

За редакцією
В. Д. БАЗИЛЕВИЧА

СТРАХУВАННЯ

Підручник

КЛАСИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТСЬКИЙ ПІДРУЧНИК



КИЇВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ УНІВЕРСИТЕТУ
імені ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
175 років

СТРАХУВАННЯ

Підручник

За редакцією доктора економічних наук,
професора В.Д. Базилевича

Затверджено
Міністерством освіти і науки України

НБ ПНУС



733828



Київ

"Знання"

2008

УДК 368(075.8)
ББК 65.9(4)261.7я73
С83

Затверджено Міністерством освіти і науки України (лист № 14/18.2 894 від 5 квітня 2006 р.)

Авторський колектив — *В.Д. Базилевич*, доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри економічної теорії, декан економічного факультету Київського національного університету імені Тараса Шевченка, заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки (розд. 1, 3, 4, 5, 6, 13); *О.Ф. Філонюк*, президент Ліги страхових організацій України (розд. 17); викладачі економічного факультету Київського національного університету імені Тараса Шевченка: *К.С. Базилевич*, кандидат економічних наук, доцент (розд. 7, 8, 9, 12, 16); *Р.В. Пікус*, кандидат економічних наук, доцент (розд. 2, 10, 11, 14, 15); доктори економічних наук, професори *О.І. Черняк*, завідувач кафедри економічної кібернетики (розд. 21—28), *А.С. Криклій* (розд. 18), *А.О. Старостіна*, завідувач кафедри міжнародної економіки (розд. 19, 20); кандидати економічних наук, доценти *Н.В. Богомаз* (розд. 29, 31, 32, дод. В), *Н.В. Крилова* (розд. 30, 33, дод. А, Б), *В.А. Кравченко* (розд. 19, 20), *В.Н. Петровський* (розд. 30, дод. А, Б); *В.В. Шпірко*, асистент (розд. 21—28); *В.І. Нечипоренко*, генеральний директор Центру бізнес-стратегій “Перспектива” (розд. 19, 20)

Рецензенти: *В.М. Тарасевич*, доктор економічних наук, професор; *Т.Т. Ковальчук*, доктор економічних наук, професор; *В.І. Мищенко*, доктор економічних наук, професор

С83 **Страхування: Підручник / За ред. В.Д. Базилевича.**
— К.: Знання, 2008. — 1019 с. — (Київському національному університету імені Тараса Шевченка 175 років).
ISBN 978-966-346-449-7

Це один із перших в Україні фундаментальних підручників зі страхування. Його автори — викладачі економічного факультету Київського національного університету імені Тараса Шевченка та провідні фахівці-практики страхової справи в Україні. Найважливіші переваги підручника — оригінальна структура, високий науковий рівень подання матеріалу, сучасний математичний апарат, широка джерельна база. Ґрунтовно розкрито сутність категорій і понять страхування, його структура, проблеми становлення та функціонування страхового ринку, механізми збалансованості попиту та пропозиції страхових продуктів, роль держави та міжнародних страхових організацій у страховому бізнесі та ін. Значна увага приділяється економіко-математичним моделям індивідуальних позовів, індивідуального та колективного ризиків, тривалості життя, банкрутства тощо. Підручник дає змогу самостійно розібратися у складних процесах страхування, зрозуміти різноманітні аспекти функціонування ринкової економіки. За змістом підручник відповідає програмі нормативної навчальної дисципліни “Страхування”.

Для студентів економічних спеціальностей, аспірантів і викладачів вищих навчальних закладів. Книга буде корисною також науковцям і фахівцям-практикам у галузі страхування.

УДК 368(075.8)
ББК 65.9(4)261.7я73
код 02125266
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА
імені Василя Стефаника
© В.Д. Базилевич та ін. автори, 2008
© Видавництво “Знання”, 2008

ISBN 978-966-346-449-7

ЗМІСТ

Передмова	15
Частина I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СТРАХУВАННЯ	19
Розділ 1. Економічна природа страхування та його роль у ринковій економіці	20
1.1. Історичні передумови виникнення та еволюція первинних форм страхування	20
1.2. Економічна природа, зміст та функції страхування. Місце страхування в економічній системі	29
1.3. Об’єкт, предмет, методи та методологія досліджень у страхуванні	35
1.4. Страховий фонд: зміст, структура, принципи формування та використання	43
Навчальний тренінг	53
Розділ 2. Ризик, управління ризиком у страхуванні	57
2.1. Зміст та структурна характеристика ризику	57
2.2. Економічні ризики	61

