхування життя. Редуціювання страхової суми пов'язане з достроковим припиненням страхувальником сплати страхових внесків і набуттям їм права на одержання викупної суми. Якщо страхувальник не одержав страхової суми, то страхова компанія може здійснити редуціювання страхової суми.

8.3. Завдання для перевірки знань

1. Страховою подією при страхуванні громадян від нещасних випадків можуть бути:

- а) смерть застрахованого з якої-небудь причини;
- б) смерть застрахованого тільки від нещасного випадку;
- в) дожиття застрахованого до закінчення терміну дії договору страхування;
- г) втрата здоров'я застрахованого в результаті нещасного випадку.

2. На розмір тарифної ставки при страхуванні від нещасних випадків перш за все впливає:

- а) ступінь професійного ризику;
- б) вік застрахованого;
- в) термін страхування;
- г) усі відповіді правильні.

3. Договір змішаного страхування життя складається на випадок:

- а) дожиття до закінчення терміну дії договору страхування;
- б) смерті протягом терміну дії договору страхування;
- в) правильні відповіді "а" і "б".

4. Страхова сума за договором довічного страхування виплачується:

- а) при дожитті до вказаного в договорі віку;
- б) при настанні смерті застрахованої особи;
- в) при тимчасовій утраті загальної працездатності в результаті нещасного випадку;
- г) при постійній утраті загальної працездатності в результаті нещасного випадку.

5. При укладанні договору страхування ренти враховується:

- а) стан здоров'я застрахованого;
- б) вік застрахованого;
- в) стаж роботи застрахованого;
- г) усі відповіді правильні.

6. За договором страхування від нещасних випадків страхова сума не може бути виплачена, якщо мають місце:

- а) протиправні дії застрахованого, котрі викликали його смерть;
- б) навмисні дії застрахованого, котрі призвели до травмування;
- в) самогубство застрахованого;
- г) усі відповіді правильні.

7. Обов'язкове страхування від нещасних випадків на транспорті передбачає страхування:

- а) пасажирів таксі;
- б) пасажирів міжміських автобусів;
- в) машиністів потягів метрополітену;
- г) пасажирів морського транспорту на прогулянкових лініях.

8. Страхування від нещасних випадків проводиться на випадок:

- а) дожиття до закінчення терміну страхування;
- б) смерті з якої-небудь причини;
- в) тимчасової або постійної втрати працездатності в результаті нещасного випадку;
- г) смерті в результаті нещасного випадку.

9. Страхова компанія виплачує повну страхову суму за договором страхування від нещасних випадків, якщо:

- а) має місце смерть застрахованого в результаті нещасного випадку;
- б) застрахований одержав першу групу інвалідності;
- в) застрахований дожив до закінчення терміну дії договору страхування;
- г) усі відповіді правильні.

10. Розрахунки за надану послугу в системі добровільного медичного страхування в Україні здійснюються:

- а) між страховиком і страхувальником;
- б) між страхувальником і лікувально-профілактичною установою;
- в) між страховиком і лікувально-профілактичною установою;
- г) усі відповіді неправильні.

11. Обов'язкове державне медичне страхування передбачає надання страхового захисту громадянам:

- а) з урахуванням їх доходів;
- б) з урахуванням їх віку;
- в) без урахування доходу і віку;
- г) з урахуванням і доходу і віку.

12. При складанні договору страхування життя на дожиття:

- а) враховується вік застрахованого;
- в) враховується стаж роботи застрахованого;
- б) всі відповіді правильні.

13. Фінансування системи охорони здоров'я у Великобританії здійснюється:

- а) переважно за рахунок коштів громадян у вигляді внесків за договорами добровільного медичного страхування;
- б) переважно за рахунок податкових надходжень до бюджету;
- в) переважно за рахунок недержавних фондів обов'язкового медичного страхування.

14. Фінансування системи охорони здоров'я у Німеччині здійснюється:

- а) переважно за рахунок коштів громадян у вигляді внесків за договорами добровільного медичного страхування;
- б) переважно за рахунок податкових надходжень до бюджету;
- в) переважно за рахунок недержавних фондів обов'язкового медичного страхування.

15. Фінансування системи охорони здоров'я у США здійснюється:

- а) переважно за рахунок коштів громадян у вигляді внесків за договорами добровільного медичного страхування;
- б) переважно за рахунок податкових надходжень до бюджету;
- в) переважно за рахунок недержавних фондів обов'язкового медичного страхування.

8.4. Теми рефератів

1. Проблеми розвитку ринку особистого страхування в Україні.
2. Перспективи ринку страхування життя у зв'язку зі вступом України до СОТ.
3. Перспективи впровадження в Україні системи обов'язкового медичного страхування.
4. Порівняльна характеристика систем медичного страхування у зарубіжних країнах.

Література: [1, 15, 24, 30, 31, 48, 49, 50, 53].

ТЕМА 9. ПЕРЕСТРАХУВАННЯ ТА СПІВСТРАХУВАННЯ

9.1. Теоретичні відомості

Перестраховання – це особливий вид договірних економічних відносин, у процесі яких страховик (надалі **цедент**), приймаючи на страхування ризику, визначену частку по них з урахуванням своїх фінансових можливостей з метою забезпечення фінансової стійкості і рентабельності страхових операцій передає на погоджених умовах іншим страховикам (**перестраховикам**). Одночасно передається і відповідна частка страхової премії.

Умовно схему процесу перестраховання можна представити таким чином (див. рис.5).

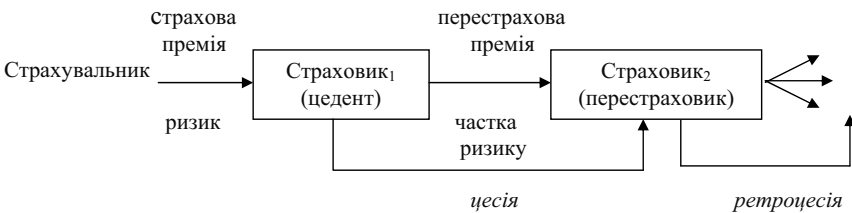


Рисунок 5. Схема процесу перестраховання

На сучасному етапі зростає роль перестраховання в ринковій економіці, оскільки має місце процес концентрації капіталу і збільшення вартості об'єктів страхування (збільшення обсягу виробництва підприємств, суми ризиків космічних технологій, збільшення вантажопідйомності суден і т. ін.). Перестрахованням досягається перерозподіл суми збитку між багатьма страховиками, чим забезпечується підвищення фінансової стійкості кожного окремого страховика.

Відповідно до закону України «Про страхування» страховик зобов'язаний укласти договір перестраховання, якщо страхова сума за окремим об'єктом або видом страхування перевищує 10% сплаченого статутного капіталу і сформованих страхових резервів, причому в перестраховання можна передати суму ризику, що не перевищує 50% фактично сформованих резервів за ризиковими видами страхування.

Особливість процесу перестраховування полягає в тім, що повну відповідальність перед страхувальником несе прямий страховик, тобто цедент. Згода страхувальника на передачу частки ризику перестраховику не потрібна. Не існує ніяких договірних взаємин між страхувальником і перестраховиком. Взаємини цедента і перестраховика, у свою чергу, регулюються договором перестраховування.

У перестраховуванні важливе значення має встановлення правильного ліміту перестраховування, оскільки разом з переданою часткою ризику передається і частка отриманого цедентом страхового платежу.

Визначальним фактором при передачі ризику в перестраховування є економічно обґрунтований рівень суми, у межах якої цедент може залишити ризики на власній відповідальності без збитку для фінансової стійкості. Даний рівень називається **лімітом власного утримання цедента**. Серед факторів, що впливають на встановлення ліміту власного утримання цедента, можна вказати такі:

- середня збитковість за прийнятими на страхування ризиками;
- обсяг отриманих страхових премій за прийнятими ризиками;
- рівень витрат на ведення справи за даним видом страхування;
- територіальний розподіл застрахованих об'єктів;
- підготовленість і досвід андеррайтерів (фахівців з оцінки ризику, прийнятого в перестраховування).

Економічно доцільним вважається встановлення ліміту власного утримання цедента стосовно всіх страхових ризиків одного виду страхування або стосовно однорідних об'єктів (промислові підприємства, морські перевезення, авіаційне страхування).

Договори перестраховування – це спосіб оформлення й основа правовідносин між прямим страховиком і перестраховиком. Положення сучасних договорів сформульовані коротко і використовують спеціальну термінологію.

Незважаючи на спроби уніфікації, не розроблено типових форм і норм, які б визначали зміст договору перестраховування. Право, що регулює зміст договорів перестраховування, знаходиться в процесі розвитку і повинне постійно адаптуватися до швидко змінюваних потреб ринку перестрахових послуг.

Документ, що є основою для підписання договору про пере-страхування, є коротким викладом найбільш важливих умов і інформації про ділового партнера і називається **сліпом (slip)**. У ньому визначаються вид і тип перестраховування; кількість ліній; розмір утримання; місцезнаходження ризику, що підлягає пере-страхуванню; перестрахова премія і максимальна відповідаль-ність перестраховика.

Як страхові, так і перестрахові операції часто відбуваються з використанням посередників.

Перестрахові брокери – юридичні особи, що здійснюють за винагороду посередницьку діяльність у перестрахованні від свого імені на підставі брокерської угоди зі страховиком, що має потре-бу в перестрахованні. Дозволяється здійснення діяльності стра-хового і перестрахового брокера однією юридичною особою за умови дотримання усіх вимог до роботи страхового і перестрахо-вого брокера.

Перестрахові брокери, на відміну від страхових, мають пра-во відповідно до діючого законодавства працювати з іноземними страховиками. Перестрахові брокери-нерезиденти можуть оказу-вати послуги тільки через постійні представництва в Україні, що мають бути зареєстровані як платники податку відповідно до за-конодавства України і включені до державного реєстру страхових і перестрахових брокерів.

У процесі розвитку перестрахових відносин склалися такі методи перестраховування: **факультативне, облігаторне, факультативно-облігаторне, облігаторно-факультативне.**

Історично першою формою перестраховування, що викорис-товувалася протягом декількох століть, було **факультативне**. Лише в XIX ст. перестраховування стало активно розвиватися, ви-никло багато нових видів перестрахового захисту.

Процес факультативного перестраховування являє собою ін-дивідуальну угоду, що стосується, як правило, одного ризику. Особливість полягає в тому, що цеденту і перестраховику нада-ється повна воля в прийнятті рішень щодо того, скільки ризиків і які саме будуть передані до перестраховування. Перестрахові пла-тежі з факультативного перестраховування стягуються незалежно від розміру платежів, отриманих цедентом при укладанні первіс-них договорів страхування.

Якщо використовують термін «факультативне перестрахування», маючи на увазі техніку перестрахування, розуміють «вирішення в кожному окремому випадку», тобто прямий страховик сам вибирає, кому запропонувати ризик у перестрахування, а перестраховик, зваживши усі за і проти, вирішує, чи прийняти на себе частину ризику й у якому обсязі.

Пропозиція прямого страховика про факультативне перестрахування повинна містити усю важливу інформацію про ризик, що дозволила б перестраховикові правильно його оцінити.

З того моменту, як зроблена пропозиція про перестрахування, і до початку факультативного перестрахування може минути значний проміжок часу, що не вигідно для цедента. Тому украй важливо надати перестраховику максимум необхідної інформації. У протилежному випадку, відповідаючи на його питання, прямий страховик витратить багато часу. У деяких випадках з цієї причини в нього можуть виникнути складності з забезпеченням покриття ризику.

Після того як перестраховик вивчив інформацію, пов'язану з ризиком, він повідомляє прямому страховику, яку частку (у відсотках або абсолютній сумі) він прийме у факультативне перестрахування. Звичайне підтвердження робиться телефоном, телефаксом або відправленням підписаної копії пропозиції з вказівкою частки, на яку згодний перестраховик. Умови укладеного в такій формі договору перестрахування через деякий час (приблизно 4 тижні) звичайно заново підтверджуються у формі *бордеро*, підписаного обома сторонами. Якщо ж перестраховик не відповідає на пропозицію, його мовчання не може розглядатися як акцепт (згода).

Якщо сторони не домовилися про інше, договір факультативного перестрахування починає діяти з моменту одержання *акцепту*. Істотні зміни умов договору прямого страхування (наприклад, що стосується страхової суми, ставки премії, застрахованих ризиків) у період його дії обов'язкові для перестраховика тільки в тому випадку, якщо він дав на те свою згоду.

Дія договору факультативного перестрахування припиняється автоматично після закінчення встановленого терміну. За визначений період до закінчення терміну договору, прямий страховик, як правило, пропонує перестраховику продовжити дію договору і повідомляє йому про зміну умов договору прямого стра-

хування і про статистику проходження договору. Перестраховик може відмовитися від пролонгації договору.

У сучасній повсякденній практиці поряд з факультативним перестрахованням здійснюється **облігаторне перестраховання**.

Облігаторна форма полягає в тому, що цедент зобов'язується передати визначену частку у всіх ризиках, прийнятих на страхування, перестраховику в тому випадку, якщо їх страхова сума перевищує економічно обґрунтований рівень власної участі цедента. Платежі перестраховання визначаються, як правило, у відсотках від суми страхових платежів, одержаних страховиком при висновку договорів страхування. Облігаторна форма є більш вигідною для цедента ніж факультативна. Облігаторний договір укладається на невизначений термін із правом взаємного розірвання за попереднім повідомленням.

Якщо у визначеній сфері страхування цедент змушений регулярно звертатися до факультативного перестраховання, він буде зацікавлений в укладанні договору **факультативно-облігаторного перестраховання (договір відкритого покриття, відкритий ковер)**. Відповідно до такого договору, прямий страховик може на власний розсуд передавати в перестраховання визначені категорії ризиків. Вони повинні бути, по можливості, точно оцінені. Перестраховик зобов'язується приймати передані частки ризиків. У даному договорі відсутня важлива особливість факультативного перестраховання, а саме – право перестраховика відмовитися від ризику. Проте, замість цього, він одержує можливість розширити сферу своєї діяльності й установити в ній визначений баланс, а не тільки займатися перестрахованням окремих ризиків. При цьому важливо, що в даний договір включаються ризики, імовірність настання яких висока, тобто цедент не може робити добору ризиків, не вигідних для перестраховика. Щоб такий вибір не зачіпав його інтересів, перестраховик може здійснювати детальну перевірку бордеро і при цьому уважно підходити до вибору цедентів і уважно стежити за проходженням договору.

Залежно від системи розподілу ризиків між цедентом і перестраховиком, зазначають **пропорційні і непропорційні договори перестраховання**.

Пропорційне перестраховання характеризується тим, що розподіл відповідальності сторін визначається на базі страхової суми ризику. Частка перестраховика в кожному переданому йому

ризика визначається у певному співвідношенні з власною участю цедента. Участь перестраховика у відшкодуванні збитку й отриманої премії визначається за тим же співвідношенням. За результатами проходження пропорційних договорів цедент, як правило, отримує *перестраховальну комісію (тантьєсму)*. Розмір тантьєми визначається умовами конкретного договору перестраховування.

У практиці перестраховування відомі основні типи договорів пропорційного перестраховування: договори на базі квоти і договори на базі ексцедента сум.

Квотні договори перестраховування характеризуються установленням визначеної частки (**квоти**) участі перестраховика у всіх ризиках одного виду, прийнятих цедентом. Участь перестраховика в премії і відшкодуванні збитку чиниться відповідно до даної квоти. Наприклад, якщо цедент має договір перестраховування з 60%-ою квотою, перестраховується ризик на суму 100 тис. гр. од., то власне утримання цедента складе 40 тис. гр. од., а участь перестраховика – 60 тис. гр. од. Аналогічним чином буде здійснюватись і врегулювання збитків.

Квотний договір має такі переваги:

- на власному утриманні цедента залишається та частина відповідальності, що відповідає його фінансовим можливостям;
- квотний договір не вимагає великих фінансових витрат на його обслуговування;
- страховик звільняється від необхідності передавати детальну інформацію про передані до перестраховування ризики.

Квотні договори перестраховування використовуються тоді, коли компанія починає вести діяльність у новому для неї виді страхування, за яким не існує чітких статистичних даних, у тих видах страхування, де досить великий обсяг страхової відповідальності поєднується з відносно стабільними страховими сумами (наприклад, страхування цивільної відповідальності на транспорті або страхування автокаско).

Основним недоліком квотного перестраховування є те, що в перестраховування передаються всі ризики однієї групи, як великі, так і малі – за відповідною квотою. Разом з переданими ризиками передається і частина отриманих за ними страхових премій.

Договори ексцедента сум характеризуються тим, що в перестраховування передаються тільки ті частки страхових ризиків, що перевищують заздалегідь встановлений рівень участі цедента

(ліміт). Ризики в перестраховання передаються певними частками (лініями), кожна з яких дорівнює встановленій участі цеденту. Дані частки, передані одному або декільком перестраховикам, складають місткість ексцедента.

Ексцедент – ліміт відповідальності перестраховика по переданих цедентом частках ризиків, що встановлюється в договорі рівним визначеній кількості власних утримань передавальної компанії (кількості ліній).

Таким чином, при укладанні договору встановлюється ліміт власного утримання цедента – максимальна ціна лінії; визначена сума, у межах якої цедент братиме участь у покритті страхових ризиків. Реальний рівень участі цедента – реальна ціна лінії, що за певних умов може бути меншою від встановленого ліміту. Таким чином, стає зрозумілим, що залежно від оцінки цедентом страхового ризику, змінюється не кількість ліній, а величина лінії, що відбиває реальну відповідальність цедента по визначених ризиках.

Перевагою договору ексцедента сум можна вважати можливість передавати до перестраховання тільки суми ризиків, що перевищують ліміт власного утримання цедента. Недолік полягає в необхідності обробки кожного ризику на предмет визначення точної суми власного утримання і часток (ліній) перестрахового договору. Таким чином, витрати на обслуговування подібних договорів значно вищі, ніж на обслуговування квотних. Договори ексцедента сум переважно використовують в страхуванні від вогню, від нещасних випадків, а також у страхуванні життя.

Непропорційне перестраховання характеризується тим, що розподіл відповідальності відбувається на базі конкретного заявленого збитку. Розрахунки між сторонами охоплюють тільки остаточні показники діяльності цедента за підсумками визначеного періоду. Метою непропорційного перестраховання є захист фінансових інтересів цедента, що можуть бути залежні від впливу малої кількості надзвичайно великих збитків або великої кількості дрібних і середніх збитків. Відповідно до цього одержали розвиток два види договорів непропорційного перестраховання – договори перестраховання перевищення збитку (ексцедента збитку) і договори перестраховання перевищення збитковості (ексцедента збитковості).

Договори перестраховання ексцедента збитку використовуються в тому випадку, коли цедент прагне до забезпечення фінансової рівноваги страхових операцій у цілому, що може бути порушена виплатами в особливо великих розмірах по деяких ризиках *страхового портфеля*. В умовах договору повинні бути перераховані конкретні ризики страхового портфеля, що підлягають перестрахованню. У договорі встановлюється межа максимальної участі цедента у покритті збитку (**пріоритет цедента**) і участь перестраховика (ексцедент).