2.3. Класифікація економічних ризиків	63
2.4. Концепція управління ризиком	73
2.5. Страхування в системі управління ризиками	77
Навчальний тренінг	86
Розділ 3. Класифікація страхування	89
3.1. Класифікація: зміст, наукове та практичне значення	89
3.2. Класифікація за метою страхування. Комерційне та соціальне страхування	91
3.3. Класифікація за ступенем свободи волевиявлення страхувальника. Добровільне та обов'язкове страхування	95
3.4. Класифікація за об'єктами. Страхування життя, майна та відповідальності	101
3.5. Класифікація страхування за родом небезпеки ...	105
Навчальний тренінг	108
Частина II. ОСОБОВЕ СТРАХУВАННЯ	111
Розділ 4. Страхування життя	112
4.1. Зміст і структура (види) страхування життя	113
4.2. Змішане страхування життя	121
4.3. Значення, стан та перспективи розвитку страхування життя в Україні	125
Навчальний тренінг	132
Розділ 5. Страхування від нещасних випадків	136
5.1. Зміст і структура страхування від нещасних випадків	136
5.2. Обов'язкове державне страхування від нещасних випадків	139
5.3. Добровільне страхування від нещасних випадків	145
5.4. Страхування від нещасних випадків пасажирів	150
Навчальний тренінг	154
Розділ 6. Медичне страхування	159

6.1. Необхідність, зміст та структура медичного страхування	159
6.2. Обов'язкове медичне страхування	163
6.3. Добровільне медичне страхування	165
Навчальний тренінг	176
Розділ 7. Пенсійне страхування	179
7.1. Страхування ренти (ануїтетів)	179
7.2. Страхування додаткової пенсії	186
Навчальний тренінг	208
Частина III. МАЙНОВЕ СТРАХУВАННЯ	211
Розділ 8. Страхування майнових інтересів фізичних та юридичних осіб	212
8.1. Зміст, структура та принципи майнового страхування	212
8.2. Страхування майнових інтересів фізичних та юридичних осіб	220
8.3. Вартісна оцінка майна, що підлягає страхуванню. Врегулювання вимог страхувальника щодо відшкодування збитків	227
Навчальний тренінг	231
Розділ 9. Транспортне страхування	234
9.1. Автомобільне страхування	235
9.2. Страхування водних транспортних засобів. Морське страхування	239
9.3. Авіаційне страхування	243
9.4. Страхування вантажів на різних видах транспортних засобів	248
Навчальний тренінг	268
Розділ 10. Страхування підприємницьких ризиків	274
10.1. Місце страхування в страховому захисті підприємництва	274
10.2. Різновиди страхування підприємницьких ризиків	277

10.3. Страхування підприємницької діяльності в промисловості	286
10.4. Страхування в системі управління підприємницьким ризиком в аграрному бізнесі	293
Навчальний тренінг	301
Розділ 11. Страхування фінансово-кредитних ризиків	305
11.1. Економічний зміст страхування кредитів	305
11.2. Форми страхування кредитів	308
11.3. Страхування депозитів.....	315
11.4. Страхування фінансових гарантій	320
11.5. Особливості іпотечного страхування банків	326
11.6. Інтеграція банківської та страхової сфери: стратегічні альянси	335
Навчальний тренінг	340
Частина IV. СТРАХУВАННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ	343
Розділ 12. Страхування цивільної відповідальності	344
12.1. Необхідність, зміст і структура страхування цивільної відповідальності	344
12.2. Страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів	349
12.3. Страхування професійної відповідальності	374
12.4. Страхування відповідальності суб'єктів господарювання — джерел підвищеної небезпеки.....	377
12.5. Страхування інших видів відповідальності	385
Навчальний тренінг	391
Частина V. ПЕРЕСТРАХУВАННЯ.....	395
Розділ 13. Перестрахування і співстрахування	396
13.1. Необхідність, зміст і перспективи розвитку співстрахування в Україні.....	396

13.2. Виникнення, зміст та значення перестрахування у забезпеченні гарантій страхового захисту	399
13.3. Методи перестрахування.....	404
13.4. Види та інструменти перестрахування	408
13.5. Стан та перспективи розвитку перестрахування в Україні.....	415
Навчальний тренінг	424
Частина VI. ФІНАНСИ СТРАХОВОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ.....	429
Розділ 14. Фінанси страховика	430
14.1. Ризики страхової організації та джерела їх покриття	430
14.2. Страхові тарифи.....	440
14.3. Баланс страхової організації, фінансові ресурси страховика	444
14.4. Формування фінансового результату страхової організації. Показники фінансової діяльності ...	449
14.5. Страхові резерви	458
Навчальний тренінг	475
Розділ 15. Фінансова безпека страховика.....	479
15.1. Зміст фінансової безпеки страхової організації та характеристика джерел її забезпечення	479
15.2. Платоспроможність страховика та методи її оцінки.....	485
15.3. Бюджетування фінансової діяльності страхової організації	489
15.4. Інвестиційна діяльність страхової організації ...	494
Навчальний тренінг.....	509
Частина VII. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	513
Розділ 16. Договори страхування: порядок підписання, ведення та призупинення дії.....	514

16.1. Страхова послуга як товар: зміст та особливості	514
16.2. Зміст та порядок укладання страхового договору	518
16.3. Порядок ведення, призупинення дії страхового договору та врегулювання вимог страхувальника щодо здійснення страхових виплат та страхового відшкодування збитків	532
Навчальний тренінг	540
Розділ 17. Державне регулювання страхової діяльності	544
17.1. Об'єктивна необхідність, зміст та межі державного регулювання страхової діяльності	544
17.2. Державний нагляд за страховою діяльністю	551
17.3. Ліцензування страхової діяльності	556
17.4. Оподаткування страховиків	558
Навчальний тренінг	563
Розділ 18. Регулювання та нагляд за банківською діяльністю в Україні	567
18.1. Організаційні засади регулювання банківської діяльності та банківського нагляду	568
18.2. Базельський комітет та його роль у формуванні системи регулювання діяльності комерційних банків	575
18.3. Реєстрація банків та ліцензування банківської діяльності	584
18.4. Контроль за діяльністю банків та заходи впливу з боку Національного банку України	596
Навчальний тренінг	610
Частина VIII. МАРКЕТИНГ НА РИНКУ СТРАХУВАННЯ	613
Розділ 19. Страховий ринок	614
19.1. Зміст та характерні риси страхового ринку	614
19.2. Структура та елементи інфраструктури страхового ринку	616
19.3. Тенденції розвитку страхового ринку України	619

Навчальний тренінг	622
Розділ 20. Маркетинг у страховій діяльності	624
20.1. Зміст та цілі маркетингу в страховій діяльності	624
20.2. Комплекс маркетингу на страховому ринку	628
20.3. Стратегія збуту на страховому ринку	633
Навчальний тренінг	664
Частина IX. АКТУАРНІ РОЗРАХУНКИ	667
Розділ 21. Моделі індивідуальних позовів	669
21.1. Дискретні моделі індивідуальних позовів	670
21.2. Структуровані моделі індивідуальних позовів	672
21.3. Неперервні моделі індивідуальних позовів	674
21.4. Рандомізація розподілів	677
21.5. Моделювання спеціальних умов угод страхування	679
Навчальний тренінг	681
Розділ 22. Моделі процесу позовів	683
22.1. Статична модель для кількості позовів за фіксований проміжок часу	684
22.2. Динамічна модель для кількості позовів за фіксований проміжок часу	685
22.3. Від'ємний біноміальний розподіл	687
Навчальний тренінг	691
Розділ 23. Модель індивідуального ризику	692
23.1. Точні та наближені методи обчислення ймовірності банкрутства	693
23.2. Принципи призначення страхових премій	699
Навчальний тренінг	707
Розділ 24. Моделі тривалості життя	709
24.1. Функція дожиття	710
24.2. Інтенсивність смертності	713
24.3. Таблиці смертності	716
24.4. Деякі аналітичні закони смертності	725

Навчальний тренінг	728
Розділ 25. Страхування життя	731
25.1. Страхові угоди з виплатами в момент смерті	732
25.2. Страхові угоди з виплатами наприкінці року смерті	742
25.3. Страхові ануїтети	750
25.4. Нетто-премії	752
25.5. Нетто-резерви	754
Навчальний тренінг	756
Розділ 26. Модель колективного ризику	759
26.1. Точні та наближені методи розрахунку ймовірності банкрутства	761
26.2. Складені пуассонівський та від'ємний біноміальний розподіли	764
Навчальний тренінг	770
Розділ 27. Динамічна модель банкрутства	772
27.1. Класична модель ризику	774
27.2. "Практичні" оцінки ймовірності банкрутства в класичній моделі ризику, дифузійна апроксимація процесу ризику	782
27.3. Порівняння апроксимацій ймовірності банкрутства страхових компаній	787
27.4. Знаходження точних оцінок ймовірності банкрутства страхових компаній України у класичній моделі ризику	791
27.5. Обчислення оцінок ймовірностей банкрутства страхових компаній України	807
27.6. Визначення мінімально необхідного розміру стартового капіталу страхової компанії	821
Навчальний тренінг	825
Розділ 28. Зменшення ризику за допомогою перестраховання	829
28.1. Зміст та різновиди угод перестраховання	829
28.2. Перестраховання в моделі індивідуального ризику	832

28.3. Перестраховання у динамічній моделі банкрутства	838
Навчальний тренінг	840
Частина X. ІНОЗЕМНЕ СТРАХУВАННЯ	843
Розділ 29. Страховий ринок Європейського Союзу	844
29.1. Загальна характеристика страхового ринку Європейського Союзу	844
29.2. Класифікація видів страхування в Європейському Союзі	850
29.3. Структура страхового ринку Європейського Союзу	853
29.4. Європейське регулювання страхової діяльності	856
Навчальний тренінг	870
Розділ 30. Страхування у Великій Британії	873
30.1. Страхова галузь у Великій Британії	873
30.2. Структура страхового ринку	874
30.3. Страховий ринок Ллойд	875
Навчальний тренінг	886
Розділ 31. Страхування у Німеччині	888
31.1. Страховий ринок Німеччини	888
31.2. Регулювання страхової діяльності у Німеччині	894
31.3. Медичне страхування у Німеччині	898
Навчальний тренінг	903
Розділ 32. Страхування у Франції	906
32.1. Класифікація страхової діяльності у Франції	906
32.2. Форми та організаційні структури французьких страхових компаній	912
32.3. Оцінка результатів діяльності французьких страхових компаній	919
Навчальний тренінг	922
Розділ 33. Страхування у міжнародній торговельній діяльності	925