Перестраховик бере участь у покритті збитку, що перевищує пріоритет цедента, але в межах свого обговореного ліміту участі.

У договорі ексцедента збитку може здійснюватися покриття кожного окремого ризику («по ризику») або наслідків *кумуляції збитків* (серії ризиків), викликаних настанням однієї події («по події»).

За першим ексцедентом збитку може впливати другий ексцедент, що визначається потребами передавальної компанії»

Якщо існує необхідність одержати значний перестраховальний захист для портфеля з необмеженою відповідальністю, досить часто укладають кілька послідовних договорів перестраховання ексцедента збитку, при цьому сума пріоритету і першого ексцедента збитку є пріоритетом для другого ексцедента і так далі. Іншою причиною поділу перестраховання на кілька ексцедентів може бути необхідність у визначенні нижнього рівня, найчастіше підданого збиткам (так зване «робоче покриття») і катастрофічного рівня, що може бути задіяним тільки у випадку надзвичайно великих збитків. Для розміщення кожного з таких видів перестраховання існують різні ринки. Залежно від андерайтерської політики деякі професійні перестраховики віддають перевагу тому або іншому покриттю.

Договори перестраховання ексцедента збитковості охоплюють весь страховий портфель і ставлять метою захист фінансових інтересів цедента від наслідків надзвичайно великої *збитковості*. Договором установлюється граничний **рівень збитковості (stop loss)**, що цедент покриває самостійно. Перестраховик зобов'язується цеденту вирівняти перевищення збитковості понад встановлений у договорі рівень, однак у межах свого ліміту участі (ексцедента).

Перестрахова премія по договорах непропорційного пере-страхування розраховується незалежно від кожного окремого ризику, як фіксована сума для всього перестрахового портфеля. Фактор адміністративних витрат не береться до уваги, перестраховальна комісія цеденту не виплачується.

Розрахунок перестрахової премії по договорах непропорційного перестрахування здійснюється з урахуванням таких факторів:

- за основу для розрахунку береться величина чистої ризикової премії (*нетто-премії*), необхідної для компенсації прогнозованих збитків при перестрахованні;

- застосовується гарантійна надбавка, оскільки по договорах непропорційного перестрахування показники збитковості щорічно підпадають під ряд істотних змін. Рівень такої гарантійної надбавки залежить від виду страхування, пріоритету цедента, границі відповідальності перестраховика і т.ін.;

- розрахунок перестрахової премії здійснюється виходячи з її достатності для покриття додаткових витрат, оплачуваних перестраховиком, таких як брокерська комісія, податки і т.ін.;

- враховуються витрати перестраховика на можливу ретроспекцію.

У деяких випадках альтернативою перестрахованню може стати співстрахування.

Співстрахування – страхування, при якому два або більше страховиків беруть участь у визначених частках у страхуванні того самого ризику, видаючи спільний або окремі страхові поліси (кожний на страхову суму в межах своєї частки).

Договір співстрахування містить положення, що визначають права й обов'язки кожного страховика. На практиці інтереси всіх співстраховиків перед страхувальником може представляти один з учасників. Страховик, що бере участь у співстрахуванні в меншій частці, порядковується умовам страховика, що має велику частку участі в покритті ризику.

Значне місце в співстрахуванні посідають організації, що звуться пулами.

Пул – це добровільне об'єднання страховиків з метою співстрахування або перестраховування значних ризиків

Участь у пулі передбачає, що страховики самостійно визначають суму своєї відповідальності щодо ризиків, а частину, що залишилася, передають до пулу на визначених умовах.

Перестраховий пул є, свого роду, посередником, що розподіляє передані до перестраховання ризики між своїми учасниками. Найважливішою рисою перестрахових пулів є їхня велика місткість страхового ринку. Подібні об'єднання дозволяють страховикам приймати на страхування значні суми ризиків, не виходячи за рамки вітчизняного ринку.

Перестрахові пули бувають таких видів:

1. Ринковий пул. Створюється як об'єднання страхових компаній, що діють на національному або міжнародному ринку для прийняття катастрофічних ризиків або ризиків нових видів (наприклад, ядерних ризиків).

2. Централізований пул. Створюється на державній основі з метою запобігання відтоку значного обсягу коштів у виді перестрахових премій закордонним перестраховикам. У цьому випадку страхові компанії, які ведуть діяльність на території даної держави, зобов'язані передати до централізованого пулу для перестраховання всі ризики або їх частки.

3. Андеррайтерський пул. Створюється страховими компаніями, які не мають достатнього досвіду в страхуванні визначених ризиків. У цьому випадку доцільним вважається об'єднання з більше досвідченими компаніями, які мають велику місткість з метою підвищення конкурентноздатності.

Пул, створений на базі співстрахування (**страховий пул**), відрізняється від перестрахового пула тим, що в полісі, який видається страхувальнику, вказується перелік членів пула, які беруть участь у страхуванні визначеного ризику, а також частка кожного учасника в страховій сумі.

Кожний з учасників пула бере участь як у тих ризиках, що він сам прийняв і передав до пулу, так і в інших ризиках, переданих до пулу іншими учасниками. Це дає можливість кожному учасникові збільшити кількість ризиків, прийнятих на страхування, поліпшити структуру страхового портфеля, зменшити імовірність кумуляції ризиків.

На принципи організації страхового пула впливають такі фактори:

- мета і задачі створення;
- специфіка ризиків, для страхування яких створюється пул;
- особливості національної економіки, правова і нормативна база, яка регулює діяльність пулів у тій або іншій державі.

За допомогою страхових і перестрахових пулів вирішуються такі основні задачі:

- за рахунок об'єднання фінансових ресурсів страховиків створюються умови для страхування катастрофічних і унікальних ризиків;

- збільшується фінансова стійкість страховиків, підвищуються гарантії виконання страховиками своїх зобов'язань перед страхувальниками.

Особливо важливим є створення страхових і перестрахових пулів для країн з невеликою місткістю національного страхового ринку. В Україні на сьогоднішній день зареєстровані такі об'єднання страховиків як Ядерний пул (*страхування ядерних ризиків*), Авто-каска пул (*страхування транспортних засобів*), до якого ввійшли страховики, що спеціалізуються в даних галузях.

Український страховий бізнес нині представлений страховими компаніями з не більш ніж десятирічним досвідом роботи в умовах ринку. Потреби в покритті ризиків в українській економіці ростуть швидше, ніж статутні фонди страховиків. Необхідність прийняття на страхування деяких видів ризиків (авіаційних, космічних і т.д.) диктує також необхідність перестраховування їх за кордоном, оскільки місткість всього українського страхового ринку може бути недостатньо для погашення суми збитку.

Реальна місткість вітчизняного ринку, доступна для перестраховування, оцінюється експертами не більш ніж у 10 млн дол. США. Необхідність роботи з перестраховиками-нерезидентами, таким чином, є об'єктивним фактом. Однак проведення даного процесу ускладнюється, по-перше, тим, що разом з ризиками за рубіж передаються перестрахові платежі у валюті, що негативно позначається на економіці України в цілому, а також невідповідністю порядку і правил проведення перестраховування в Україні і на світовому ринку.

У цьому зв'язку у вітчизняних страховиків є дві альтернативи:

- покупка перестрахового захисту у ведучих закордонних перестраховиків;

- вихід на альтернативні ринки ближнього зарубіжжя (Росія, Прибалтика, Молдова й ін.) і використання всіх внутрішніх резервів.

Показники ринку перестраховування в Україні наведені у додатку В.

Залучення іноземних страховиків і перестраховиків на національний страховий ринок України має безсумнівні переваги, такі як поліпшення якості обслуговування в сфері страхування і перестраховування, передача нових технологій, досвіду; посилення конкуренції між учасниками страхового ринку; вдосконалення регулювання страхової діяльності з боку держави з використанням міжнародного досвіду. Однак не можна не відзначити і труднощі вибору даної стратегії. Вихід на європейські ринки для українських страховиків обмежують такі фактори:

- недостатні фінансові ресурси;
- «закритість» вітчизняного страхового бізнесу, неможливість одержання достовірної і повної інформації про ділового партнера;
- недостатній досвід компаній у керуванні ризиками, відсутність інформаційного і статистичного забезпечення;
- невідповідність українського страхового і перестрахового законодавства світовим нормам.

Таким чином, для більшості малих і середніх українських компаній альтернативою буде або передача ризиків лідируючим вітчизняним страховикам з метою подальшої ретроцесії, або орієнтація на ринки ближнього зарубіжжя.

Слід відмітити, що рішення вітчизняних страховиків орієнтуватися на ринки країн колишнього СНД не випадково. Цьому, безумовно, сприяла ратифікація Україною міжнародних договорів про запобігання подвійного оподаткування. Сучасні страхові ринки країн колишнього СНД мають схожу систему страхування, є більш доступними в плані умов прийому ризиків і тарифів, мають подібні проблеми розвитку. Тому вирішення загальних проблем недоліку місткості страхових ринків за допомогою інтеграції, зближення законодавчих основ страхової діяльності, обміну досвідом економічно виправдано.

Перевагами «місцевого» перестраховування є:

- доступність;
- простий доступ до західних ринків через облігаторні покриття локальних компаній;
- відсутність різних законодавчих перешкод;
- гнучкі ціни й умови перестраховування;
- можливості співстрахування значних ризиків.

Як недолік, звичайно ж, треба зазначити недостатній рівень якості і надійності в порівнянні з зарубіжним.

Відповідно до рішень Кабінету Міністрів України і Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг, укладання договорів перестрахування з перестраховиками-нерезидентами можливо в таких випадках:

- перестраховик-нерезидент має досвід роботи у сфері перестрахування не менше 3 років;
- законодавством країни, де зареєстрований перестраховик-нерезидент, передбачається державний нагляд за страховою (перестраховою) діяльністю;
- перестраховик-нерезидент не порушував страхового законодавства своєї країни.

При укладанні договорів перестрахування за участю перестрахових брокерів страховики зобов'язані вимагати в них копії відповідних посвідчень щодо їхніх повноважень. Перестраховик, що приймає ризики з України, не повинен мати порушень законодавства про страхову діяльність і з питань легалізації доходів, отриманих злочинним шляхом. Відслідковувати виконання вимог повинен Уповноважений орган по нагляду за страховою діяльністю (Держфінпослуг), що буде запитувати необхідну інформацію у зарубіжних наглядових органів.

У тому випадку, якщо обсяги страхових платежів, переданих до перестрахування нерезидентам, перевищують 50% отриманих цедентом з початку календарного року страхових платежів, цедент подає до Уповноваженого органу декларацію за звітний період за формою, установлену Кабінетом Міністрів України. У декларації цедент зобов'язаний надати інформацію про об'єкти страхування, ризики, участь перестрахових посередників та ін. Уповноважений орган має право проводити перевірки страховиків на базі поданих декларацій.

Пріоритетним завданням для України є створення єдиної інформаційної бази з метою зниження фінансових шахрайств у сфері страхування і перестрахування, забезпечення «відкритості» страхового бізнесу. Тільки за наявності і доступності інформації менеджер страхової компанії зможе, зваживши всі «за» і «проти», прийняти кваліфіковане рішення про вибір тієї або іншої стратегії перестрахування.

9.2. Термінологічний словник

Акцепт – згода однієї сторони страхових відносин (страхувальника або страховика) з пропозиціями іншої сторони про укладання договору страхування або перестрахування на умовах, що відповідають цим пропозиціям.

Бордеро – перелік ризиків, прийнятих на страхування у частині, що передається цедентом на перестрахування. Бордеро надсилається цедентом перестраховикові у визначені договором перестрахування терміни. Бордеро бувають попередніми і остаточними.

Кумуляція – а) концентрація страхових ризиків в одній компанії в обсязі, що може призвести до багатьох збитків внаслідок одного страхового випадку; б) зосередження застрахованих об'єктів на одній території, вулиці, будинку, порту, залізничній станції, судні, що в разі одночасного страхового випадку (наприклад, землетрусу) може призвести до порушення фінансової стабільності страховика. Кумуляція має враховуватися при визначенні частини ризику, що залишається на утриманні страховика.

Нетто-премія – частина страхової премії, що формує більшу частку страхового фонду, призначену на страхові виплати.

Перестраховальна комісія – винагорода, яку сплачує перестраховик цеденту за передачу в перестрахування ризиків. За рахунок цих коштів цедент частково компенсує витрати, пов'язані з підготовкою і здійсненням операцій з прийняття ризиків на страхування, а також передачею обумовленої їх частки перестраховикові.

Ретроцесія – повторний процес передачі частки вже перестрахованого ризику. В цьому випадку компанія, що передає, має назву цесіонарій, компанія, що отримує, має назву ретроцесіонер.

Страховий портфель – фактична кількість застрахованих об'єктів або кількість договорів страхування, що відповідає сукупній відповідальності страховика (перестраховика) за всіма діючими полісами.

Страхування ядерних ризиків – вид страхування, який передбачає відшкодування матеріальних збитків або шкоди, заподіяної особі внаслідок радіоактивного впливу, зумовленого непередбаченими обставинами при добуванні, виробництві, зберіганні

й транспортуванні радіоактивних речовин. У світовій практиці застрахованим вважається майно страхувальника і його відповідальність за можливу шкоду третім особам.

Цесія – процес передання застрахованого ризику в пере-страхування.

9.3. Завдання для перевірки знань

1. Перестраховування страховиком України своїх зобов'язань здійснюється у випадку:

- а) коли величина його зобов'язань за окремим ризиком перевищує 50 % сплаченого статутного фонду;
- б) коли величина іноземного капіталу в його статутному фонді перевищує 49%;
- в) коли величина його зобов'язань за окремим ризиком перевищує 10% сплаченого статутного фонду і сформованих страхових резервів;
- г) коли величина іноземного капіталу в його статутному фонді знаходиться на рівні 30%.

2. Укладання угоди перестраховування необхідне, якщо:

- а) страховик має намір знизити безумовну франшизу щодо договору страхування;
- б) страховик приймає на страхування суми ризиків, що перевищують його власні можливості;
- в) страховик не є резидентом України;
- г) страховик займається укладанням угод щодо страхування життя.

3. Процес передачі ризиків між цедентом та перестраховиком – це:

- а) цесія;
- б) тантьєма;
- в) сліп;
- г) бордеро.

4. Критеріями встановлення ліміту власного утримання є:

- а) кількість діючих договорів;
- б) обсяг премій, що надійшли по діючих договорах;

- в) рівень витрат на проведення окремих видів страхування;
- г) усі відповіді правильні.

5. Ліміт власного утримання встановлюється:

- а) за кожним конкретним ризиком;
- б) за всім страховим портфелем;
- в) за визначеним видом страхових ризиків;
- г) вибірково за найбільш невігідними ризиками.

6. Перелік конкретних ризиків, що надходять перестраховику за облігаторним договором перестраховування, – це:

- а) сліп;
- б) бордеро;
- в) цесія;
- г) тантьєма.

7. При передачі ризику на перестраховування комісійну винагороду за безбиткове проходження договорів одержує:

- а) перестраховий брокер;
- б) цедент;
- в) страхувальник.

8. Тантьєма виплачується:

- а) перестраховику за рахунок первинних страхових платежів;
- б) цеденту за рахунок прибутку, отриманого перестраховиком за прийнятими до перестраховування ризиками;
- в) цеденту за рахунок інвестиційного доходу перестраховика;
- г) перестраховику за рахунок інвестиційного доходу цедента.

9. Договори факультативного перестраховування характеризуються:

- а) волею вибору цедента в тім, які ризики й у якій частці передавати до перестраховування;
- б) волею перестраховика визначати свою участь у покритті ризиків;
- в) індивідуальним підходом до встановлення ціни кожного переданого ризику;
- г) усі відповіді правильні.

10. Облігаторна форма перестраховування характеризується:

- а) наявністю зобов'язань цедента щодо передачі визначених ризиків у перестраховування;
- б) залежністю між страховими та перестраховими преміями;

- в) наявністю зобов'язань перестраховика щодо прийняття визначених ризиків в перестраховування;
- г) всі відповіді правильні.

11. До договорів пропорційного перестраховування можна віднести:

- а) квотні;
- б) ексцедента збитку;
- в) ексцедента сум;
- г) ексцедента збитковості.

12. Що означає договір перестраховування з 60% квотою?

- а) цедент залишає 60% кожного ризику;
- б) цедент залишає 40% кожного ризику;
- в) перестраховик приймає 40% кожного ризику;
- г) перестраховик приймає 60% кожного ризику.

13. Ексцедент – це:

- а) сума ризиків, що одержує цедент;
- б) сума ризику, що цедент залишає на власній відповідальності;
- в) сума премії, що сплачується перестраховику;
- г) сума ризику, що перестраховується понад власним утриманням цедента.

14. Стоп-лос – це:

- а) максимальний рівень збитковості, що покривається перестраховиком;
- б) максимальний рівень збитковості, що страховик у стані покрити самостійно;
- в) максимальна частка ризику, передана в перестраховування;
- г) мінімальна величина перестрахової премії.

15. Договір перестраховування перевищення збитків:

- а) охоплює договори страхування, за якими очікується максимальна сума відповідальності цедента;
- б) охоплює договори визначеного виду страхування;
- в) охоплює весь страховий портфель;
- г) усі відповіді правильні.

16. Страховий пул – це:

- а) добровільне об'єднання страховиків з метою співстрахування значних ризиків;

- б) Ліга страховиків України;
- в) об'єднання страховиків на законодавчій основі, регламентоване державою, з метою перестраховування значних ризиків;
- г) правильні відповіді а) і в).

17. Задача

Припустимо, група транспортних ризиків перестрахована цедентом за договором квоти. Використовуючи дані таблиці 20, визначити квоту, яка буде відповідати власним можливостям цедента за даною групою ризиків, та участь сторін у покритті збитків.

Таблиця 20

Показники	Розрахункові дані
Страхова сума ризику 1, тис грн	500
Страхова сума ризику 2, тис грн	350
Страхова сума ризику 3, тис грн	200
Збиток за ризиком 1, тис грн	320
Збиток за ризиком 2, тис грн	120
Збиток за ризиком 3, тис грн	50
Ліміт власного утримання цедента за групою ризиків, тис грн	300

18. Задача

Припустимо, стосовно вогневих ризиків цедент має облігаторний договір ексцедента суми. Частина ризику, що перевищує місткість першого і другого ексцедента, перестрахована факультативно на квотній основі. Використовуючи дані таблиці 21, визначити участь сторін у покритті збитку за договорами перестраховування.

Таблиця 21

Показники	Розрахункові дані
Страхова сума ризику, тис грн.	3800
Власне утримання цедента, тис грн.	400
Кількість ліній 1-го договору ексцеденту суми, од.	5
Кількість ліній 2-го договору ексцеденту суми, од.	3
Збиток за ризиком, % від страхової суми	10
Квота перестраховування, %	45

19. Задача

Припустимо, стосовно ризиків відповідальності на транспорті цедент має договір першого та другого ексцедента збитку.