33.1. Зміст та роль страхування у міжнародній торговельній діяльності	925
33.2. Страхування міжнародних товароперевезень	932
33.2.1. Особливості організації страхування міжнародних товароперевезень	932
33.2.2. Страхування морських товароперевезень.....	941
33.2.3. Страхування перевезень авіаційним транспортом у міжнародній торгівлі	954
33.3. Роль держави в організації страхування міжнародних торговельних операцій	958
Навчальний тренінг	975
Додатки	978
<i>Додаток А.</i> Зміна стратегії поведінки страхових компаній на міжнародному ринку з урахуванням збільшення кількості природних катастроф ...	978
<i>Додаток Б.</i> Основні міжнародні організації та об'єднання, що діють на страховому ринку	998
<i>Додаток В.</i> Провідні страхові компанії України та світу	1012

ПЕРЕДМОВА

Ринкова економіка, маючи надзвичайно потужний потенціал розвитку, характеризується мінливістю, непередбачуваністю та ризиковістю. З розвитком ринкової економіки зростає потреба у підготовці фундаментальних підручників зі страхування, які ґрунтуються на новітніх теоретичних знаннях економічної природи страхування, розкривають закономірності та тенденції розвитку страхового ринку в умовах інтернаціоналізації та віртуалізації економічного життя.

Підручник, що пропонується читачам, підготовлений викладачами економічного факультету Київського національного університету імені Тараса Шевченка та провідними фахівцями — практиками страхової справи.

Оригінальна структура підручника, високий науковий рівень та логіка викладу матеріалу, розмаїття думок та аргументованість точок зору, сучасні трактування та багатий математичний

апарат, широка джерельна база, методичні знахідки — усе це вирізняє підручник з-поміж інших.

Автори приділяють належну увагу розкриттю сутності категорій та понять змісту страхування, досліджують його структуру, проблеми становлення та функціонування страхового ринку, механізму збалансованості попиту та пропозиції страхових продуктів, ролі держави та міжнародних страхових організацій у страховому бізнесі.

У підручнику розмежовуються поняття “особисте” та “особове” страхування, “продукт” і “послуга”, “предмет страхового договору” і “об’єкт страхування” тощо. Автори підручника намагалися ґрунтовно аргументувати застосування певних понять та категорій, які найадекватніше відображають реалії страхового бізнесу, особливості його розвитку та суперечності.

Цей підручник вирізняється серед інших підручників та посібників високопрофесійним аналізом теоретичних та прикладних проблем здійснення актуарних розрахунків. Ціла частина підручника присвячена економіко-математичними моделям: індивідуальних позовів та процесів позовів, індивідуального та колективного ризиків, тривалості життя, банкрутства тощо.

Окрім того, в підручнику використано досить значний обсяг первинного матеріалу з іноземних джерел, що дало можливість дослідити проблеми та перспективи розвитку європейського страхового ринку, а також страхових ринків Великої Британії, Франції, Німеччини, висвітлити історію становлення та стратегію розвитку страхової корпорації Великої Британії Ллойд.

Досить ґрунтовно, з належним використанням математичного апарату, висвітлюється ризик-менеджмент у страхуванні. Автори підручника переконливо показали можливості використання страхування як одного зі способів управління ризиками підприємства.

У підручнику розкриваються суперечності, властиві страховому ринку, між страховиком і страхувальником, індивідуальними і суспільними, національними і глобальними інтересами. Вивчаючи матеріал підручника, читач починає розуміти сутність, перспективи та тенденції розвитку страхування у світовій спільноті та в національних економіках, а також усвідомлює потребу в уніфікації страхового законодавства і водночас у збереженні національних особливостей у різних економічних системах.

Страховий ринок є одним із сегментів фінансового ринку, і в цьому аспекті з метою здійснення порівняльного аналізу форм, засобів та сили впливу держави на суб’єктів ринкового господарства в підручнику розкривається роль держави в регулюванні страхової і банківської діяльності та нагляді за нею.

Автори аналізують нові види страхування: ризики довірчого управління за іпотечного кредитування та житлового будівництва; медичне страхування; страхування додаткової пенсії. Досить ґрунтовно та широко представлено розділ страхування цивільної відповідальності.

Особлива увага в підручнику приділена перестрахованню та співстрахованню, виявленню проблем розвитку перестрахового ринку в Україні, вибору моделі цього ринку, розкриттю суперечностей, що виникають між інтересами страховика, перестрахованих і держави.

жави за перестраховання ризикових видів страхування та перестраховання життя.

Підручник дає змогу самостійно розібратись у складних процесах страхування, збагачує знаннями глибинних процесів формування та функціонування ринкової економіки.

Для студентів, аспірантів, викладачів, представників державних структур та підприємців усіх рівнів.

Частина I

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СТРАХУВАННЯ

*Розділ 1. Економічна природа страхування
та його роль у ринковій економіці.*

Розділ 2. Ризик, управління ризиком у страхуванні.

Розділ 3. Класифікація страхування.

Розділ 1

ЕКОНОМІЧНА ПРИРОДА СТРАХУВАННЯ ТА ЙОГО РОЛЬ У РИНКОВІЙ ЕКОНОМІЦІ

- 1.1. *Історичні передумови виникнення та еволюція первинних форм страхування.*
- 1.2. *Економічна природа, зміст та функції страхування. Місце страхування в економічній системі.*
- 1.3. *Об'єкт, предмет, методи та методологія досліджень у страхуванні.*
- 1.4. *Страховий фонд: зміст, структура, принципи формування та використання.*

1.1. Історичні передумови виникнення та еволюція первинних форм страхування

Страховання як економічне явище має глибоке коріння, що сягає в давнину тисячоліть. З давніх-давен у людей виникла потреба у відшкодуванні чи розподілі збитків серед широкого загалу. Особливо гостро ця проблема виявилась у торговців у зв'язку з тим, що їхня діяльність була особливо ризиковою, об'єктивно зумовлювалась природними та соціально-етнічними чинниками. Для відшкодування хоча б частини втрат від нещасного випадку чи розбійницького нападу учасники торговельного каравану укладали разові угоди, якими передбачалася спільна відповідальність за збитки, яких зазнавав будь-хто з його учасників. Це могли бути втрати товару, пов'язані з крадіжкою, знищенням чи псуванням його грабіжниками, або втрати, пов'язані з завданням шкоди, зникненням чи знищенням транспортного засобу (на морі — кораблі, на суші — в'ючні тварини). Конкретні приклади таких угод відображені в зако-

нах вавилонського царя Хаммурапі, тобто ще за дві тисячі років до нашої ери.

Потреба у страховому захисті стає особливо відчутною під час здійснення морської торгівлі. Небезпека мореплавства (стихія на морі, недосконалість навігаційної техніки, зіткнення кораблів, піратські набіги, екзотичні хвороби, епідемії) вимагала пошуку дієвих механізмів захисту. Тому вже у стародавньому світі укладались угоди між судовласниками і купцями, між піратами та купцями щодо розподілу доходів та втрат від торговельної діяльності¹.

У зв'язку з тим, що нагальною для України проблемою на початку ХХІ ст. є проблема рейдерства, вважаємо доцільним коротко зупинитись на історичних паралелях, пов'язаних з цим явищем. Історичні корені рейдерства знаходяться саме в піратстві, яке виникло в глибоку давнину. Вважають, що в той день, коли перший морський торговець завантажив свій човен товарами, вслід за ним відправився перший морський розбійник².

Піратство в найзагальнішому розумінні — це розбій на морі. *Метою* піратства є напад на торговельні судна.

Піратство може бути приватним і таким, що перебуває під *покровительством уряду*.

До *приватного* піратства відносять напад *буканьєрів та флібустьєрів* на чужі кораблі з метою їх пограбування та самозбагачення. Їм, як правило, байдуже, власністю якої держави є цей корабель.

Піратство спрямоване *проти однієї чи декількох країн*, яке користується *покровительством уряду*, називають *корсарством* (франц.), *касперством* (нім.) або *приватирством* (англ.).

Об'єктами їх нападу є *судна ворожої сторони*. Корсарство — справа теж приватна, але корсар отримує від уряду патент, який охороняє його при зустрічі з неворожими військовими кораблями та переводить його, за умови потрапляння в полон,

¹ Див.: Вобльй К.Г. Основы экономики страхования. — М.: АНКІЛ, 1995. — С. 12—16.

² *Можейко И.В.* (Кир Булычев). Пираты, корсары, рейдеры. — М.: Вече, 2003. — С. 9—10.

з категорії “розбійника, що перебуває поза законом” в категорію “військовополонених”. *Корсар*, на відміну від пірата, ділиться здобутим розбійницьким нападом багатством з судновласником і урядом.

Рейдер, на відміну від корсара, перебуває на службі в уряді й тому не повинен брати участі в розподілі награваного. На відміну від піратів і корсарів, які, як правило, не потопляють судно, не обібравши його, рейдер може знищити судно не пограбувавши його. Рейдерство — явище Нового часу. Воно ґрунтується на усвідомленні того, що збиток противника — завжди прибуток для контрагента.

Історії відомі розбійницькі операції піратів не тільки на морі, а й на суші — напади на прибережні міста та інші поселення. “Морським розбоєм” називають і захоплення судна внаслідок бунту на борту. Усі події вимагають певних форм захисту потерпілих, і страхуванню серед цих форм належить чільне місце.

Розвиток торгівлі об’єктивно зумовлює необхідність, з одного боку, нагромадження певного обсягу капіталу, а з іншого — надійного захисту від можливих втрат. Потреба в значних коштах спонукала покушців звертатись за кредитом, для отримання якого необхідні були гарантії щодо його вчасного повернення. Отже, як той, хто надавав позику, так і той, хто її отримував, вимушені були страхувати свої капітали. Відкриття нових морських торгових шляхів та пошкваллення торговельних зв’язків між країнами вимагало з одного боку, великих коштів, а з іншого — було вкрай небезпечним (недостатній технічний рівень суднобудування, недосконалі навігаційна техніка, невивчені морські шляхи, наявність піратів, корсарів, рейдерів). Усе це зумовило пошук нових форм нагромадження капіталів та їх дієвого захисту, компенсації можливих втрат за рахунок розпорошення збитків.