Використовуючи дані таблиці 22, визначити участь сторін у покритті збитків за договорами першого та другого ексцедента

Таблиця 22

Показники	Розрахункові дані
Пріоритет цедента, тис грн	3000
Перший ексцедент, тис грн (понад пріоритетом)	1800
Другий ексцедент, тис грн	1200
Збиток 1, тис грн	4540
Збиток 2, тис грн	578
Збиток 3, тис грн	5640

20. Задача

Припустимо, портфель цедента у сфері страхування врожаю від несприятливих погодних умов перестраховано в поточному році за договором ексцедента збитковості (стоп лос). Використовуючи дані таблиці 23, визначити участь сторін у покритті поточної збитковості.

Таблиця 23

Показники	Розрахункові дані
Страхові премії, отримані цедентом у поточному році, тис грн	650
Страхові виплати, зроблені цедентом у поточному році, тис грн	880
Стоп лос, %	105
Ліміт відповідальності перестраховика, %	120

9.4. Теми рефератів

1. Тенденції розвитку світового ринку перестраховання.
2. Порівняльна характеристика ринків перестраховання різних країн світу.
3. Проблеми перестраховання ризиків у нерезидентів.
4. Проблеми і перспективи створення страхових та перестрахових пулів в Україні.

Література: [1, 2, 8, 18, 21, 30, 32, 40, 45, 50, 53].

ТЕМА 10. СТРАХОВІ РЕЗЕРВИ

10.1. Теоретичні відомості

Найважливішою особливістю фінансово-господарської діяльності страховика є формування резервних фондів для забезпечення фінансової стійкості страхових операцій і виконання своїх зобов'язань перед страхувальниками.

Страхові резерви відображують величину зобов'язань страховика за укладеними договорами страхування, які не виконані на даний момент часу. Потреба у формуванні страхових резервів обумовлена тимчасовою розкладкою збитку в страхуванні. Метою формування резервних фондів є забезпечення *фінансової стійкості страхових операцій*, а джерелом формування – недовикористана частина нетто-ставок по всіх платежах, що надійшли.

Відповідно до діючого законодавства Українські страховики повинні окремо формувати та використовувати два різних види страхових резервів:

- резерви з ризикових видів страхування;
- резерви з довгострокового страхування життя.

Українські страховики формують свої резерви відповідно до схеми (див. рис. 6).

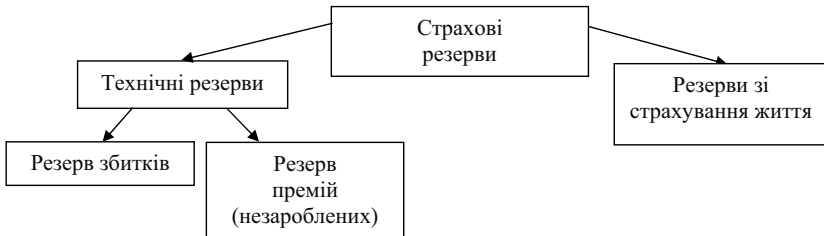


Рисунок 6. Схема формування страхових резервів

Резервні фонди зі страхування життя мають особливий характер, оскільки в довгостроковому страхуванні тимчасова розкладка збитку виражена набагато сильніше, ніж у короткостроковому. Основна частина внесків накопичується протягом тривалого періоду часу, щоб бути виплаченою по закінченні терміну дії договору. У зв'язку з цим запасні фонди по страхуванню жит-

тя прийнято називати **резервами внесків (платежів)**. Основними джерелами формування резерву внесків є накопичувальний елемент нетто-ставки, а також відсоток інвестиційного прибутку, отриманого за рахунок використання засобів резервів. Крім того, у резерв внесків може направлятися частина внесків ризикового характеру, якщо ризик має тенденцію зміни в часі, а тариф розрахований як середній.

Наприклад, при утворенні резерву внесків по змішаному страхуванню життя, в нього повинні бути перераховані цілком нетто-ставка на дожиття і частина нетто-ставки на випадок смерті, що перевищує потреби у виплатах по випадках смерті. З часом вік страхувальника збільшується, росте й імовірність смерті. З того моменту, як ця імовірність перевищить закладену в тарифі, виплати по випадках смерті частково будуть покриватися за рахунок резерву внесків.

Резерви внесків по довгостроковому страхуванню життя є основним джерелом фінансування інвестиційної діяльності страховика. Це обумовлено тривалими термінами їх збереження і значною величиною. Використання засобів резерву внесків у комерційній діяльності дає страховику можливість значно знижувати страхові внески шляхом обліку майбутнього доходу при калькуляції тарифної ставки.

Резервні фонди формуються на основі заздалегідь передбаченого в тарифній ставці фонду виплат, тобто нетто-ставки. Фактичний обсяг виплат порівнюється з фондом виплат, сформованим на основі платежів, що надійшли; у тому випадку, якщо фонд виплат більший, ніж фактична сума виплат, різниця надходить у запасний фонд. Якщо ж фактичні виплати перевищили фонд виплат, частина засобів надходить із запасних фондів.

За таким принципом утворюється і резерв платежів зі страхування життя, однак у зв'язку з особливим характером договірних відносин по цьому виду страхування, норматив фонду виплат являє собою сукупність двох нормативів:

- нормативу поточних виплат;
- нормативу відкладених виплат (резерву платежів).

Обсяг нормативного фонду виплат (у тому числі і резерву платежів) визначається по закінченні звітного періоду на підставі суми платежів, що надійшли. Якщо нормативна сума фонду виплат більша, ніж фактична, різниця перераховується в резерв

платежів. Крім того, щокварталу сума нормативного фонду виплат по резерву платежів перераховується на спеціальний рахунок. Через кожні 5 років суми резерву платежів, що числяться на балансі, уточнюються за даними інвентаризації особових рахунків застрахованих осіб.

Страхові компанії, що займаються ризиковими видами страхування, формують **технічні резерви**. Відповідно до статті 31 Закону України “Про страхування”, всі українські страховики зобов’язані формувати і вести облік таких видів резервів по ризикових видах страхування:

- резерву премій (резерву незароблених премій) по договорах страхування, термін яких не минув на поточну дату;
- резерву збитків (зарезервовані невикладені суми страхових відшкодувань по заявлених вимогах страховальників).

Страховики формують технічні резерви окремо за кожним видом ризикового страхування.

Страховики Європейського Союзу формують технічні резерви в такому складі:

- резерв незароблених премій;
- резерв катастроф;
- резерв коливань збитковості.
- резерв збитків заявлених, але неурегульованих;
- резерв збитків що відбулися, але не заявлені.

Схема формування технічних резервів страховиками ЄС представлена на рисунку (див. рис.7).

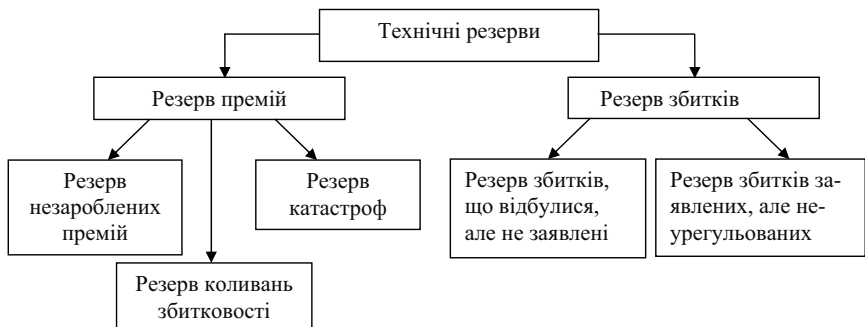


Рисунок 7. Схема формування технічних резервів страховиками ЄС

Резерв збитків – це частина технічних резервів, що формується страховиком, виходячи з того, що на практиці збитки по застрахованих ризиках найчастіше оплачуються не відразу після настання страхового випадку, а протягом деякого часу.

Процес одержання страхової виплати можна розбити на такі етапи:

1. Настання страхового випадку. Розмір збитків не відомий, заява не отримана.

2. Отримано заяву страхувальника. У журналі реєстрації фіксується страхова сума за даним договором.

3. Експертами визначаються обставини здійснення страхового випадку і розмір збитку.

4. Розрахунок зі страхувальником відповідно до суми понесеного збитку.

Таким чином, на практиці між настанням страхового випадку і страховою виплатою проходить визначений час.

Резерв збитків у світовій практиці поділяється на *резерв заявлених, але неурегульованих збитків* і *резерв збитків що відбулися, але не заявлені*.

Резерв премій формується виходячи з двох можливих типів коливання поточної збитковості щодо планового значення, передбаченого нетто-ставкою:

– щорічні коливання в межах нормального статистичного відхилення;

– піки збитковості катастрофічного характеру при досить стійкому середньому рівні збитковості.

Виходячи з цього можливе формування двох додаткових видів резервів: *резерву коливань збитковості* і *резерву катастроф*.

Резерв незароблених премій по своїй суті є не резервом у буквальному значенні слова, а статтею обліку і розподілу отриманих страхових премій між суміжними звітними періодами.

Це зв'язано з тим, що страхові премії по договорах, як правило, сплачуються авансом за весь період дії договору, що не завжди збігається з границями звітного періоду.

Поняття незаробленої премії впливає з зіставлення звітного періоду діяльності страховика і дії конкретного договору страхування. Під **незаробленою премією** розуміють частину страхової премії, що надійшла за діючим у звітному періоді договором

страхування, яка відноситься на частину договору, що виходить за рамки звітного періоду.

Існують різні методики розрахунку величини резерву незароблених премій:

- метод “1/365”;
- метод “1/24”, “1/12”, “1/8”;
- метод “плаваючих кварталів” (“1/4”);
- метод “40%”.

Застосування тієї або іншої методики залежить від структури страхового портфеля.

Найбільш точно визначає величину необхідного резерву незароблених премій метод “1/365”. Відповідно до методу базова ставка премії по договорах групується по даті виникнення відповідальності страховика, періодичності сплати страхових премій і терміну дії договору. Даний метод застосовується у випадку, якщо терміни сплати премії розподіляються в часі довільно і не збігаються з початком місяця, року, кварталу.

Незароблена премія обчислюється по кожному і-му договору відповідно до формули:

$$НПi = \frac{[(Mi - Ni) * Pi]}{M_i},$$

де P_i – страхова премія за і-м договором страхування;

M_i – термін дії і-го договору страхування у днях;

N_i – кількість днів, що минули з моменту початку договору, до звітної дати.

Таким чином, сумарна величина резерву незароблених премій може визначатися страховиком на будь-яку звітну дату як сума незароблених премій за кожним окремим договором.

Приклад: У звітному періоді діють три договори страхування. Дія першого договору – з 1 січня по 31 грудня. Страхова премія надійшла 1 січня і склала 300 грн. Термін дії другого договору – з 31 березня по 31 грудня. Страхова премія надійшла 31 березня і склала 600 грн. Термін дії третього договору – з 30 квітня по 1 вересня. Страхова премія надійшла 30 квітня і склала 400 грн. Розрахувати резерв незароблених премій і суму премій, яку можна вважати заробленою на 1 липня методом «1/365».

1) Загальний термін дії договорів у днях:

$M_1 = 365$ (кількість днів з 1 січн. до 31 груд.);

$M_2 = 275$ (кількість днів з 31 березня до 31 груд.);

- $M_3 = 123$ (кількість днів з 30 квіт. до 1 верес.);
- 2) Число днів з моменту вступу в дію договорів до звітної дати:
 $N_1 = 181$ (кількість днів з 1 січн. до 1 липня);
 $N_2 = 91$ (кількість днів з 31 березня до 1 липня);
 $N_3 = 61$ (кількість днів з 30 квіт. до 1 липня);
- 3) Незароблена премія по договорах на звітну дату:
 $НП_1 = 300 \cdot (365 - 181) / 365 = 151,23$;
 $НП_2 = 600 \cdot (275 - 91) / 275 = 401,46$;
 $НП_3 = 400 \cdot (123 - 61) / 123 = 201,63$;
- 4) Загальна величина резерву незароблених премій по трьох договорах на звітну дату (1 липня):
 $РНП = 151,23 + 401,46 + 201,63 = 754,32$ (грн.);
- 5) Сума премій, яку можна вважати заробленою:
 $ЗП = (300 + 600 + 400) - 754,32 = 545,68$ (грн.).

У страхових компаніях, де щомісячний дохід від премій не однаковий, розрахунок резерву незароблених премій проводиться методом «1/24». Відповідно до методу робиться припущення, що по всіх договорах, укладених протягом даного місяця, страхова премія надходить у середині місяця.

Отримана премія поділяється на 24 частини (2 половини кожного місяця) і розподіляється на термін дії поліса. Тоді зароблена премія в середині поточного місяця складе 1/24 суми премії, а на кінець місяця вона складе 1/12. Таким чином, можна установити суму незароблених премій за кожним договором на середину або кінець кожного місяця (а не на будь-яку дату, як у попередньому методі).

Приклад: У звітному періоді діють два договори страхування, укладені терміном на 1 рік. Дія першого договору – з 1 січня, страхова премія надійшла 1 січня і склала 240 грн. Термін дії другого договору – з 20 березня, страхова премія надійшла 20 березня і склала 480 грн. Розрахувати резерв незароблених премій і суму премій, яку можна вважати заробленою на 31 грудня методом «1/24».

Розподіл премії за першим договором на кінець кожного поточного місяця матиме вигляд (див. табл. 24).

Таблиця 24

Місяць	Незароблена премія	Зароблена премія
Січень	$23/24 * 240 = 230$	$1/24 * 240 = 10$
Лютий	$21/24 * 240 = 210$	$3/24 * 240 = 30$
Березень	$19/24 * 240 = 190$	$5/24 * 240 = 50$
Квітень	$17/24 * 240 = 170$	$7/24 * 240 = 70$
.....
Листопад	$3/24 * 240 = 30$	$21/24 * 240 = 210$
Грудень	$1/24 * 240 = 10$	$23/24 * 240 = 230$

Таким чином, на 1 січня резерв незароблених премій за 1-м договором буде дорівнювати 0, оскільки термін його дії закінчиться; всю премію, що надійшла, на 31 грудня можна буде вважати заробленою.

Розподіл премії за другим договором на кінець кожного поточного місяця матиме вигляд (див табл. 25):

Таблиця 25

Місяць	Незароблена премія	Зароблена премія
Березень	$23/24 * 480 = 460$	$1/24 * 480 = 20$
Квітень	$21/24 * 480 = 420$	$3/24 * 480 = 60$
Травень	$19/24 * 480 = 380$	$5/24 * 480 = 100$
.....
Листопад	$7/24 * 480 = 140$	$17/24 * 480 = 340$
Грудень	$5/24 * 480 = 100$	$19/24 * 480 = 380$

Таким чином, на 31 грудня резерв незароблених премій за 2-м договором дорівнює 100грн, оскільки термін дії договору ще не закінчився. Заробленою на звітну дату можна вважати суму премії 380 грн.

Резерв незароблених премій по двох договорах на звітну дату складе 100 грн. Зароблені премії складуть: ЗП = $380 + 240 = 620$ грн.

Наведені приклади є схемою, що ілюструють процес перетворення отриманої страхової премії в зароблену. Справа в тім, що на практиці страхова компанія обслуговує одночасно десятки або сотні договорів, терміни висновку яких не збігаються між собою. У цих умовах визначення заробленої і незаробленої премії, виходячи з дати висновку кожного договору, буде супроводжуватися великою кількістю розрахунків. Тому на практиці страховики часто використовують менш точні спеціальні методи, такі як «1/4» або «40%», «36%» і т.п.

При застосуванні методу «1/4» (або методу « плаваючих кварталів») по всіх договорах, укладених на 1 рік, страхові премії групують поквартально. Таким чином, датою надходження премії вважається початок кварталу незалежно від реальної дати її надходження.

Оскільки рік складається з чотирьох кварталів, то для договорів, укладених у першому кварталі, на кінець року вся премія, що надійшла, буде заробленою. Для договорів, укладених у другому кварталі, на кінець року заробленою буде $\frac{3}{4}$ премії, що надійшла, а незаробленою – $\frac{1}{4}$. Для договорів, укладених у третьому кварталі, на кінець року буде заробленою – $\frac{1}{2}$ частина премії, незаробленою – теж $\frac{1}{2}$. Для договорів, укладених у четвертому кварталі, на кінець року буде заробленою – $\frac{1}{4}$ частина премії, незаробленою – $\frac{3}{4}$.

Даний метод, відповідно до Закону України “ Про страхування”, застосовується вітчизняними страховиками для розрахунку резерву незароблених премій. При цьому величина РНП на звітну дату визначається в такому порядку:

1) сума премій, які надійшли у першому кварталі з трьох, що передують звітній даті, збільшується на $\frac{1}{4}$;

2) сума премій, які надійшли у другому кварталі з трьох, що передують звітній даті, збільшується на $\frac{1}{2}$;

3) сума премій, які надійшли у третьому кварталі з трьох, що передують звітній даті, збільшується на $\frac{3}{4}$;

4) отримані добутки додаються; премії, отримані за перший квартал звітного періоду, вважаються заробленими.

$$РНП = 1/4 П_1 + 1/2 П_2 + 3/4 П_3..$$

Приклад: У звітному періоді діють чотири договори страхування, укладені на 1 рік. Дія першого договору – з 1 лютого. Страхова премія – 300 грн. Термін дії другого договору – з 20 травня. Страхова премія склала 400 грн. Термін дії третього договору – з 3 жовтня. Страхова премія склала 500 грн. Термін дії четвертого договору – з 20 листопада. Страхова премія склала 700 грн. Розрахувати резерв незароблених премій і суму премій, яку можна вважати заробленою на 31 грудня методом «1/4».

Відповідно до методу «1/4» премії, що надійшли в першому кварталі, на 31 грудня можна вважати заробленими:

$$П_0 = 300 \text{ грн.}; НП_1 = 0 \text{ грн.}$$

Премії, що надійшли в другому кварталі, на 31 грудня зароблені на $\frac{3}{4}$, тобто незароблених премій – $\frac{1}{4}$:

$$\text{НП}_1 = \frac{1}{4} * 400 = 100 \text{ грн.}$$

Премії, що надійшли в третьому кварталі, на 31 грудня зароблені на $\frac{1}{2}$, тобто незароблених премій – $\frac{1}{2}$. Однак у третьому кварталі не надходило премій по укладених договорах. Отже:

$$\text{НП}_2 = 0 \text{ грн.}$$

Премії, що надійшли в четвертому кварталі, на 31 грудня зароблені на $\frac{1}{4}$, тобто незароблених премій – $\frac{3}{4}$:

$$\text{НП}_3 = \frac{3}{4} * (500 + 700) = 900 \text{ грн.}$$

Таким чином, по всіх діючих у звітному періоді договорах на 31 грудня:

$$\text{РНП} = 100 + 0 + 900 = 1000 \text{ грн.}$$

Зароблені премії:

$$\text{ЗП} = (300 + 400 + 500 + 700) - \text{РНП} = 1900 - 1000 = 900 \text{ грн.}$$

Якщо страховий портфель компанії містить уніфіковані договори страхування з невизначеними датами закінчення терміну дії, договори укладені приблизно на той самий термін і премії по них надходять регулярно, для розрахунку резерву незароблених премій можуть бути використані **методи «40%»**, **«36%»** і т.п.