Особливості первинних форм страхового захисту полягають у тому, що:

по-перше, вони не передбачають попереднього нагромадження грошових засобів для відшкодування вірогідних збитків;

по-друге, вони зобов’язують відшкодувати збитки спільно у порядку їх розподілу між певною спільнотою, збираючи

грошові засоби після настання небезпеки та оцінки збитків, спричинених нею.

Варто зазначити, що риси, властиві страхуванню капіталістичної доби, зароджувалися за середньовічної доби. Але вперше формування страхового фонду було запроваджено ще в Стародавньому Римі. Цей факт потребує пояснення.

Справа в тому, що саме в Римі I ст. до н. е. пірати спричинили морську блокаду. У зв’язку з тим, що італійці того часу не мали морських традицій, морську торгівлю в Римській державі здійснювали завербовані підкорені чужоземці.

За короткий період Рим не міг створити могутнього флоту. Громадянська війна між прихильниками Марія та Сулли посилювала суперечності всередині держави, роблячи її слабкішою. Цією ситуацією скористались морські розбійники, внаслідок розбою яких із Єгипту до Риму потрапляла тільки третина імпортованого зерна, дві третини потрапляли в руки піратів. Риму загрожував голод.

За пропозицією народного трибуна Авла Габінія в 67 р. до н. е. боротьбу з піратами було доручено полководцю Помпею, який реалізував цей проект досить успішно¹. В той самий час виникла потреба завчасного формування фондів страхового відшкодування збитків потерпілим. Надання допомоги членам римських професійних корпорацій, колегій, спілок на випадок захворювання, каліцтва, смерті (для виконання культових обрядів, встановлення пам’ятників, допомоги сім’ям, що втратили годувальника, тощо) здійснювалось на основі обов’язковості регулярних платежів, з яких формувались страхові фонди, що мали сувору цільове призначення.

Виплату з цього фонду міг отримати виключно спадкоємець за заповітом, а не за законом, оскільки лише особа, визначена тим, хто заповідав, здатна найліпше використати страхові грошові засоби за цільовим призначенням. І хоча римське право регламентувало належність рабовласнику результатів усіх угод, укладених його рабом, господар не мав права на привласнення його (раба) страхової суми.

¹ История пиратства // Маховский Я. Под черным флагом / Пер. с пол. В.Л. Кона // А.О. Эксвемелин. Пираты Америки / Пер. с голл. В. Аронова. — Смоленск: Русич, 2002. — С. 20—23.

Середньовічне страхування. У цей період страхування здійснювалося через гільдії (братства) та спілки. Середньовічне, або гільдійно-цехове, страхування спершу було досить схожим на страхування в професійних колегіях та профспілках. Воно не передбачало попереднього переліку страхових подій та розмірів відшкодування збитків, зумовлених цими подіями.

У міру розвитку гільдійно-цехове страхування характеризується новими рисами:

- запровадження регулярних внесків;
- встановлення переліку страхових випадків, за які передбачається відшкодування збитків;
- встановлення конкретних форм та розмірів страхових виплат з урахуванням страхових фондів, які обслуговували не тільки членів, що здійснювали страхові внески, а й сторонніх осіб (вдів, сиріт і т. ін.);
- формування державних страхових фондів.

У період середньовіччя відбувається поділ страхування на майнове та особисте.

Майнове страхування мало відшкодувати збитки, що виникли внаслідок стихійного лиха, пограбування, а також банкрутства (розорення) члена гільдії незалежно від причин, що його (банкрутство) зумовили. Разом з тим слід зазначити, що члени гільдійної або цехової каси зобов'язувалися сприяти один одному в обмеженні збитків, спричинених пожежами, стихійними лихами, грабунками тощо. Але недбале ставлення до охорони майна позбавляло права на отримання страхового відшкодування.

Особисте страхування передбачало грошові виплати в разі хвороби, каліцтва, смерті тощо. Статут колегії чи спілки регламентував випадки втрати права на отримання страхової виплати. Це насамперед були самогубство та несплата на момент смерті щомісячних внесків пізніше встановленого строку.

Значну роль у торговельних зв'язках середньовічної України відігравали чумаки, які перевозили різноманітні товари через безкраї степові простори. Чумаки купували на Чорному та Азовському морях рибу та сіль і продавали їх у різних кутках країни, долаючи великі відстані. Вони також торгували краном, іншими товарами на ярмарках, поволі пересуваючись зі своїм товаром з однієї місцевості до іншої. Їх діяльність була

ризиковою: не витримували навантаження воли, ламалися вози, хворіли й самі чумаки. У безлюдних місцях на чумаків нападали розбійники. Такі умови діяльності спонукали чумаків до колективного захисту від втрат, спільного відшкодування збитків. Неписані, але беззастережні щодо виконання, закони чумацького життя передбачали відшкодування за кошти артілі збитків потерпілому в дорозі від падежу вола і т. ін.¹

Посилення розбою з розвитком торгівлі на сухопутних і морських шляхах змусили купців Північно-Західної Європи об'єднати свої зусилля з метою захисту своїх спільних інтересів та безпеки торгівлі. Так, весною 1241 р. купці Любека та Гамбурга підписують угоду про сумісну відповідальність за збитки, заподіяні розбійниками їх мешканцям, в якій зазначалось, що в разі нападу розбійників чи інших "злих людей" на жителів цих міст на території, де річка Траве впадає в море, і до самого Гамбурга, а звідти через всю Лабу до самого моря, всі витрати, пов'язані зі знищенням цих розбійників, розподілялись порівну між учасниками угоди².