Ці методики засновані на тім, що дата укладання договору і надходження премії не має значення. Передбачається, що всі договори укладені терміном на 1 рік у середині звітного періоду. Таким чином, резерв незароблених премій на кінець звітного періоду складе половину нетто-премії. При цьому береться до уваги, що *навантаження* (витрати на ведення справи) складають, приміром, 20% страхового тарифу. Отже, нетто-премія складе 80% отриманої суми премії. У цьому випадку величина РНП на кінець року визначається за кожним договором у розмірі 40% від базової премії на звітну дату (половина нетто-премії).

За умовами попереднього прикладу:

Загальна сума премій на 31 грудня:

$$\text{П} = 300 + 400 + 500 + 700 = 1900 \text{ грн.}$$

$$\text{РНП} = 1900 * 0,4 = 760 \text{ грн.}$$

Зароблені премії: $\text{ЗП} = 1900 * 0,6 = 1140 \text{ грн.}$

Якщо припустити, що навантаження складає 28% тарифної ставки, то на нетто-ставку залишиться 72%. Половина нетто-премій на кінець року тоді складе 36% премій, що надійшли, і т.п.

Відповідно до статті 30 Закону України «Про страхування», страховики мають право з метою забезпечення додаткової платоспроможності за рахунок нерозподіленого прибутку створювати **вільні резерви**, величина яких не пов'язана з зобов'язаннями по конкретних договорах страхування. Кошти вільних резервів та нерозподіленого прибутку складають **гарантійний фонд страховика**.

Для забезпечення виконання зобов'язань по деяких видах обов'язкового страхування страховики мають право створювати *централізовані резервні фонди* і засновувати органи, що здійснюють керування даними фондами. Джерелами створення таких фондів можуть бути відрахування з надходжень страхових премій, власні засоби страховика, а також доходи від розміщення засобів централізованих резервних фондів.

Необхідний обсяг резервних фондів обумовлений об'єктивними вимогами забезпечення фінансової стійкості страхових операцій. У зв'язку з тим, що перестраховування дозволяє вирівнювати ризики і підвищувати фінансову стійкість страхового портфеля, його використання дозволяє значно зменшити обсяг запасних фондів.

10.2. Термінологічний словник

Навантаження – частка страхового тарифу (брутто-ставки), що відповідає за формування тієї частини премії та, відповідно, тієї частини страхового фонду, що призначена на покриття накладних витрат страховика. До складу навантаження включають нормативи для обчислення частки заробітної плати штатним співробітникам компанії, частки витрат на збут, частки адміністративних витрат тощо. До складу навантаження також включають норматив для формування прибутку страховика від проведення страхових операцій. Частка навантаження залежить від конкретного виду страхування і не перевищує 50% страхового тарифу.

Нетто-ставка – частка страхового тарифу (брутто-ставки), що відповідає за формування тієї частини премії та, відповідно, тієї частини страхового фонду, яка призначена на страхові виплати.

Резерв збитків заявлених, але неурегульованих – формується для забезпечення виплат по страхових випадках, що мали місце у звітному або попередньому періодах, про факт настання яких уже було заявлено страховику у встановленому порядку, але виплати ще зроблені не цілком або взагалі не зроблені. Обсяг резерву відповідає сумі заявлених збитків за звітний період, збільшеної на суму неурегульованих збитків попереднього періоду і зменшеної на витрати по вже сплачених збитках. Якщо збиток заявлений, однак його точна сума ще не встановлена, резервується максимально можлива сума відповідальності в межах страхової суми.

Резерв збитків що відбулися, але не заявлені – формується у зв'язку з можливими виплатами по страхових випадках, що настали, про факт настання яких ще не було заявлено страховику у встановленому порядку на звітну дату. Достатній обсяг резерву на практиці встановити складно, однак портфель страховика може містити такі договори страхування, по яких може очікуватися виявлення збитку протягом тривалого часу після факту настання страхового випадку. Прикладом є договори страхування професійної відповідальності або відповідальності виробника за якість продукції. Тому, величину даного резерву страховик визначає на практиці самостійно, виходячи зі структури страхового портфеля і наявних статистичних даних.

Резерв коливань збитковості – створюється для компенсації витрат на здійснення виплат у випадку, якщо зменшення збитковості в поточний період перевищує середній рівень, що був покладений в основу розрахунку тарифу. В роки успішної діяльності резерв поповнюється за рахунок прибутку від страхової діяльності. В збиткові роки засоби вилучаються на покриття витрат на проведення страхових операцій.

Резерв катастроф – створюється звичайно з метою забезпечення страхових виплат на випадок великомасштабних катастроф або промислових аварій, у результаті чого страхові виплати можуть значно перевищити середню величину збитковості, закладену в тарифах. Формується страховиками, портфель яких містить договори високоризикового страхування. Формування такого резерву в необхідних обсягах може бути непосильне одному страховику, тому резерв катастроф може створюватися різного роду об'єднаннями страховиків.

Централізовані резервні фонди – фонди, що утворюються Моторним транспортним (страховим) бюро України та іншими подібними організаціями для забезпечення платоспроможності страховиків, що здійснюють деякі види страхування; формуються за рахунок внесків страховиків – членів цих організацій.

10.3. Завдання для перевірки знань

1. Величина страхового внеску зі страхування життя залежить від:

- а) віку застрахованої особи;
- б) прибутку, що отримує страховик від інвестування коштів резервів зі страхування життя;
- в) страхової суми за договором;
- г) усі відповіді правильні.

2. Страхові резерви відображають...

- а) величину власного капіталу страховика;
- б) величину страхових виплат, що здійснив страховик у поточному періоді;
- в) зобов'язання страховика за договорами, що не виконані на звітну дату;
- г) суму премій, що отримав страховик за договорами страхування життя.

3. Засоби страхових резервів формуються за допомогою:

- а) власних коштів страховика;
- б) кредитних ресурсів;
- в) надходжень страхових премій і внесків;
- г) усі відповіді неправильні.

4. Резерви, що формуються страховиком за договорами ризикового страхування, мають назву...

- а) математичні;
- б) технічні;
- в) вільні;
- г) катастрофічні.

5. До резерву збитків відносять:

- а) суми страхових виплат за претензіями, що неврегульовані на звітну дату;

б) суми страхових виплат, що були здійснені у звітному періоді;

в) збитки страховика у поточному періоді;

г) витрати страховика на утримання компанії.

6. Складовими технічних резервів є:

а) резерв збитків;

б) резерв катастроф;

в) резерв коливань збитковості;

г) резерв незароблених премій;

д) всі відповіді правильні.

7. Незароблена премія – це:

а) частина страхової премії, що відноситься до витрат майбутніх періодів;

б) частина страхового відшкодування, сплаченого за договором страхування;

в) частина резерву збитків;

г) усі відповіді неправильні.

8. Метод „1/365” дозволяє розрахувати зароблені премії ...

а) на кінець (початок) року;

б) на кінець (початок) кожного місяця;

в) на кінець (початок) кожного кварталу;

г) на будь-яку дату.

9. Метод „1/24” дозволяє розрахувати зароблені премії ...

а) на кінець (початок) року;

б) на кінець (початок) кожного місяця;

в) на кінець (початок) кожного кварталу;

г) на будь-яку дату.

10. Метод „1/4” дозволяє розрахувати зароблені премії ...

а) на кінець (початок) року;

б) на кінець (початок) кожного місяця;

в) на кінець (початок) кожного кварталу;

г) на будь-яку дату.

11. Вільні резерви – це...

а) частина технічних резервів;

б) частина резерву премій;

в) частина резерву збитків;

г) усі відповіді неправильні.

12. Гарантійний фонд страховика – це...

- а) зобов'язання страховика за договорами страхування;
- б) статутний капітал страхової компанії;
- в) сума вільних резервів та нерозподіленого прибутку;
- г) сума страхових резервів та інших зобов'язань страховика.

13. Задача

Припустимо, у звітному періоді (з 1.01.06 по 31.12.06) діють 4 договори з певного виду ризикового страхування. У таблиці наведені показники щодо сум страхових премій, отриманих страховиком у звітному періоді, та терміну дії даних договорів. Використовуючи дані таблиці 26, розрахувати резерв незароблених премій і суму премій, яку можна вважати заробленою на 31 грудня методом «1/4».

Таблиця 26

1-й договір	Термін дії	з 15.03.06 по 15.03.07
	Страхова премія, грн	300
2-й договір	Термін дії	з 10.04.06 по 10.04.07
	Страхова премія, грн	400
3-й договір	Термін дії	з 13.06.06 по 13.06.07
	Страхова премія, грн	500
4-й договір	Термін дії	з 20.11.06 по 20.11.07
	Страхова премія, грн	700

14. Задача

Припустимо, у звітному періоді (з 1.01.06 по 31.12.06) діють 3 договори з певного виду ризикового страхування. У таблиці наведені показники страхового портфелю щодо сум страхових премій, отриманих страховиком у звітному періоді, та терміну дії даних договорів. Використовуючи дані таблиці 27, розрахувати резерв незароблених премій і суму премій, яку можна вважати заробленою на звітну дату методом «1/365».

Таблиця 27

1-й договір	Термін дії	з 31.01.06 по 31.12.06
	Страхова премія, грн	350
2-й договір	Термін дії	з 1.03.06 по 31.12.06
	Страхова премія, грн	450
3-й договір	Термін дії	з 30.04.06 по 31.10.06
	Страхова премія, грн	200
Звітна дата		1.07.06

15. Задача

Припустимо, у звітному періоді (з 1.01.06 по 31.12.06) діють 3 договори з певного виду ризикового страхування, укладені на 1 рік. У таблиці наведені показники страхового портфеля щодо сум страхових премій, отриманих страховиком у звітному періоді, та терміну дії даних договорів. Використовуючи дані таблиці 28, розрахувати резерв незароблених премій і суму премій, яку можна вважати заробленою на звітну дату методом «1/24».

Таблиця 28

1-й договір	Термін дії	з 11.02.06 по 11.02.07
	Страхова премія, грн	550
2-й договір	Термін дії	з 15.03.06 по 15.03.07
	Страхова премія, грн	340
3-й договір	Термін дії	з 25.05.06 по 25.05.07
	Страхова премія, грн	450
Звітна дата		31.12.06

10.4. Теми рефератів

1. Особливості формування резервів зі страхування життя за допомогою актуарних розрахунків.
2. Методика розрахунку тарифних ставок зі страхування життя за допомогою таблиць демографічної статистики.
3. Одноразові та річні внески зі страхування життя. Коефіцієнт розстрочки.

Література: [1, 3, 19, 20, 23, 49, 50, 51, 53]

ТЕМА 11. ДОХОДИ ТА ВИТРАТИ СТРАХОВИКА

11.1. Теоретичні відомості

Грошовий обіг страховика містить у собі два відносно самостійних грошових потоки:

- оборот коштів, що забезпечують страховий захист;
- оборот коштів, пов'язаних з організацією страхової справи.

Перший потік має ризиковий характер, оскільки він зв'язаний з виплатами за страховими випадками, що настали. Визначаючи величину нетто-тарифу, страховик закладає в нього очікувану величину страхових виплат. Можлива невідповідність між очікуваним і фактичним збитком вимагає формування запасних резервних фондів. Ризиковий характер грошового обігу, пов'язаного зі страховим захистом, обумовлює також підвищені вимоги до фінансової надійності страховика.

У відповідності до Додатка №1 до фінансової звітності страховика „Звіт про доходи та витрати страховика” виділяються такі групи доходів:

1. Дохід від реалізації послуг з видів страхування інших, ніж страхування життя.
2. Дохід від реалізації послуг зі страхування життя.
3. Дохід від надання послуг для інших страховиків та інших послуг.
4. Інші *операційні* доходи.
5. *Фінансові* та інші доходи, надзвичайні доходи.

Під доходом від реалізації послуг з видів страхування інших, ніж страхування життя, розуміють зароблені страхові премії, які обчислюються:

$$ДР = СП - ЧП + РНПп - РНПК - ЧПРп + ЧПРк,$$

де СП – страхові премії (внески) за договорами, іншими, ніж страхування життя, в тому числі від філій та від перестраховальників;

ЧП – частки страхових премій, належні перестраховикам;

РНПп – резерви незароблених премій та залишки страхових платежів з державного обов'язкового страхування на початок звітного періоду;

РНПК – резерви незароблених премій та залишки страхових платежів з державного обов'язкового страхування на кінець звітного періоду;

ЧПРп – частка перестраховиків у резервах незароблених премій на початок звітного періоду;

ЧПРк – частка перестраховиків у резервах незароблених премій на кінець звітного періоду.

Дохід від реалізації послуг зі страхування життя обчислюється таким чином:

$$ДЖ = СП - ЧП + СПР - ВР,$$

де СП – страхові премії (внески) за договорами зі страхування життя;

ЧП – частки страхових премій, належні перестраховикам;

СПР – суми, що повертаються з резервів зі страхування життя;

ВР – відрахування у резерви зі страхування життя.

Дохід від надання послуг для інших страховиків включає, як правило, суму агентських винагород за надання послуг (виконання робіт), що безпосередньо пов'язані з видами діяльності, зазначеними у статті 2 Закону України „Про страхування”.

До інших операційних доходів відносять:

- суми, що повертаються із технічних резервів інших, ніж резерви незароблених премій;

- суми, що повертаються з резервів зі страхування життя;

- суми, що повертаються з резерву заявлених виплат та резерву інвестиційного доходу;

- частки страхових виплат та відшкодувань, що отримуються від перестраховиків, в тому числі від перестраховиків – нерезидентів;

- частки викупивельних сум, що отримуються від перестраховиків;

- суми, що повертаються з централізованих резервних фондів;

- суми, що отримуються в результаті реалізації переданого страхувальником або іншою особою права вимоги до особи, відповідальної за заподіяні збитки;

- сума комісійних винагород за перестраховання, в тому числі від перестраховиків – нерезидентів.

До групи інших доходів відносять також фінансові доходи, у тому числі:

- доходи від участі в капіталі;
- доходи за *облігаціями*;
- доходи від *депозитів*;
- дивіденди за *акціями*.

Отримання доходів, що не пов'язані безпосередньо зі страховою діяльністю, можливе через *інвестиційну діяльність* страховика, яка базується на наявності тимчасово вільних коштів.

З позиції використання тимчасово вільних коштів ресурси страховика можна розділити на власні і залучені (див. рис. 8).

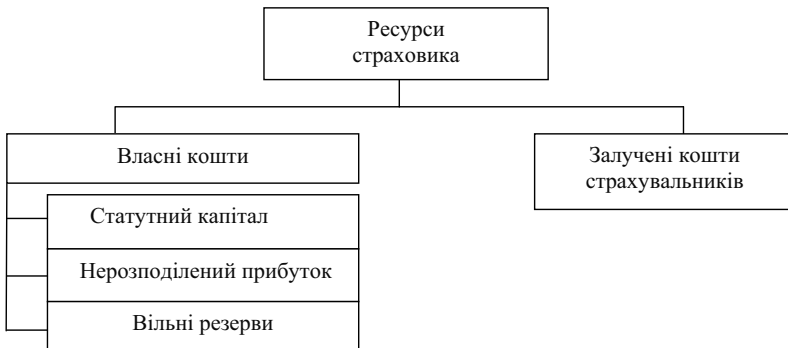


Рисунок 8. Власні і залучені кошти страховика

До власних відносять статутний капітал та гарантійний фонд. До залучених відносять кошти страховальників у вигляді страхових премій.

Можливість використання залучених коштів для інвестицій заснована на імовірному характері грошового обігу, тобто на тому, що з моменту надходження засобів у вигляді страхових премій до страховика до моменту страхової виплати проходить визначений термін. Величина цього терміну залежить, насамперед, від сфери діяльності страховика (ризикове або довгострокове страхування).

Інвестування власних засобів страховика законодавчо не регламентується. Виключення складає статутний капітал. Закон України «Про страхування» вимагає формування статутного капіталу страховиків у грошовій формі. Допускається формування 25% статутного фонду *державними цінними паперами*. Загальний розмір внесків страховика до статутних фондів інших страхови-

ків не може перевищувати 30% його власного статутного капіталу. Забороняється використовувати для формування статутного капіталу засоби, отримані в кредит, під заставу, *нематеріальні активи*.

Стаття 31 закону України «Про страхування» формулює принципи інвестиційної політики страховика: «Засоби страхових резервів повинні розміщатися з урахуванням *принципів безпеки, прибутковості, ліквідності і диверсифікованості* і мають бути представлені *активами* таких категорій:

- грошові кошти на поточному рахунку;
- банківські вклади (депозити);
- валютні вкладення відповідно до валюти страхування;
- нерухомість;
- акції, облігації, іпотечні сертифікати;
- державні цінні папери;
- права вимоги до перестраховиків;
- інвестиції в економіку України за напрямами, визначеними Кабінетом Міністрів України;
- банківські метали;
- кредити страхувальникам-громадянам, що уклали договори страхування життя, у межах викупної суми на момент видачі кредиту і під заставу викупної суми;
- готівка в касі в обсягах лімітів залишків каси, визначених Національним банком України» [1].

Необхідно відзначити, що керування процесом одержання прибутку від інвестиційної діяльності обмежується необхідністю дотримання нормативної структури активів, прийнятих у покриття страхових резервів.

Директивами ЄС визначена наступна структура активів страховика: вкладення в нерухомість – не більш 10% загального обсягу резервів за кожним об'єктом страхування; в *акції, що котируються* та у гарантовані кредити – не більш ніж 10% резервів за кожним з видів даних внесків; інвестиції в небезпечні кредити – не більш 5% за кожним видом; в *акції, що не котируються* – не більш, ніж 10% від сукупності внесків; у готівку – не більш 3% загальної суми резервів [21].

Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг №3104 від 17.12.04р. . «Про затвердження Правил формування, обліку та розміщення страхових резервів за ви-

дами страхування іншими, ніж страхування життя» регламентує наступну структуру активів для технічних резервів страховиків України: «величина окремих категорій активів приймається для представлення технічних резервів і враховується як розміщення технічних резервів в обмежених обсягах (у відсотках до обсягу технічних резервів), а саме:

- грошові кошти на поточних рахунках – не більше 5%;
- банківські вклади (депозити) – не більше 70%, у кожному банку не більше 10%;
- нерухомість – не більше 20%, в кожний окремий об'єкт – не більше 10%;
- права вимоги до перестраховиків – не більше 50%;
- цінні папери, що емітуються державою – не більше 40%;
- цінні папери, що передбачають одержання доходу – не більше 40%, у тому числі: акції українських емітентів, що перебувають в обігу на *фондовій біржі* – не більше 30%, з них в акції одного емітента – не більше 5%;
- облігації українських емітентів, що перебувають в обігу на фондовій біржі – не більше 30%, з них в облігації одного емітента – не більше 5%;
- акції і облігації іноземних емітентів, що перебувають в обігу на фондових біржах, цінні папери іноземних держав – не більше 10%;
- іпотечні сертифікати, визначені законодавством України – не більше 10%, при цьому не більше 2% в іпотечні сертифікати одного емітента;
- інвестиції в економіку України за напрямками, визначеними Кабінетом Міністрів України (постанова від 17.08.02р. №1211) – не більше 15%;
- банківські метали – не більше 10% [22].

До інших доходів страховика, що не пов'язані ні зі страховою, ні з фінансовою діяльністю, можуть відноситись, наприклад, доходи від *індексації основних фондів* і нематеріальних активів, від надання консультаційних послуг, реалізації предметів застави та ін.

Витрати страховика, так само як і доходи, носять подвійний характер. Близько 90% загальної суми витрат страхової компанії припадає на проведення страхових операцій. Іншу групу витрат

(близько 10%) складають витрати, що супроводжують інвестиційну діяльність, а також інші нестрахові операції.

У відповідності до Додатка №1 до фінансової звітності страховика „Звіт про доходи та витрати страховика” виділяються такі групи витрат:

1. Страхові виплати та викупівельні суми.
2. Операційні витрати.
3. Інші витрати, що належать до собівартості реалізованих послуг.
4. Фінансові та інші витрати.

До першої групи витрат відносять страхові суми та відшкодування, що здійснювались у звітному періоді, у тому числі ті, що здійснюються за договорами страхування, термін дії яких на дату прийняття рішення про здійснення страхової виплати закінчився.

До групи операційних витрат відносять:

- відрахування у технічні резерви інші, ніж резерв незароблених премій;
- відрахування у резерви зі страхування життя;
- відрахування у централізовані резервні фонди;
- витрати, пов'язані з укладанням та пролонгацією договорів страхування (аквізиційні), в тому числі агентські винагороди;
- витрати, пов'язані з укладанням та пролонгацією договорів перестраховування, в тому числі винагороди брокерам (резидентам та нерезидентам), комісійні винагороди перестраховальникам (резидентам та нерезидентам);
- витрати, пов'язані з урегулюванням страхових випадків, які сталися у звітному періоді (ліквідаційні), у тому числі на оплату судових затрат, на оплату експертних робіт (аварійних комісарів, установ асистенсу (резидентів та нерезидентів)).

До інших витрат, що належать до собівартості реалізованих послуг, відносять:

- адміністративні витрати (заробітна плата штатному персоналу компанії та інші витрати на утримання компанії);
- витрати на збут (реклама, маркетинг тощо).

До фінансових витрат відносять:

- витрати від участі в капіталі;
- проценти за користування кредитами;
- проценти за випущеними облігаціями;

- дивіденди;
- інші фінансові витрати.

Фінансовий результат від операційної діяльності обчислюється таким чином:

$$\Phi P_{op} = ВП(З) - (АВ + ВЗ) + (ІОД - ІОВ),$$

де ВП(З) – валовий прибуток (збиток);

АВ – адміністративні витрати;

ВЗ – витрати на збут;

ІОД – інші операційні доходи;

ІОВ – інші операційні витрати.

Валовий прибуток (збиток) визначається:

$$ВП(З) = ДР - (ПДВ + А) - СВ - ІВД,$$

де ДР – дохід від реалізації послуг (зароблені премії);

ПДВ – податок на додану вартість;

А – акцизний збір;

СВ – собівартість реалізованих послуг, в тому числі страхові виплати;

ІВД – інші відрахування з доходу.

Фінансовий результат від звичайної діяльності включає результати страхової та інвестиційної діяльності, інших нестрахових операцій:

$$\Phi P_{Зв} = \Phi P_{op} + (ДК - ВК) + (ІФД - ІФВ) + (ІД - ІВ) - ППР_{Зв},$$

де ДК – дохід від участі в капіталі;

ВК – витрати від участі в капіталі;

ІФД – інші фінансові доходи;

ІФВ – інші фінансові витрати;

ІД – інші доходи;

ІВ – інші витрати;

ППР_{Зв} – податок на прибуток від звичайної діяльності.

Чистий прибуток (збиток) страховика обчислюється з урахуванням можливих надзвичайних доходів та витрат:

$$\mathcal{C}П(З) = \Phi P_{Зв} + (НД - НВ) - ПП_{нзв},$$

де НД – надзвичайні доходи;

НВ – надзвичайні витрати;

ПП_{нзв} – податок з надзвичайного прибутку.

Страховики складають податкову декларацію не пізніше 25 числа місяця, що впливає за звітним кварталом. Протягом кварталу (до 20 числа 2-го і 3-го місяців) вони сплачують авансові

платежі до бюджету (за підсумками 1-го і 2-го місяців кварталу). Авансові платежі страховик розраховує самостійно, без подачі податкової декларації. Страховики несуть відповідальність за порушення податкового законодавства у виді штрафних фінансових санкцій.

11.2. Термінологічний словник

Активи матеріальні – майно фізичної чи юридичної особи у вигляді капітальних (нерухомість, устаткування тощо) та фінансових (кредити, цінні папери) засобів.

Активи нематеріальні – активи у вигляді прав користування земельними ділянками, природними ресурсами, патенти, ноу-хау, програмні продукти, монопольні права та привілеї.

Акції – цінні папери без встановленого терміну обігу, що випускаються акціонерними товариствами. А. засвідчує про частку її власника в статутному капіталі компанії та надає право на отримання частки прибутку у вигляді дивідендів.

Акції, що котируються – акції, що включаються в біржовий список торгів (лістинг). Включення в лістинг відбувається на підставі ознайомлення з фінансовим станом емітента та експертної перевірки якості акції на відповідність критеріям, що висуває біржовий комітет. Ціна на акції, що котируються, офіційно та регулярно фіксується на фондовому ринку.

Акції, що не котируються – 1) акції, що не входять до біржового лістингу та не допущені до біржового обороту; 2) акції, вторинний обіг яких лімітується у встановленому порядку.

Депозит – кошти, які надаються фізичними чи юридичними особами в управління резиденту, який є фінансовою організацією згідно із законодавством України, або нерезиденту на визначений термін. Залежно від терміну зберігання депозити поділяються на три групи: до запитання, строкові та ощадні. Найпривабливішими є строкові депозити. За зберігання грошей на внесках банки виплачують відсотки.

Державні цінні папери – цінні папери (державні облігації, казначейські білети), емітентом яких є держава. У результаті випуску д.ц.п. держава отримує грошові кошти, які спрямовуються

на зменшення дефіциту бюджету чи фінансування конкретних проектів.

Диверсифікація – у страхуванні здійснюється з метою зменшення ризику і отримання більшого прибутку шляхом: а) одночасного розвитку кількох, не пов'язаних один з одним видів страхування, розширення страховиком спектра страхових послуг; б) поширення активності страховиків за межі основного бізнесу, що досягається розміщенням активів (із додержанням існуючих нормативів) серед різних, не пов'язаних між собою об'єктів (акції, облігації, нерухомість, банківські депозити).

Інвестиційна діяльність – сукупність операцій по придбанню довгострокових активів, а також короткострокових інвестицій, що не є еквівалентами грошових коштів.

Індексація основних фондів – періодична переоцінка основних фондів з метою доведення їхньої первісної вартості до ринкової.

Облігації – цінні папери, що надають власникові право на отримання періодичних виплат (відсотків). Облігація підтверджує право власника на пред'явлення її до сплати організації, що є емітентом. Дана організація повинна відшкодувати номінальну вартість, що вказана на облігації.

Операційна діяльність страховика – основна діяльність компанії, спрямована безпосередньо на реалізацію страхових послуг.

Принцип безпеки – при розміщенні активів, що забезпечують зворотність засобів у повному обсязі, має бути зведена до мінімуму імовірність інвестиційного ризику.

Принцип ліквідності – структура вкладень має бути такою, щоб у будь-який час активи могли бути перетворені в грошові кошти в мінімальний термін з мінімальними втратами. Максимальну ліквідність має готівка. При здійсненні ризикових видів страхування до ліквідності висуваються більш високі вимоги.

Принцип диверсифікації – розподіл інвестиційного ризику повинен здійснюватися на різні групи активів, щоб забезпечити більш високий ступінь стійкості інвестиційного портфеля страховика.

Принцип (прибутковості) рентабельності – прибуток не є домінуючим чинником, однак дає можливість компанії зберегти свої позиції в умовах конкурентного ринку. Таким чином, активи при їхньому розміщенні повинні приносити постійний дохід, за рахунок якого можуть покриватися збитки від страхової діяльності.

Фінансова діяльність – діяльність, результатом якої є зміни в обсязі та структурі власного і залученого капіталу компанії.

Фондова біржа – установа, метою функціонування якої є забезпечення процесу купівлі-продажу цінних паперів поміж членами біржі, що діють від свого імені чи від імені своїх клієнтів.

11.3. Завдання для перевірки знань

1. Дохід від реалізації послуг з видів страхування інших, ніж страхування життя, визначається залежно від...

- а) страхових премій (внесків) за договорами страхування;
- б) часток премій, належних перестраховикам;
- в) часток страхових виплат, що отримуються від перестраховиків;
- г) комісійних винагород за перестраховування;
- д) обсягу резерву незароблених премій з урахуванням участі перестраховиків.

2. До власних засобів страховика відносять:

- а) нерозподілений прибуток;
- б) вільні резерви;
- в) засоби технічних резервів;
- г) усі відповіді правильні.

3. До складу операційних доходів страховика, що здійснює види страхування інші, ніж страхування життя, входять:

- а) доходи від участі в капіталі;
- б) суми, повернуті з централізованих резервних фондів та резерву збитків;
- в) частки страхових виплат, отримані від перестраховиків, та комісійні за перестраховування;
- г) доходи від депозитів.

4. До фінансових доходів страховика відносять:

- а) комісійні за перестраховування;

- б) доходи від участі в капіталі;
- в) страхові премії (внески);
- г) відсотки за депозитами.

5. Витрати, що зв'язані з укладанням та пролонгацією договорів страхування:

- а) аквізійні;
- б) ліквідаційні;
- в) перестрахові;
- г) фінансові.

6. До операційних витрат страховика відносять:

- а) відрахування в технічні резерви та централізовані резервні фонди;
- б) агентські винагороди;
- в) комісійні перестраховальникам;
- г) витрати від участі в капіталі;
- д) адміністративні витрати.

7. Операційні втрати, пов'язані з урегулюванням страхових випадків, що мали місце у звітному періоді:

- а) ліквідаційні;
- б) аквізійні;
- в) фінансові;
- г) перестрахові.

8. До фінансових витрат страховика відносять:

- а) страхові виплати (відшкодування);
- б) комісійні перестраховальникам;
- в) дивіденди;
- г) відсотки за користування кредитами.

9. Фінансовий результат від звичайної діяльності страховика до оподаткування визначається залежно від...

- а) фінансового результату від операційної діяльності;
- б) доходів та витрат від фінансової діяльності;
- в) інших звичайних доходів та витрат страховика;
- г) усі відповіді правильні.

10. До залучених засобів страховика відносять:

- а) кошти страхових резервів;
- б) нерозподілений прибуток;
- в) статутний капітал;

г) усі відповіді правильні.

11. До зовнішніх зобов'язань страховика відносять:

- а) зобов'язання перед бюджетом;
- б) зобов'язання перед позаштатними співробітниками компанії;
- в) зобов'язання перед іншими страховиками;
- г) усі відповіді неправильні.

12. Принцип ліквідності при розміщенні страхових резервів має на увазі:

- а) повернення розміщених засобів у повному обсязі;
- б) розподіл ризику на різні види вкладень;
- в) наявність високого доходу від інвестицій;
- г) мінімальні втрати при звертанні активів у готівку.

13. Принцип диверсифікації при розміщенні страхових резервів має на увазі:

- а) повернення розміщених засобів у повному обсязі;
- б) розподіл ризику на різні види вкладень;
- в) наявність високого доходу від інвестицій;
- г) мінімальні втрати при звертанні активів у готівку.

14. Принцип рентабельності при розміщенні страхових резервів має на увазі:

- а) повернення розміщених засобів у повному обсязі;
- б) розподіл ризику на різні види вкладень;
- в) наявність доходу від інвестицій;
- г) мінімальні втрати при звертанні активів у готівку

15. Принцип надійності при розміщенні страхових резервів має на увазі:

- а) повернення розміщених засобів у повному обсязі;
- б) розподіл ризику на різні види вкладень;
- в) наявність високого доходу від інвестицій;
- г) мінімальні втрати при звертанні активів у готівку.

16. Задача

Використовуючи дані таблиці 29, розрахувати дохід страховика від реалізації послуг з видів страхування, інших ніж страхування життя на кінець звітного періоду.

Таблиця 29

Показники, тис грн	Розрахункові дані
Страхові премії (внески)	6578,0
Частки страхових премій, сплачені перестраховикам	315,3
Резерв незароблених премій на початок періоду	624,5
Резерв незароблених премій на кінець періоду	1513,8
Частка перестраховиків у резерві незаробл. премій на початок періоду	62,7
Частка перестраховиків у резерві незаробл. премій на кінець періоду	94,3

17. Задача

Використовуючи дані таблиці 30, визначити фінансовий результат від операційної діяльності страховика на кінець звітного періоду:

Таблиця 30

Показники, тис грн	Розрахункові дані
Дохід від реалізації страхових послуг	6578,0
Страхові виплати/відшкодування	2536,1
Податок на додану вартість	–
Акцизний збір	–
Собівартість реалізованих послуг	8,5
Інші операційні доходи	151,8
Адміністративні витрати	62,7
Витрати на збут	14,3
Інші операційні витрати	1,4

18. Задача

Використовуючи дані таблиці 31, визначити фінансовий результат від звичайної діяльності страховика до оподаткування на кінець звітного періоду:

Таблиця 31

Показники, тис грн	Розрахункові дані
Фінансовий результат від операційної діяльності (прибуток)	2106,8
Дохід від участі в капіталі	–
Інші фінансові доходи	475,7
Інші доходи	0,7
Фінансові витрати	2,0
Витрати від участі в капіталі	–
Інші витрати	1,1

11.4. Теми рефератів

1. Система оподаткування страхової діяльності в Україні.
2. Порівняльна характеристика систем оподаткування страхової діяльності різних країн світу.
3. Прибуток страховика і джерела його збільшення.
4. Інвестиційна діяльність страхових компаній в Україні та в країнах Європейського Союзу.

Література: [1, 2, 3, 8, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 27, 50, 53].

ТЕМА 12. ФІНАНСОВА НАДІЙНІСТЬ СТРАХОВИКА

12.1. Теоретичні відомості

Фінансова надійність страхової компанії – здатність страховика зберігати задовільний рівень фінансових показників протягом деякого проміжку часу при можливих несприятливих впливах зовнішнього середовища на фінансові потоки.

Фінансова надійність страхової організації визначається до- сить великою кількістю факторів. Це впливає, насамперед, з дія- льності страховика, що складається з декількох елементів: безпо- середнє проведення страхових операцій, інвестування фінансових ресурсів, здійснення інших звичайних для будь-якого суб'єкта го- сподарювання функцій (фінансування власної діяльності, одер- жання кредитів, розрахунки з бюджетом і позабюджетними фон- дами і т.п.).

Об'єктивна оцінка поточного фінансового стану страхової компанії базується на грамотному доборі показників для *моніто- рингу* стану об'єкта. Відповідно до принципів системного аналізу можна сформулювати такі вимоги до системи показників, вико- ристовуваних для оцінки поточного фінансового стану.

Система показників повинна бути:

- достатньою (охоплювати всі сторони діяльності);
- ненадлишковою (показники не повинні дублювати один одного);
- практичною (аналіз можна застосовувати на практиці);
- кількісною (перевага віддається кількісним оцінкам).

Таким чином, аналіз фінансового стану страхової організації може бути здійснений на основі дослідження декількох груп показ- ників, що дозволять скласти уявлення про різноманітні сторони дія- льності страховика.

Система оцінки фінансового стану страхової компанії повин- на складатися як із загальних показників оцінки фінансового стану суб'єктів господарювання, так і зі специфічних показників, що ха- рактеризують окремі сторони діяльності страховиків. Ці показники повинні бути виражені, з одного боку, у вигляді встановлених нор- мативів, виконання яких є обов'язковим для будь-якої страхової ор- ганізації, а з другого боку, – у вигляді орієнтованих або рекомендо- ваних параметрів.

Показники діяльності страховика можуть бути умовно розподілені на абсолютні, котрі дозволяють дати кількісну оцінку потенційних або реальних масштабів діяльності того або іншого страховика, та на відносні, метою яких є зіставлення зобов'язань страховика та засобів щодо їх покриття.

До абсолютних показників відносять:

- величину статутного капіталу;
- величину гарантійного фонду;
- загальний обсяг власного капіталу;
- обсяг страхових премій по окремих видах страхування чи по страховому портфелю;
- кількість укладених договорів.

Однак визначення фінансового стану компанії потребує зіставлення даних показників з іншими, наприклад страхові премії необхідно зіставити з виплатами (рівень збитковості), обсяг власного капіталу – з залученим капіталом та зобов'язаннями страховика. Тому, більшість показників, що використовуються для визначення фінансового стану страховика, є відносними.

Закон України „Про страхування” регламентує розрахунок відносного показника (**коефіцієнта платоспроможності**) як співвідношення фактичної та нормативної платоспроможності. На будь-яку дату даний показник повинен перевищувати одиницю.

Платоспроможність страховика – прояв фінансової стійкості на даному проміжку часу, стан фінансів компанії, при якому вона в даний момент здатна виконувати існуючі зобов'язання, виходячи з наявних ліквідних активів.

Розділ 3 закону України «Про страхування» у статті 30 визначає умови забезпечення платоспроможності страховиків:

- наявність сплаченого статутного фонду і гарантійного фонду страховика;
- створення страхових резервів, достатніх для майбутніх виплат страхових сум і страхових відшкодувань;
- перевищення фактичного запасу платоспроможності страховика (далі – ФЗП) над розрахунковим нормативним значенням (далі – НЗП).

Фактичний запас платоспроможності (нетто-активи) визначається як різниця між загальною сумою матеріальних активів страховика (А) і сумою нематеріальних активів (НА), за винятком суми зобов'язань страховика (З):

$$\Phi ЗП = \Sigma А - \Sigma НА - \Sigma З.$$

Страховики зобов'язані підтримувати відповідний рівень фактичного запасу платоспроможності (нетто-активів) відповідно до обсягів страхової діяльності.

Нормативний запас платоспроможності на звітну дату без обліку договорів страхування життя дорівнює більшій з двох величин, перша з яких визначається шляхом помноження на 0,18 суми надходжень страхових премій протягом звітного періоду. При цьому сума надходжень страхових премій зменшується на 50% страхових премій, сплачених перестраховикам:

$$НЗП1 = 0,18 (\Sigma П\phi - 0,5 \Sigma Пре).$$

Друга величина визначається шляхом помноження на 0,26 суми здійснених у звітному періоді виплат. При цьому сума здійснених виплат зменшується на 50% виплат, компенсованих перестраховиками згідно з укладеними договорами перестрашування:

$$НЗП2 = 0,26 (\Sigma В\phi - 0,5 \Sigma Bre).$$

У країнах Європейського Союзу розрахунковий нормативний запас платоспроможності повинен дорівнювати більшій з двох сум, перша з яких обчислюється на базі страхових премій, що надійшли за розрахунковий період:

$$D_1 = (0,18SP_1 + 0,16SP_2) \frac{V_s}{V},$$

де P_1 – розрахункова величина на базі страхових премій;

SP_1 – сума надходжень страхових премій до 10 млн. євро;

SP_2 – сума надходжень страхових премій більша за 10 млн євро;

V_s – загальна сума страхових виплат за винятком виплат, компенсованих перестраховиками;

V – загальна сума страхових виплат.