Таким чином, ще на ранніх етапах суспільного розвитку виникла об'єктивна потреба відшкодування збитків, пов'язаних із втратою або пошкодженням майна, знарядь праці, житла та інших цінностей. Саме страх перед бідною, нещасним випадком спонукав до пошуку засобів захисту, застерігав від невважених дій, вимагав створення певних запасів, які можна було б використати після настання непередбачуваних та небажаних, але невблаганних обставин.

Звісно, найбільшого поширення страхування набуло за капіталістичної доби у зв'язку з інтенсивним розвитком торгівлі та розширенням радіусу торговельних зв'язків, зумовлених розвитком транспортної мережі (спочатку морської, а потім сухопутної та повітряної).

Глобалізаційні процеси суттєво посилили потребу в страховому захисті.

Особливістю страхування капіталістичної доби є те, що воно стає різновидом підприємницької діяльності. Як прави-

¹ *Огієнко В.І.* Страхування: вчора, сьогодні і завжди // Вісник Національного банку України. — 1996. — № 6. — С. 72.

² *История пиратства.* — С. 45.

ло, наймогутнішими рушійними силами розвитку страхування і в цей період були надзвичайні катастрофічні події, ліквідація наслідків яких вимагала як часу, так і значних грошових засобів. Так, надзвичайно руйнівна пожежа 1666 р., яка знищила практично весь житловий фонд центру Лондона, спонукала до значного поширення вогневого страхування. Ця подія прискорила утворення страхових компаній по всій Європі.

Розвиток підприємницької діяльності породжує все нові й нові ризики, на що страховий бізнес відгукується пропонуванням нових видів страхових послуг: страхування фінансових втрат; від крадіжки зі зломом; посівів від пошкодження чи знищення градом, селевими потоками і т. ін.; фізичних осіб від нещасних випадків на виробництві; страхування життя і т. ін.

На теренах колишньої Російської імперії, до складу якої входила й Україна, у XVIII ст. виникають страхові товариства, які здійснюють морське, вогневе страхування, перестраховування, страхування життя та від нещасних випадків.

У XIX ст. в Росії поширюється взаємне та розвивається земське страхування. Воно означало обмеження діяльності страхового товариства одним містом або однією губернією (областю). Земські збори, згідно з Положенням про взаємне земське страхування (1864 р.), визначали тарифи, норми страхового покриття (забезпечення); розробляли інструкції страхування земських управ, волостних правлінь та агентів; розпоряджались страховими фондами тощо.

Наприкінці XIX ст. велике страхове товариство “Росія” здійснювало колективне та індивідуальне страхування життя, капіталів. А на початку XX ст. у Москві було створено Російський взаємний страховий союз, який займався страхуванням від вогню рухомого та нерухомого майна.

Зважаючи на те, що в 1913 р. всіма страховиками, що здійснювали страхування від вогню, було відшкодовано тільки 20 % збитків, можна стверджувати про недостатню фінансову стійкість страхових організацій. У загальній організаційній структурі страховиків за сумою страхових внесків найбільша частка припадала на акціонерні товариства (понад 60 %), на земства (близько 20 %) і на взаємне страхування (менше 10 %)¹.

¹ Гвозденко А.А. Основы страхования: Учебник. — М.: Финансы и статистика, 1999. — С. 11—12.

Страхування в західноукраїнських землях відображає особливості, пов’язані з входженням цих земель до Австро-Угорщини та Польщі. Наприкінці XIX ст. страхове товариство “Дністер” у Галичині, яка входила до складу Австро-Угорської імперії, займалося страхуванням рухомого та нерухомого майна від пошкодження чи знищенням вогнем. Не підлягали страхуванню фабрики та склади виробів, яким загрожувала надзвичайна небезпека, гроші, цінні папери, документи, торгові книги та інші предмети, вартість яких не можна було визначити¹.

У 1911 р. на Буковині було створено “Товариство взаємного страхування життя і пенсій “Карпатія”².

Після приєднання західноукраїнських земель до Польщі Міністерство фінансів Польщі у 1920 р. заснувало окремих орган, що здійснював контроль за страховими організаціями, та визначило сферу його компетенції. Польський уряд прагнув монополізувати страхову діяльність, надаючи право здійснювати обов’язкове страхування виключно одному страховику — “Польській дирекції взаємного страхування” (ПДВС). Це ставило під загрозу існування комерційних страховиків. У результаті боротьби ділових кіл та уряду Польщі було прийнято компромісне рішення, згідно з яким 2/3 від вартості застрахованих об’єктів необхідно було страхувати в ПДВС, а 1/3 — у будь-якого іншого страховика за вільним вибором страховальника. Таким чином, польське законодавство в галузі страхування поєднало дві форми примусу: “систему примусового страхування”, яка не тільки зобов’язувала страхувати визначені законом об’єкти, а й встановлювала єдиного монополіста — страховика, і “систему примусу до страхування”, яка теж зобов’язувала страхувати зазначені законом об’єкти, але у вільно обраного страховика чи навіть декількох страховиків³.