У другому випадку розрахунок здійснюється на базі страхових виплат:

$$P_2 = (0,26V_1 + 0,23V_2) \frac{V_s}{V},$$

де P_2 – розрахункова величина на базі страхових виплат;

V_1 – середньорічна сума виплат до 7 млн євро;

V_2 – середньорічна сума виплат понад 7 млн євро.

Нормативний запас платоспроможності страховика, що здійснює страхування життя, розраховується шляхом помноження загальної величини резерву довгострокових зобов'язань на 0,05.

Найважливішим складником фінансової надійності страховика є фінансова стійкість його страхових операцій.

Фінансова стійкість страхових операцій може розглядатися як характеристика достатності коштів у страховому фонді в частині страхових виплат у даний момент часу, а також показник імовірності дефіциту коштів у страховому фонді у майбутньому періоді.

Для визначення ступеня імовірності дефіциту коштів у страховому фонді за страховою операцією використовуються такі показники.

1. Коефіцієнт В.Коншина, що визначається як:

$$K_k = \sqrt{\frac{1 - q}{qn}},$$

де: q – середня тарифна ставка зі страхової операції;

n – кількість застрахованих об'єктів.

Чим меншим буде значення коефіцієнта, тим нижча варіація обсягу страхового фонду і тим вища його фінансова стійкість.

На величину показника не впливає розмір страхової суми застрахованих об'єктів. Він цілком визначається розміром тарифної ставки і кількістю застрахованих об'єктів. Отже, однією з умов забезпечення фінансової стійкості страхових операцій є завдання вирівнювання розмірів страхових сум, на які застраховані різні об'єкти. Це завдання в страховій справі вирішується в основному за рахунок передачі частини ризиків іншим страховикам в пере страхування.

2. Середньоквадратичне відхилення фонду в частині виплат у розрахунку на середню страхову суму застрахованих об'єктів.

Тарифні ставки за ризиковим страхуванням встановлюються виходячи із середнього рівня страхових виплат за кілька років. Якщо фактичні виплати перевищують середній рівень, то виникає небезпека дефіциту засобів у страховому фонді. Тому важливо вчасно виявити імовірність можливого відхилення виплат від середнього (запланованого) рівня.

Розрахунок можливих відхилень страхових виплат у розрахунку на середню страхову суму здійснюється за формулою:

$$\Delta = \bar{S} \sqrt{N f(1-f)},$$

де Δ – середньоквадратичне відхилення;

\bar{S} – середня страхова сума застрахованих об'єктів;

N – кількість застрахованих об'єктів;

f – імовірність настання збитку (визначається нетто-ставкою).

Формула виражає залежність можливих відхилень результатів від кількості застрахованих об'єктів і середньої імовірності настання збитку. Під середньою імовірністю збитку розуміється середній рівень виплат страхового відшкодування за кілька років, тобто тарифна нетто-ставка по визначеному виду страхування. Чим вища варіація страхового фонду в частині виплат, тим нижча фінансова стійкість страхової операції.

У відповідності до підпункту 4 пункту 1 статті 28 Закону України «Про фінансові послуги і державне регулювання ринків фінансових послуг» з метою стандартизації процедур здійснення аналізу діяльності страховиків, виявлення ризиків у їхній діяльності, Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України (Держфінпослуг) ухвалила затвердити Рекомендації щодо аналізу діяльності страховиків у вигляді тестів раннього попередження.

Тести раннього попередження – це система порівняння фактичних фінансових показників діяльності страховиків з визначеними Держфінпослуг нормативами, оцінювання показників за спеціальною шкалою та розрахунок інтегральної оцінки з урахуванням важливості впливу того чи іншого показника на фінансову надійність компанії.

Показники, що використовуються у тестах раннього попередження банкрутства, розраховуються за даними річної фінансової звітності страховиків, складеної відповідно до Порядку складання звітних даних страховика, затвердженого розпорядженням Держфінпослуг №39 від 03.02.04р.

Відповідно до рекомендацій здійснюється аналіз капіталу, активів, перестраховування, страхових резервів, прибутковості, ліквідності і надається відповідна оцінка. Оцінки виставляються за 4-бальною шкалою в залежності від діапазону, у який потрапило значення відповідного показника (див. додаток Д). На основі проведених тестів раннього попередження страховики можуть одержати такі оцінки:

- „1” (стійка компанія) – фінансові показники знаходяться на високому рівні;
- „2” (фінансовий стан задовільний) – відсутні серйозні проблеми, фінансові показники знаходяться на задовільному рівні;
- „3”(фінансовий стан граничний) – фінансовий стан викликає побоювання, фінансові показники знаходяться на рівні, нижчому від середнього;
- „4”(фінансовий стан незадовільний) – фінансовий стан вважається дуже нестабільним.

Фактична оцінка кожного показника визначається шляхом порівняння розрахованого значення показника з відповідною шкалою значень (з огляду на те, якими видами страхування (життя/не життя) займається страховик). Загальна оцінка визначається як сума фактичних оцінок за окремими показниками, помножених на відповідні вагові коефіцієнти. Показники, що необхідні для розрахунку інтегрального показника фінансового стану, а також методика їх визначення та вагові коефіцієнти наведені у додатку Г.

Одним з факторів, що сприяють підвищенню фінансової стійкості і запобіганню банкрутства страховика є наявність розгалуженої системи інформації про діяльність страхових компаній, одним з елементів якої є *рейтингова оцінка*.

Експертом, що допомагає потенційному клієнту довідатися про надійність страховиків і порівняти компанії між собою, може стати незалежне рейтингове агентство.

Світовий досвід у сфері складання рейтингів нараховує більше ста років і кілька десятків рейтингових агентств, лідерами серед яких є “Moody's Investor Service, Inc.”, “Standart & Poor's Corporation”, “Duff & Phelps Credit Rating Co” та ін.

У сучасних умовах рейтинг цікавий страховикам не тільки як детальна оцінка діяльності компанії, але і як PR-інструмент. Тому у функції рейтингового агентства, крім властивого йому всебічного аналізу діяльності компанії, має входити повідомлення результатів рейтингової оцінки потенційним страхувальникам, підготовка публікацій у засоби масової інформації, організація інформаційного потоку про діяльність прорейтингованих компаній, створення і підтримка сайту з інформацією про компанії в Інтернеті.

Крім того, організація, що проводить оцінку надійності страховиків, має бути незалежною від окремих компаній, мати достатній авторитет у суспільстві і доступ до засобів масової інформації.

Процес одержання рейтингової оцінки повинен здійснюватися в кілька етапів.

На першому етапі компанія подає до агентства заявку на ініціювання процедури присвоєння рейтингу. При цьому вона повинна надати агентству практично всю офіційну звітність за останні два роки і додаткові відомості відповідно до типової анкети агентства.

Анкета охоплює досить велику кількість аспектів, що стосуються діяльності страхової компанії: величина внесків і виплат кожної з філій компанії, способи поширення полісів; основні власники компанії, перестрахова політика, найбільші виплати компанії за останні п'ять років і участь в них перестраховиків, інформація про основних клієнтів компанії; види страхової діяльності, за якими укладені договори, період діяльності на ринку, участь компанії в програмах і пулах, тощо.

Зібрана агентством інформація заноситься до спеціальних форм й обробляється у відповідності до методики агентства. Термін проведення робіт – один місяць. Далі за регламентом відводиться два тижні на узгодження рейтингового звіту з компанією, що проходить процедуру рейтингової оцінки. Суть цього узгодження складається не в припасуванні результатів під бажані компанією, а в обговоренні з її представниками спірних питань, що виникли в процесі роботи. Представлені компаніями додаткові показники внутрішньої звітності впливають на привласнений компанії рейтинг і враховуються в підсумковому звіті.

Будь-які відомості щодо компанії, отримані під час процедури рейтингової оцінки, а також сам привласнений рейтинг повинні з'являтися агентством привселюдно і друкуватися в засобах масової інформації винятково з дозволу компанії. Можливою є така ситуація, коли компанія, одержавши рейтинг, погоджується з висновками агентства, але відмовляється від його публікації. У цьому випадку конфіденційною залишається і сама інформація про те, що дана компанія проходила процедуру рейтингової оцінки.

Термін дії рейтингу – один рік. Протягом цього періоду рейтингові агентства повинні продовжувати роботу з підтримки рей-

тингу, що містить у собі моніторинг і перегляд рейтингів, хоча в цілому агентства не націлені на їхню часту зміну.

Протягом року агентство повинне одержувати від компанії усю фінансову звітність, відслідковувати за всіма офіційними та іншими каналами корпоративні події, що відбуваються. За наявності істотної інформації, відповідно до методики відбувається зміна привласненого компанії рейтингу. При цьому зміна можлива як у більшу (наприклад, у випадку великих виплат, здійснених компанією у повній відповідності до зобов'язань, що не призвели до зміни фінансового стану компанії), так і в меншу сторону. Новий рейтинговий клас за бажанням компанії може не публікуватися в пресі, однак агентство офіційно повинно оголосити про скасування рейтингу.

Страховики на основі інформації, поданої в рейтингу, можуть одержати уявлення про реальне положення компанії на ринку страхових послуг. Це уявлення буде сприятиме розробці антикризових заходів компаніями, що зпосідають нижні поверхи рейтингу. Причому глибина проведених заходів, їхня кількість і тривалість будуть знаходитися в прямій залежності від ступеня втрати фінансової надійності страховою компанією, можливості настання її банкрутства. Ці заходи будуть спрямовані, у першу чергу, на зміну стану справ у страховій компанії, що відіб'ється при складанні наступних рейтингів. Таким чином, рейтинг надійності страхових компаній сприяє попередженню їхніх банкрутств.

Крім того, рейтинг надійності страхових компаній виступає фактором, що запобігає банкрутству шляхом інформування потенційних і вже наявних страхувальників про становище страховиків на ринку, сприяючи перерозподілу фінансових потоків від менш стійких страхових компаній до більш стійких, що займають верхні поверхи рейтингового списку.

Привертаючи увагу суспільства до ненадійних страхових компаній, рейтинги дозволяють вчасно здійснити попереджувальні (санаційні, реорганізаційні) процедури, не допускаючи розвитку подій убік ліквідації страховика.

Рейтинги лідерів страхового ринку України публікуються в засобах масової інформації. Офіційним рейтингом вітчизняних страховиків є Insurance Top, що наводиться у періодичній пресі, а також у мережі Internet Лігою страхових організацій України на підставі даних Українського науково-дослідного інституту «Пра-

ва й економічних досліджень». Рейтинг страховиків України формується за такими основними показниками:

- валюта балансу і її темп зросту;
- власний капітал і його частка у валюті балансу;
- обсяг зібраних страхових премій, у тому числі за видами страхування;
- частка перестраховання в страхових преміях;
- страхові виплати, у тому числі за видами страхування;
- рівень виплат і його темп зросту;
- обсяг страхових резервів і рівень їхнього покриття інвестиційними активами і коштами;
- частка компанії в загальному обсязі страхових премій за страховим ринком;
- величина гарантійного фонду;
- величина і структура активів.

Insurance Top страхових компаній України за деякими показниками за 2005р. наведений у додатку Б.

12.2. Термінологічний словник

Банкрутство – нездатність боржника розраховуватися за своїми зобов'язаннями у зв'язку з відсутністю коштів. Офіційно компанія оголошується банкрутом після рішення відповідного суду щодо неплатоспроможності в якості боржника.

Моніторинг – регулярне відстеження стану об'єкта управління та його основних характеристик, що змінюються під впливом факторів зовнішнього і внутрішнього середовища, з метою зіставлення їх зі стратегічними і тактичними цілями організації і вироблення грамотних управлінських рішень.

Рейтинг – місце, яке посідає дана страхова компанія серед інших страховиків, що діють в однакових ринкових умовах, за результатами функціонування.

12.3. Завдання для перевірки знань

1. Платоспроможність страховика визначається як...:

- а) ступінь достатності коштів у страховому фонді зі страхових операцій;

б) здатність страхової компанії на даний момент часу виконувати зобов'язання за рахунок ліквідних активів;

в) здатність страховика зберігати задовільний рівень фінансових показників протягом тривалого часу при несприятливому впливі зовнішніх факторів;

г) усі відповіді невірні.

2. Розрахунковий запас платоспроможності страховика визначається на основі:

а) розміру статутного фонду;

б) надходжень страхових премій та страхових виплат;

в) премій, що сплачені перестраховикам;

г) виплат, що компенсовані перестраховиками;

д) кількості об'єктів страхування.

3. Розрахункова платоспроможність страховика збільшується за таких умов (передбачається, що всі інші фактори не змінюються):

а) зменшення страхових виплат;

б) збільшення надходжень страхових премій;

в) збільшення премій, що сплачені перестраховикам;

г) збільшення виплат, що компенсовані перестраховиками.

4. Фактичний запас платоспроможності страховика збільшується за таких умов:

а) збільшення суми активів;

б) збільшення зобов'язань страховика;

в) збільшення нематеріальних активів;

г) усі відповіді правильні.

5. Фактичний запас платоспроможності страховика зменшується за таких умов:

а) зменшення суми активів;

б) збільшення зобов'язань страховика;

в) збільшення нематеріальних активів;

г) усі відповіді правильні.

6. Коефіцієнт платоспроможності страховика визначається як...

а) різниця між фактичним та розрахунковим (нормативним) запасами платоспроможності;

б) різниця між нормативним та фактичним запасами платоспроможності;

в) співвідношення фактичного та нормативного запасів платоспроможності;

г) співвідношення суми активів та суми страхових резервів.

7. Фінансова стійкість страхової операції визначається як...:

а) ступінь достатності коштів у страховому фонді зі страхової операції;

б) здатність страхової компанії виконувати зобов'язання за рахунок ліквідних активів;

в) здатність страховика зберігати існуючий рівень платоспроможності;

г) усі відповіді правильні.

8. Фінансова стійкість страхових операцій збільшується за таких умов:

а) збільшення видів страхування, які проводить страховик;

б) збільшення кількості об'єктів (договорів) страхування за умовами зниження середньої страхової суми на один договір;

в) зменшення кількості об'єктів (договорів) страхування за умовами підвищення середньої страхової суми на один договір;

г) усі відповіді неправильні.

9. Фінансова надійність страховика визначається як...:

а) ступінь достатності коштів у страховому фонді зі страхової операції;

б) здатність страхової компанії виконувати зобов'язання за рахунок ліквідних активів;

в) здатність страховика зберігати задовільний рівень фінансових показників протягом тривалого часу при несприятливому впливі зовнішніх факторів;

г) усі відповіді неправильні.

10. Умовами забезпечення платоспроможності страховика згідно з законодавством України є:

а) використання механізму перестраховування;

б) перевищення фактичного запасу платоспроможності над розрахунковим нормативним;

в) формування страхових резервів;

г) наявність власних зсобів у вигляді статутного капіталу;

д) усі відповіді правильні.

11. Задача

У таблиці 32 наведені дані щодо діяльності страхових компаній у поточному періоді. Використовуючи дані таблиці, порівняти платоспроможність та доходність страхових компаній.

Таблиця 32

Показники діяльності страховика, тис грн	СК1	СК2
Активи по балансу	8335,5	7081,4
Нематеріальні активи	20,7	13,5
Страхові резерви та інші зобов'язання по балансу	3050,5	2347,7
Чистий прибуток (збиток)	601,4	249,3
Страхові премії	8554,3	5664,1
Сума премій, сплачених перестраховикам	699,4	247,6
Страхові виплати	4045	1879,4
Суми виплат, компенсованих перестраховиками	3,8	0,4

12. Задача

У таблиці 33 наведені дані щодо діяльності страхової компанії у поточному періоді. Сфера діяльності компанії – ризикове страхування. Використовуючи дані таблиці та дані додатка Д, розрахувати: показник дебіторської заборгованості, показник ліквідності активів, показник ризику страхування, зворотний показник платоспроможності, показник доходності, показник обсягів страхування (андерайтингу), показник змін у капіталі (вважаємо, що змін не відбулося), показник змін у сумі чистих премій за всіма полісами (вважаємо, що змін не відбулося), показник незалежності від перестраховування, показник відношення чистих страхових резервів до капіталу, показник доходності інвестицій. Дати оцінку фінансового стану страховика на підставі порівняння фінансових показників з нормативними значеннями.

Таблиця 33

Показники, тис грн	Дані фінансової звітності
Активи по балансу	7081,4
Нематеріальні активи	13,5
Високоліквідні активи	1230,8
Загальна сума зобов'язань по балансу	2347,7
Чистий прибуток	249,3
Страхові премії	5664,1
Сума премій, сплачена перестраховикам	247,6
Дебіторська заборгованість	526,5
Страхові виплати та витрати	1879,4

Показники, тис грн	Дані фінансової звітності
Страхові виплати та витрати	1879,4
Страхові резерви	2283,9
Частка перестраховиків у страхових резервах	147,9
Прибуток від фінансової діяльності	154,5
Середній обсяг фінансових інвестицій протягом року	4330,9

13. Задача

Використовуючи дані таблиці 34 щодо проведення страхової операції з добровільного страхування майна фізичних осіб від вогневих ризиків, визначити фінансову стійкість страхової операції. Розрахувати ступінь варіації страхового фонду у частині страхових виплат та зробити висновки щодо фінансової стійкості страхової операції. Визначити вплив збільшення кількості застрахованих об'єктів на фінансову стійкість страхової операції.

Таблиця 34

Показники	Розрахункові дані
Кількість застрахованих об'єктів, од.	350
Страхова сума застрахованих об'єктів, тис грн	560
Нетто-ставка, грн зі 100 грн стр. суми	80
Збільшення застрахованих об'єктів, %	85

14. Задача

За страховою операцією №1 кількість договорів страхування складає 10 тис., тарифна ставка зі 100 грн. страхової суми складає 4 грн. За страховою операцією №2 кількість договорів страхування складає 5 тис., тарифна ставка зі 100 грн. страхової суми складає 10 грн. Порівняти фінансову стійкість страхових операцій за допомогою коефіцієнта Коншина.

12.4. Теми рефератів

1. Методика оцінки фінансового стану страхових компаній у країнах Європейського Союзу.
2. Напрямки вдосконалення методики оцінки фінансового стану страхових компаній України.
3. Рейтингова оцінка діяльності фінансових інститутів як фактор запобігання банкрутству.

Література: [1, 3, 17, 19, 20, 35, 39, 42, 44, 47, 50, 53].

ВІДПОВІДІ ДО ЗАВДАНЬ З ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ

Тема 1

1) б; 2) а; 3) г; 4) г; 5) в; 6) а; 7) б; 8) б,в; 9) г; 10) г; 11) а;
12) б; 13) б.

Тема 2

1) а,в; 2) б,г; 3) б,г; 4) б; 5) б,г; 6) в,г; 7) в,г; 8) в; 9) в.

Тема 3

1) б,в; 2) в; 3) а,б; 4) а; 5) в; 6) а,в,г; 7) б; 8) а,в; 9) б; 10) а,б;
11) а,б; 12) Страховий випадок А: 21,52±3,7 тис.грн. Страховий
випадок Б: 20,25±9,17 тис.грн.

Тема 4

1) а,в 2) б,в; 3) а,б; 4) в,г; 5) б,в; 6) а,в; 7) а,б; 8) в; 9) а.в.

Тема 5

1) г; 2) а; 3) в; 4) б,г; 5) в,г; 6) а; 7) г; 8) а,в; 9) а,б; 10) г; 11)
а; 12) а; 13) в; 14) б; 15) в; 16) б.

Тема 6

1) а,в; 2) в; 3) а; 4) в; 5) г; 6) а; 7) в,г; 8) б,в; 9) а; 10) а,в;
11) в; 12) в; 13) б; 14) г; 15) в; 16) а; 17) б; 18) в; 19) Страхова су-
ма: 9750 грн. Страхова премія: 210,68 грн. Страхове відшкоду-
вання: 6500 грн.; 20) Страхова сума: 37,4 тис.грн. Страхова пре-
мія: 3,87 тис.грн. Страхове відшкодування: 34,91 тис.грн.;
21) Страхове відшкодування: 67,2 тис.грн. 22) Страхова сума за
основним договором: 22,75 тис.грн. Страхова сума за додатковим
договором: 3,41 тис.грн. Страхова премія основна: 109 грн. Стра-
хова премія додаткова: 12,3 грн. Страхове відшкодування:
15,99 тис.грн.

Тема 7

1) б; 2) б,г; 3) а; 4) а; 5) а,в; 6) г; 7) г; 8) а; 9) г; 10) в; 11) б;
12) Страхова премія за договором 1: 127,31 грн. Страхова премія
за договором 2: 755,29 грн. Страхова премія за договором 3:
772,05 грн.

Тема 8

1) б,г; 2) а; 3) в; 4) а; 5) б; 6) г; 7) б,г; 8) в,г; 9) а,б; 10) в;
11) в; 12) а; 13) б; 14) в; 15) а.

Тема 9

1) б; 2) б; 3) а; 4) г; 5) в; 6) б; 7) б; 8) б; 9) г; 10) г; 11) а,в; 12) б,г; 13) г; 14) б; 15) а; 16) а; 17) Квота перестраховання: 71,4%. Участь цедента: 140,14 тис грн. Участь перестраховика: 349,86 тис грн; 18) Участь цедента: 50,98 тис грн. Участь перестраховика 1 = 199,88 тис грн. Участь перестраховика 2 = 120,08 тис грн. Участь перестраховика 3 (за договором квоти) = 9,06 тис грн.; 19) Участь цедента: 6578 тисгрн. Участь перестраховика 1 = 3340 тис грн. Участь перестраховика 2 = 840 тис грн.; 20) Участь цедента = 782,5 тис грн. Участь перестраховика = 97,5 тис грн.

Тема 10

1) г; 2) в; 3) а; 4) б; 5) а; 6) д; 7) а; 8) г; 9) б; 10) в; 11) г; 12) в; 13) Зароблені премії = 1150 тис грн. Незароблені премії = 750 тис грн.; 14) Зароблені премії = 404,21 тис.грн. Незароблені премії = 595,79 тис грн.; 15) Зароблені премії = 1031,67 тис грн. Незароблені премії = 308,33 тис грн.;

Тема 11

1) а,б,д; 2) а,б; 3) б,в; 4)б,г;5) а; 6) а,б,в; 7) а; 8) в,г; 9) г; 10) а; 11) а,в; 12) г; 13) б; 14) в; 15) а; 16) Дохід від реалізації послуг з видів страхування інших, ніж страхування життя = 5405 тис грн.; 17) Фінансовий результат від операційної діяльності – 4106,8 тис грн.; 18) Фінансовий результат від звичайної діяльності до оподаткування = 2580,1 тис грн.

Тема 12

1) б; 2) б,в,г; 3) б; 4) а; 5) г; 6) в; 7) а; 8) б; 9) в; 10) б,в,г; 11) Платоспроможність вища у першого страховика ($4,37 > 3,56$), дохідність вища у другого страховика ($0,11 > 0,05$); 12) Оцінка фінансового стану: 2,28 (відсутні серйозні проблеми, більшість показників знаходиться у межах норми); 13) Варіація фонду виплат: 3,8%. За умовами збільшення кількості застрахованих об'єктів фінансова стійкість збільшиться на 6%; 14) Фінансова стійкість вища за 1-ю страховою операцією ($0,012 < 0,042$).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

А.1. Показники діяльності страхового ринку України (динаміка страхових премій та страхових виплат)

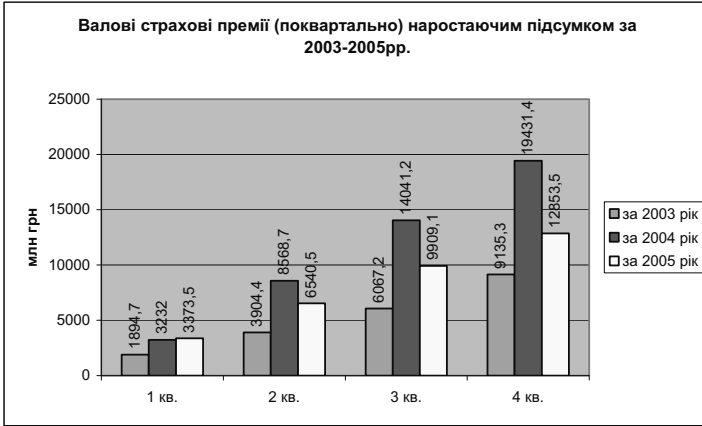


Рисунок А.1

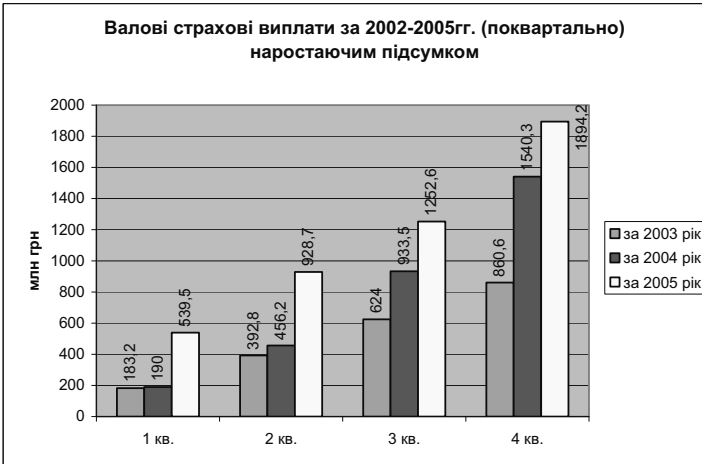


Рисунок А.2

А.2. Показники діяльності страхового ринку України (структура валових страхових премій та активів страховиків)



Рисунок А.3

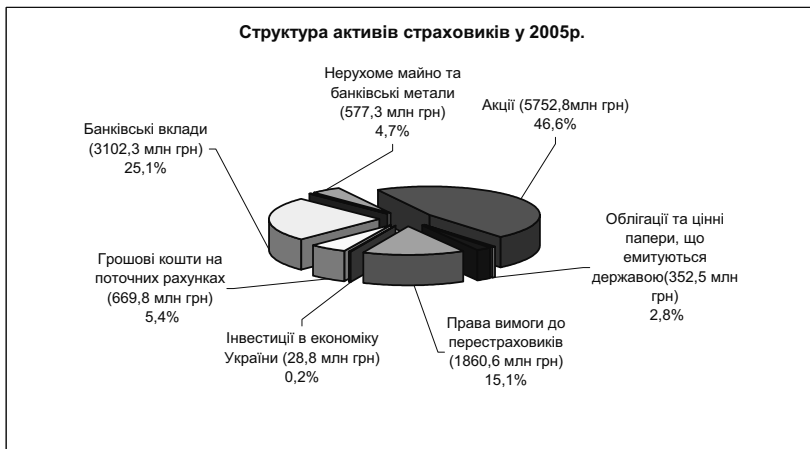


Рисунок А.4

А.3 Показники діяльності страхового ринку України (динаміка обсягу сплачених статутних фондів, активів та страхових резервів)



Рисунок А.4

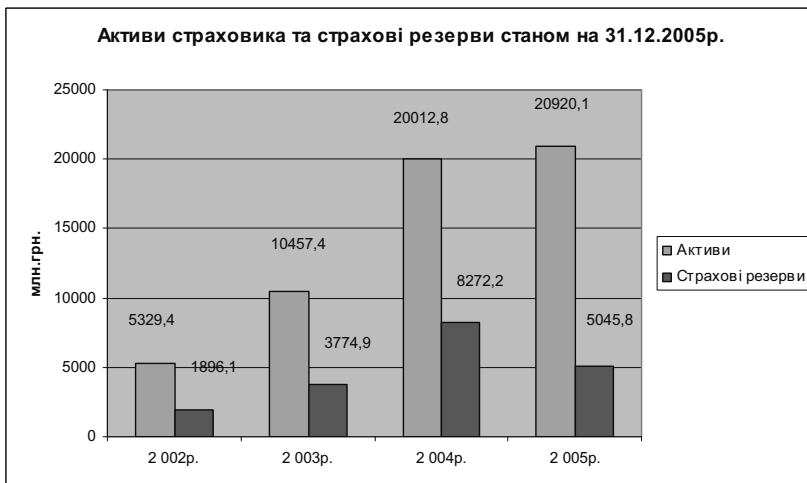


Рисунок А.5

ДОДАТОК Б

Б.1. Коригуючі коефіцієнти по договорах обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів, зареєстрованих на території України

Таблиця Б1

Тип коригуючого коефіцієнта	Договір 1-го типу	Договір 2-го типу	Договір 3-го типу
1	2	3	4
K1 Тип транспортного засобу (ТЗ)	Застосовується коефіцієнт, який відповідає ТЗ, визначеному в договорі	Застосовується найбільший коефіцієнт з визначених у договорі ТЗ	Застосов. К-т, який відповідає ТЗ, визначеному в договорі
Легкові автомобілі			
B1 До 1600см ³	0,71	1,41	0,71
B2 1600см ³ (включно) – 2000 см ³	0,94	1,41	0,94
B2 2000см ³ (включно) – 3000 см ³	1,39	1,41	1,39
B2 3000см ³ (включно) та більше	1,41	1,41	1,41
F Причепи до легкових автомобілів	0,27	0,27	0,27
Автобуси з кількістю місць для сидіння:			
D1 до 20 чол. Включно	3,04	3,58	3,04
D2 більше 20 чол. Включно	3,58	3,58	3,58
Вантажні автомобілі вантажопідйомністю			
C1 до 2 тонн (включно)	1,68	1,86	1,68
C2 більше 2 тонн	1,86	1,86	1,86
E Причепи до вантажних автомобілів	0,57	0,57	0,57
K2 Територія переважного використання ТЗ	Застосов. К-т, який відповідає нас. Пункту, в якому зареєстровано ТЗ	Застосов. К-т, який відповідає нас. Пункту, в якому зареєстров. Страхувальник	Застосов. К-т, який відповідає нас. Пункту, в якому зареєстров. ТЗ
Зона 1 м. Київ	1,65	1,65	1,65
Зона 2 міста з населенням більше 1 млн чол. <i>Дніпропетровськ, Донецьк, Одеса, Харків</i>	1,35	1,65	1,35
Зона 3 міста з населенням від 500 тис. до 1 млн. чол. <i>Запоріжжя, Львів, Кривий Ріг, Миколаїв</i>	1,1	1,65	1,1

Закінчення таблиці Б1

1											2			3			4		
Зона 4 міста з населенням від 100 тис. до 500 тис. чол. <i>Алчевськ, Бердянськ, Біла Церква, Вінниця, Горлівка, Дніпродзержинськ, Євпаторія, Єнакієве, Житомир, Керч, Кіровоград, Краматорськ, Луганськ, Маріуполь, Макіївка, Слов'янськ, Черкаси та ін.</i>											0,9			1,65			0,9		
Зона 5 населені пункти з населенням до 100 тис. чол.											0,65			1,65			0,65		
К3 Сфера використання ТЗ																			
Страховальник – фізична особа											1			1,15			1		
К4 – Водійський стаж осіб, відповідальність яких застрахована по договору ОСЦПВ											Застосовується зазначений коефіцієнт			Застосовується коефіцієнт, який відповідає водійському стажу фіз. Особи Страховальника			Застосов. Коефіцієнт, який відповідає особі з найменшим водійським стажем (враховуючи Страховальника)		
до 1 року											1,35			1,35			1,35		
від 1 до 3 років											1,35			1,05			1,05		
від 3 до 10 років											1,35			1			1		
більше 10 років											1,35			0,95			0,95		
К5 Кількість осіб, зазначених в договорі ОСЦПВ											Коефіцієнт не встановлено			Коефіцієнт не встановлено			Застосов. Коефіцієнт, який відповідає кількості осіб, зазначених в договорі (враховуючи Страховальника)		
одна особа											х			х			1		
дві особи											х			х			1,05		
3 – 5 осіб											х			х			1,3		
К6 Наявність чи відсутність у Страховальника спроб шахрайства або підстав для регресних позовів											Коефіцієнт на 1.01.2006 не встановлено			Коефіцієнт на 1.01.2006 не встановлено			Коефіцієнт на 1.01.2006 не встановлено		
наявність / відсутність											х			х			х		
К7 Строк дії договору, місяців.		0,5	1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
		0,15	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95	1					

ДОДАТОК В

В.1. Показники діяльності страховиків України з перестраховання

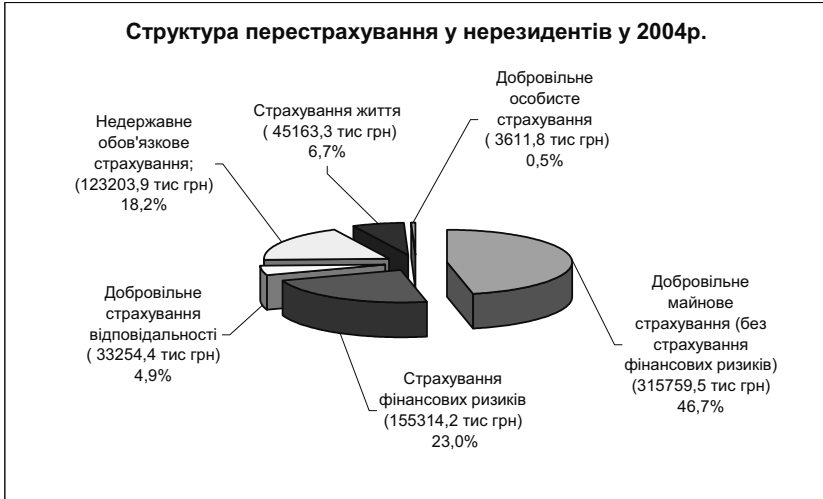


Рисунок В.1



Рисунок В.2

ДОДАТОК Г

Г.1. Топ-рейтинги: Страхування non-life.

Показники діяльності страхових компаній за 6 місяців 2006р.

Таблиця Г1.

Страхові премії

№	Назва компанії	Місто	Премії на 1.07.06, тис грн
1	2	3	4
1	ЛЕММА	Харків	255652,7
2	ОРАНТА	Київ	201688,9
3	ЗЕМСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	Кременна	189985,2
4	ГАРАНТ-АВТО	Київ	162605,1
5	АВАНТЕ	Харків	124313,0
6	ИНГО УКРАИНА	Київ	120664,3
7	АСКА	Київ	100336,8
8	УКРАИНСКАЯ ПОЖАРНО-СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	Київ	91372,8
9	КРЕМЕНЬ	Донецьк	89035,3
10	УНІВЕРСАЛЬНА	Львів	73686,9
11	ВЕКСЕЛЬ	Київ	72845,4
12	ПЗУ УКРАИНА	Київ	71610,5
13	СТРАХОВАЯ ГРУППА «ТАС»	Київ	70493,7
14	КРЕДО-КЛАССИК	Київ	69587,5
15	ДОГМАТ-СТРАХОВАНИЕ	Київ	66357,6
16	СТРОЙПОЛИС	Київ	61874,9
17	АКВ ГАРАНТ	Київ	61423,3
18	ВЕСКО	Запоріжжя	61301,2
19	УКРАИНСКИЙ СТРАХОВОЙ АЛЬЯНС	Київ	60887,3
20	ДНЕПРОИНМЕД	Дніпропетровськ	54983,6
21	ИНВЕСТСЕРВИС	Київ	54853,8
22	ЕВРОПЕЙСКИЙ СТРАХОВОЙ АЛЬЯНС	Київ	54669,9
23	ПРОСТО-СТРАХУВАННЯ	Київ	47619,5
24	ТЕКОМ	Одеса	44970,7
25	ПРОВИТА	Київ	35069,9
26	УКРАИНСКАЯ СТРАХОВАЯ ГРУППА	Київ	34968,7
27	ЭТАЛОН	Київ	34554,7
28	ПРОВИДНА (ИФД КАПИТАЛЬ СТРАХОВАНИЕ)	Київ	32180,6
29	ИНТЕРТРАНСПОЛИС	Київ	26971,0
30	АЛЬКОНА	Київ	25888,0
31	АВИОНИКА	Київ	25214,3

Продовження таблиці

1	2	3	4
32	ИНРЕЗЕРВ	Київ	24095,6
33	ГОРОДСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	Одеса	22960,4
34	ИНКОМСТРАХ	Київ	22957
35	САЛАМАНДРА-ЛТАВА	Полтава	22879,2
36	МИР	Одеса	22383,4
37	КНЯЖА	Київ	22153,6
38	КБЮ Би И-УГПБ ИНШУЕРЕНС	Київ	21865,5
39	ВОСТОЧНО-УКРАИНСКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО	Донецьк	21491,7
40	УТИСО (ЮТИКО)	Київ	20748,6
41	КРЕДО	Запоріжжя	20430,4
42	СТРАХОВЫЕ ТРАДИЦИИ	Київ	20108,5
43	ИЛЬИЧЕВСКОЕ СО	Київ	19578,7
44	НОВА	Київ	18645,3
45	АЛЬФА-ГАРАНТ	Київ	18156,7
46	КАШТАН	Київ	17518,5
47	ГАЛИЦКАЯ	Івано-Франківськ	16381,7
48	УКРАИНСКАЯ ОХРАННО-СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	Київ	15894,5
49	ИНТО	Одеса	15230,6
50	СКАЙД	Київ	14591,3

<http://www.forinsurer.com/>

Таблиця Г2.

Страхові виплати

№	Назва компанії	Місто	Сума страхових виплат на 1.07.06р., тис грн
1	2	3	4
1	ЛЕММА	Харків	18227,3-
2	ОРАНТА	Київ	71766,5
3	ЗЕМСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	Кремінна	7361,0
4	ГАРАНТ-АВТО	Київ	46578,8
5	АВАНТЕ	Харків	5445,1
6	ИНГО УКРАИНА	Київ	49120,7
7	АСКА	Київ	29960,8
8	УКРАИНСКАЯ ПОЖАРНО-СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	Київ	11279,6
9	КРЕМЕНЬ	Донецьк	4218,1
10	УНИВЕРСАЛЬНАЯ	Львів	24152,2
11	ВЕКСЕЛЬ	Київ	15076,20
12	ПЗУ УКРАИНА	Київ	46457,70
13	СТРАХОВАЯ ГРУППА "ТАС"	Київ	15704,3
14	КРЕДО-КЛАССИК	Київ	28033,7
15	ДОГМАТ-СТРАХОВАНИЕ	Київ	8777,1
16	СТРОЙПОЛИС	Київ	6164,5
17	АКВ ГАРАНТ	Київ	2629,0
18	ВЕСКО	Запоріжжя	13026,8
19	УКРАИНСКИЙ СТРАХОВОЙ АЛЬЯНС	Київ	18334,3
20	ДНЕПРОИНМЕД	Дніпропетровськ	2594,60
21	ИНВЕСТСЕРВИС	Київ	14245,8
22	ЕВРОПЕЙСКИЙ СТРАХОВОЙ АЛЬЯНС	Київ	13570,3
23	ПРОСТО-СТРАХУВАННЯ	Київ	13938,5
24	ТЕКОМ	Одеса	690,8
25	ПРОВИТА	Київ	4112,40
26	УКРАИНСКАЯ СТРАХОВАЯ ГРУППА	Київ	9327,5
27	ЭТАЛОН	Київ	19190,8
28	ПРОВИДНА (ИФД КАПИТАЛЬ СТРАХОВАНИЕ)	Київ	12166,6
29	ИНТЕРТРАНСПОЛИС	Київ	15998,0
30	АЛЬКОНА	Київ	5616,0
31	АВИОНИКА	Київ	3725,0
32	ИНРЕЗЕРВ	Київ	1802,8
33	ГОРОДСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	Одеса	2186,2

Продовження таблиці

1	2	3	4
34	ИНКОМСТРАХ	Київ	14910,20
35	САЛАМАНДРА-ЛТАВА	Полтава	1637,5
36	МИР	Одеса	419,9
37	КНЯЖА	Київ	2966,2
38	КЬЮ Би И-УГПБ ИНШУЕРЕНС	Київ	8156,50
39	ВОСТОЧНО-УКРАИНСКОЕ СТРА- ХОВОЕ ОБЩЕСТВО	Донецьк	4202,3
40	УТИСО (ЮТИКО)	Київ	1559,1
41	КРЕДО	Запоріжжя	23834,7
42	СТРАХОВЫЕ ТРАДИЦИИ	Київ	3598,90
43	ИЛЬИЧЕВСКОЕ СО	Київ	10877,5
44	НОВА	Київ	9023,4
45	АЛЬФА-ГАРАНТ	Київ	3788,9
46	КАШТАН	Київ	1302,80
47	ГАЛИЦКАЯ	Івано- Франківськ	304,20
48	УКРАИНСКАЯ ОХРАННО- СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	Київ	3778,5
49	ІНТО	Одеса	4553,5
50	СКАЙД	Київ	1194,0

<http://www.forinsurer.com/>

ДОДАТОК Д

Д.1. Методика визначення фінансового стану страховика

Таблиця Д1.

Відносні показники фінансового стану страховика

№	Показник	Метод розрахунку
1	Показник дебіторської заборгованості	$ПДЗ = 100\%(\text{Дебіторська заборгованість}) / (\text{Капітал})$
2	Показник ліквідності активів	$ПЛА = 100\%(\text{Високоліквідні активи}) / (\text{Зобов'язання})$
3	Показник ризику страхування	$ПРС = 100\%(\text{Сума чистих премій}) / (\text{Капітал})$
4	Зворотний показник платоспроможності	$ЗПП = 100\%(\text{Загальна сума зобов'язань}) / (\text{Капітал})$
5	Показник доходності	$ПД = 100\%(\text{Чистий прибуток}) / (\text{Капітал})$
6	Показник обсягів страхування (андеррайтингу)	$ПА = 100\%(\text{Виплати і витрати}) / (\text{Сума чистих зароблених премій})$
7	Показник змін у капіталі	$ПЗК = 100\%(\text{Капітал}(t)) / (\text{Капітал}(t-1)) - 1$
8	Показник змін у сумі чистих премій за всіма полісами	$ПЗЧП = 100\%(\text{Сума чистих премій}(t)) / (\text{Сума чистих премій}(t-1)) - 1$
9	Показник незалежності від перестраховування	$ПНП = 100\%(\text{Сума чистих премій по всіх полісах}) / (\text{Валова сума премій по всіх полісах})$
10	Показник відношення чистих страхових резервів до капіталу	$ПВРК = 100\%(\text{Чисті страхові резерви}) / (\text{Капітал})$
11	Показник доходності інвестицій	$ПДІ = 100\%(\text{Прибуток від фінансової діяльності}) / (\text{середній обсяг фінансових інвестицій протягом року})$

Таблиця Д2.

Шкала нормативних значень відносних показників фінансового стану страховика

№	Показник	Коефіцієнт	
		Не життя	Життя
1	Показник дебіторської заборгованості (ПДЗ)	1. $0 \leq \text{ПДЗ} < 50$ 2. $50 \leq \text{ПДЗ} < 75$ 3. $75 \leq \text{ПДЗ} < 100$ 4. $100 \leq \text{ПДЗ}$	1. $0 \leq \text{ПДЗ} < 50$ 2. $50 \leq \text{ПДЗ} < 75$ 3. $75 \leq \text{ПДЗ} < 100$ 4. $100 \leq \text{ПДЗ}$
2	Показник ліквідності активів (ПЛА)	1. $95 \leq \text{ПЛА}$ 2. $80 \leq \text{ПЛА} < 95$ 3. $65 \leq \text{ПЛА} < 80$ 4. $\text{ПЛА} < 65$	1. $50 \leq \text{ПЛА}$ 2. $50 \leq \text{ПЛА} < 60$ 3. $40 \leq \text{ПЛА} < 60$ 4. $\text{ПЛА} < 40$
3	Показник ризику страхування (ПРС)	1. $\text{ПРС} \leq 100$ 2. $100 < \text{ПРС} \leq 200$ 3. $200 < \text{ПРС} \leq 300$ 4. $300 < \text{ПРС}$	1. $\text{ПРС} \leq 300$ 2. $200 < \text{ПРС} \leq 400$ 3. $400 < \text{ПРС} \leq 500$ 4. $500 < \text{ПРС}$
4	Зворотний показник платоспроможності (ЗПП)	1. $0 < \text{ЗПП} \leq 20$ 2. $20 < \text{ЗПП} \leq 50$ 3. $50 < \text{ЗПП} \leq 75$ 4. $75 < \text{ЗПП}, \text{ЗПП} \leq 0$	1. $0 < \text{ЗПП} \leq 20$ 2. $20 < \text{ЗПП} \leq 50$ 3. $50 < \text{ЗПП} \leq 90$ 4. $90 < \text{ЗПП}, \text{ЗПП} \leq 0$
5	Показник доходності (ПД)	1. $50 < \text{ПД}$ 2. $25 < \text{ПД} \leq 50$ 3. $0 \leq \text{ПД} \leq 25$ 4. $\text{ПД} < 0$	1. $50 < \text{ПД}$ 2. $25 < \text{ПД} \leq 50$ 3. $0 \leq \text{ПД} \leq 25$ 4. $\text{ПД} < 0$
6	Показник обсягів страхування (андерайтингу) (ПА)	1. $\text{ПА} \leq 50$ 2. $50 < \text{ПА} \leq 100$ 3. $100 < \text{ПА} \leq 110$ 4. $110 < \text{ПА}$	
7	Показник змін у капіталі (ПЗК)	1. $10 < \text{ПЗК}$ 2. $5 < \text{ПЗК} \leq 10$ 3. $0 < \text{ПЗК} \leq 5$ 4. $\text{ПЗК} \leq 0$	1. $10 < \text{ПЗК}$ 2. $5 < \text{ПЗК} \leq 10$ 3. $0 < \text{ПЗК} \leq 5$ 4. $\text{ПЗК} \leq 0$
8	Показник змін у сумі чистих премій за всіма полісами (ПЗЧП)	1. $40 \leq \text{ПЗЧП}$ 2. $33 \leq \text{ПЗЧП} < 40$ 3. $10 \leq \text{ПЗЧП} < 33$ 4. $\text{ПЗЧП} < 10$	1. $40 \leq \text{ПЗЧП}$ 2. $33 \leq \text{ПЗЧП} < 40$ 3. $10 \leq \text{ПЗЧП} < 33$ 4. $\text{ПЗЧП} < 10$
9	Показник незалежності від пере-страхування (ПНП)	1. $50 \leq \text{ПЗП}$ 2. $40 \leq \text{ПЗП} < 50$ 3. $30 \leq \text{ПЗП} < 40$ 4. $\text{ПЗП} < 30$ $85 \leq \text{ПЗП}$,	1. $80 \leq \text{ПЗП}$ 2. $65 \leq \text{ПЗП} < 80$ 3. $50 \leq \text{ПЗП} < 65$ 4. $\text{ПЗП} < 50$
10	Показник відношення чистих страхових резервів до капіталу (ПВРК)	1. $0 < \text{ПВРК} \leq 50$ 2. $50 < \text{ПВРК} \leq 75$ 3. $75 < \text{ПВРК} \leq 100$ 4. $100 < \text{ПВРК}, \text{ПВРК} \leq 0$	
11	Показник доходності інвестицій (ПДІ)	1. $10 \leq \text{ПДІ}$ 2. $5 \leq \text{ПДІ} < 10$ 3. $0 \leq \text{ПДІ} < 5$ 4. $\text{ПДІ} < 0$	1. $30 \leq \text{ПДІ}$ 2. $10 \leq \text{ПДІ} < 30$ 3. $5 \leq \text{ПДІ} < 10$ 4. $\text{ПДІ} < 5$

Таблиця ДЗ.

**Вагові коефіцієнти для визначення загальної
оцінки фінансового стану страховика**

№	Показник	Коефіцієнт	
		Не життя	Життя
1	Показник дебіторської заборгованості (ПДЗ)	0,04	0,05
2	Показник ліквідності активів (ПЛА)	0,10	0,125
3	Показник ризику страхування (ПРС)	0,06	0,075
4	Зворотний показник платоспроможності (ЗПП)	0,18	0,225
5	Показник дохідності (ПД)	0,06	0,075
6	Показник обсягів страхування (андерайтіngu) (ПА)	0,06	-
7	Показник змін у капіталі (ПЗК)	0,06	0,075
8	Показник змін у сумі чистих премій за всіма полісами (ПЗЧП)	0,06	0,075
9	Показник незалежності від перестраховання (ПНП)	0,18	0,025
10	Показник відношення чистих страхових резервів до капіталу (ПВРК)	0,16	-
11	Показник дохідності інвестицій (ПД)	0,14	0,075

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України “Про страхування” №2288-IV із змінами від 23.12.04// Відомості Верховної Ради. – 2005. – №6. – с.138.
2. Закон України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринку фінансових послуг" №485-IV із змінами від 6.02.03 // Відомості Верховної Ради. – 2003. – №4. – с.104.
3. Закон України „Про оподаткування прибутку підприємств” №2385-IV із змінами від 23.02.04 // Відомості Верховної Ради. – 2005. – №7-8. – с.162.
4. Закон України “Про транспорт”// Відомості Верховної Ради України. – 1994. – №51.
5. Закон України “Про охорону навколишнього середовища” // Закони України. – Т.2 – К.: Ін-т законодавства. – 1996. – №49.
6. Закон України “Про приєднання України до Віденської Конвенції про цивільну відповідальність за ядерну шкоду” // Голос України. – 1996. – №41.
7. Указ Президента України №280 від 05.03.04 Про Положення про Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг // www.prezident.gov.ua
8. Постанова Кабінету Міністрів України №124 від 4.02.04. „Про затвердження Порядку та вимог щодо здійснення перестрахування у страховика (перестраховика) нерезидента // Урядовий кур’єр. – 2004. – №25
9. Постанова Кабінету Міністрів України №369-р від 23.09.05 „Про схвалення Концепції розвитку страхового ринку України до 2010 року” // www.ua.pravo.net
10. Постанова Кабінету Міністрів України „Про порядок і умови проведення обов’язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів” // Україна-Business – 1996. – 24 жовтня.
11. Постанова Кабінету Міністрів України „Положення про Моторне (транспортне) страхове бюро” // Україна-Business – 1996. – 24 жовтня.
12. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Положення про порядок провадження діяльності страховими посередниками” // “Урядовий кур’єр”. – 1997. – 21 січня.
13. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Положення про організацію діяльності аварійних комісарів” // Україна-Business – 1996. – 14 листопада.
14. Постанова Кабінету Міністрів України „Про порядок утворення та державної реєстрації Авіаційного страхового бюро і Морського страхового бюро” // Україна-Business – 1996. – 18 лютого.
15. Постанова Кабінету Міністрів України „Про створення мережі закладів з організації надання медичної допомоги „Асістанс-Україна” // Україна-Business – 1996. – 23 грудня.

16. Наказ Державної податкової адміністрації України №210 від 3.04.07 „Про затвердження Змін до форми декларації з податку на доходи (прибуток) страховика та Порядку складання декларації з податку на доходи (прибуток) страховика // www.sta.gov.ua
17. Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України №124 від 13.11.03. „Про Порядок формування статутного фонду страховика цінними паперами” // www.dfp.gov.ua
18. Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України №914 від 4.06.04. „Про затвердження Порядку надання страховиками (цедентами, перестраховальниками) інформації про укладені договори перестрашування з страховиками (перестраховиками) нерезидентами до Держфінпослуг” // www.dfp.gov.ua
19. Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України №39 від 3.02.04 „Про затвердження Порядку складання звітних даних страховиків” // www.dfp.gov.ua
20. Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України №3755 від 17.03.05. „Про затвердження Рекомендацій щодо аналізу діяльності страховиків” // Документи. – 2005. – №13.
21. Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України №7924 від 28.08.07 „Про затвердження Вимог до рейтингу фінансової надійності (стійкості) страховика-нерезидента, який має право здійснювати страхову діяльність в Україні” // www.dfp.gov.ua
22. Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України №7791 від 7.08.07 „Про затвердження Змін до Правил формування, обліку та розміщення страхових резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя” // www.dfp.gov.ua
23. Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України №7790 від 7.08.07 „Про затвердження Змін до Правил розміщення страхових резервів із страхування життя” // www.dfp.gov.ua
24. Анисимов В. Развитие страховой медицины – путь к реформированию здравоохранения // Финансы. – 1995. – №5.
25. Асабина С. Н. Зарубежная практика рейтинговой оценки страховых организаций // Страховое дело. – 2001. – №10.
26. Барановський О. Проблеми, що стримують розвиток страхового ринку. Аналітичний звіт Українського центру економічних і політичних досліджень ім. О. Разумкова // Страхова справа. – 2003. – №1.
27. Внукова Н.М., Чернишов С.І., Сокіл С.В. Оцінка активів страхових компаній // Фінанси України. – 2002. – №4.
28. Гармаш Д. Система страховых рисков профессиональных участниками финансового рынка // Страховое дело. – 2004. – №9.
29. Говорушко Т.А. Страховий ринок та проблеми його розвитку в економічній системі України // Економіка, фінанси, право. – 2004. – №8.
30. Годовой отчет Госфинуслуг // Финансовые услуги. – 2005. – №2.

31. Залетов А.Н. Страхование в Украине. Под ред. д.э.н. О.А. Слюсаренко. – К.: Межд. аг. “BeeZone”, 2002. – 452с.
32. Залетов О. Особливості національного перестраховування // Страхова справа. – 2003. – №3.
33. Залетов О. Страхові групи: новий етап розвитку страхового ринку України // Страхова справа. 2003.- №4.
34. Калишевский Д. Управление случайностью. Волшебство? Нет – риск менеджмент // Финансовые услуги. – 2001. – №7-8.
35. Кириллова Н. Финансовая устойчивость и несостоятельность страховых компаний // Страховое дело. – 2001. – №5.
36. Кривошлик Т. Страхування майна громадян // Фінанси України. – 2001. – №11.
37. Ловись, авто, велике та маленьке! Огляд ринку автотранспортного страхування // Страхова справа. – 2003. – №9.
38. Любашенко І. Обов'язкове страхування цивільної відповідальності автовласників в Україні та Росії. Міфи та реальність // Страхова справа. 2004. – №13.
39. Луконин С.В. Финансовая устойчивость страховой компании и пути ее повышения // Страховое дело. – 2003. – №5.
40. Лысенко Б. Характеристика Украинской перестраховочной емкости // Страхова справа. – 2003. – №3.
41. Монті А. Страхове законодавство в Європейському союзі // Страхова справа. – 2003. – №4.
42. Основи актуарних розрахунків: Навчально-методичний посібник / За ред. І.О. Ковтуна. – К.: Алерта, 2004. – 328с.
43. Паращак О., Лисенко Н. Огляд ринку автотранспортного страхування в Україні // Страхова справа. 2003. – №9.
44. Платежеспособность страховых организаций в странах ЕС. Публикация Швейцарского перестраховочного общества Swiss Re // Страховое дело. – 2001. – №3.
45. Пфайффер К. Введение в перестрахование. – М.: «Анкил», 2002. – 328с.
46. Рогова Т. Методичний інструментарій управління страховими ризиками // Фінанси України. – 2002. – №3.
47. Селиверстов А. Оценка финансового состояния страховщиков // Страхова справа. – 2003. – №4.
48. Слюсаренко О.О. Медичне страхування як частина соціального забезпечення населення // Матеріали науково-практичної конференції “Проблеми вдосконалення та систематизації законодавства України в галузі охорони здоров'я”. - К.: Науково-дослідний інститут приватного права і підприємництва, 29 жовт. 2002р.
49. Страховое дело: Учебник / под общей ред. Рейтмана Л.И. – М.: «Банковский и биржевой центр», 1992. – 524с.

50. Страхування: Підручник / За заг. ред. Осадця С.С. – К.: КНЕУ, 2002. – 599с.

51. Шелехов К. , Бигдаш В. Страхование: учебное пособие. – К. : МАУП, 1998. – 424 с.

52. Шихов А., Шихов А. К вопросу о предпринимательских рисках // Страхование дело. – 2005. – №6.

53. Термінологічний словник з дисципліни "Страхування" для студентів економічних спеціальностей / Борисова С.Є., Шевченко І.О. – Краматорськ: ДДМА, 2003 – 60 с.

54. Цивільний кодекс України. – К.: Вид-во політ. літ. України, 1985.

55. Янович Г. Страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств в странах Балтии // Финансовые услуги. – 2001. – №7.

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

ДЬЯЧКОВА Юлія Миколаївна

СТРАХУВАННЯ

Навчальний посібник

Керівник видавничих проектів – *Б.А.Сладкевич*
Друкується в авторській редакції
Дизайн обкладинки – *Б.В. Борисов*

Підписано до друку 16.01.2008. Формат 60x84 1/16.
Друк офсетний. Гарнітура PetersburgC.
Умовн. друк. арк. 15.
Наклад – 1000 прим.

Видавництво “Центр учбової літератури”
вул. Електриків, 23
м. Київ, 04176
тел./факс 425-01-34, тел. 451-65-95, 425-04-47, 425-20-63
8-800-501-68-00 (безкоштовно в межах України)
e-mail: office@uabook.com
сайт: WWW.CUL.COM.UA

Свідоцтво ДК №2458 від 30.03.2006