Страхування на теренах СРСР. Страхова діяльність у системі адміністративного соціалізму регламентувалась “Положенням про державне страхування в СРСР” (1925 р.). Зміст його стисло можна відобразити таким чином:

¹ Клапків М.С., Клапків Ю.М. Витоки національного страхового ринку України: Монографія. — Т.: Карт-бланш, 2003. — С. 47.

² Там само. — С. 69.

³ Там само. — С. 85—87.

- 1) оголошення страхової справи державною монополією;
- 2) створення головного управління державного страхування — Держстраху СРСР — жорстко централізованої структури (до 1958 р.).

У 1947 р. від Держстраху було відокремлено Індержстрах СРСР (Управління іноземного державного страхування). З 1958 р. частина системи Держстраху передається у відання міністерств фінансів союзних республік. З 1967 по 1991 р. система Держстраху стає союзно-республіканською. Її очолювало Правління Держстраху СРСР, яке підпорядковувалось Міністерству фінансів СРСР.

Незважаючи на певні реформи Держстраху СРСР, страхова діяльність перебувала у виключно державній монополії аж до кінця 80-х років.

Початок демонополізації страхової діяльності пов'язують із Законом СРСР “Про кооперацію в СРСР” (1988 р.), який проголосив право створювати кооперативні страхові підприємства та самостійно визначати види, умови і порядок страхування¹.

“Тимчасове положення про акціонерні товариства та товариства з обмеженою відповідальністю” (червень 1990 р.) та постанови Ради Міністрів СРСР “Про заходи щодо демонополізації народного господарства” (серпень 1990 р.) прискорили процес створення недержавних страхових організацій. У цей час в Україні починають створюватись приватні страхові компанії.

Розвиток страхування в незалежній Україні. Початок 90-х років ознаменувався розпадом Радянського Союзу, внаслідок якого утворились 15 незалежних держав, серед яких чільне місце займає Україна. Саме в 90-ті роки в Україні починають здійснювати страхову діяльність “Омета-Інстер”, “Ризик”, “Скайд”, “Саламандра”, “Скайд-вест”, “Талінстрах”, “Дністер”, “Скарбниця” та ін.

На страховий ринок України приходять провідні та досить відомі іноземні страхові компанії, що діють переважно через спільну страхову діяльність. Серед них “Омета-Інстер”, “Ллойд” (Англія), пряме представництво відкриває австрійсь-

¹ Закон СССР “О кооперации в СССР”. — М.: Юрид. лит., 1988. — С. 33.

ка фірма “Sate invest”. Спочатку діяльність страхових компаній регламентувалася Декретом Кабінету Міністрів України “Про страхування” (1993 р.), а потім Законом України “Про страхування” (1996 р.) та Законом України “Про внесення змін та доповнень до Закону України “Про страхування” від 4 жовтня 2001 р. Ухвалюються закони зі страхування окремих видів діяльності, інструктивні документи тощо.

Стосовно кількості страховиків на ринку України варто зазначити, що як і має бути, багато приватних страхових компаній мають короткий вік. Не витримуючи конкуренції, вони зникають. Так, у 1993 р. в Україні нараховувалось близько 800 страховиків, а у 1997 р. їх залишилось 240. Наразі їх понад 400. Велика кількість страховиків не виключає проблем монополізму. Входження України до світової організації торгівлі (СОТ) на весь зріст ставить проблему конкурентоспроможності та фінансової забезпеченості страховика. Головною причиною недостатнього попиту на страхові послуги в Україні є низький рівень доходів переважної більшості громадян. Зміна політики доходів, зростання загальної та страхової культури зокрема — потенційні чинники розширення та розвитку страхової діяльності.

1.2. Економічна природа, зміст та функції страхування. Місце страхування в економічній системі

Економічна природа будь-якого явища криється в економічних інтересах учасників певного процесу чи явища.

Економічна природа страхування виявляється у грошовому відшкодуванні потерпілим збитків, що виникли внаслідок непередбачуваних або передбачуваних, але невідворотних згубних подій за рахунок внесків тих, хто потенційно може зазнати шкоди від цих подій і погоджується або зобов'язується законом чи договором сплачувати їх (внески) завчасно, тобто до настання самих подій.

Звідки береться можливість відшкодувати збитки, яких зазнавали економічні суб'єкти не внаслідок зміни власника, а внаслідок втрати майна, як для окремої особи, так і для суспільства в цілому? Прикладом такої втрати може бути знищення врожаю повенями, засухою чи буревіями; знищення житла з усіма побутовими речами буревіями, торнадо, землетрусами тощо; затоплення морського судна чи падіння повітряного лайнера і т. ін.

Людство не придумало надійнішого джерела для відшкодування таких збитків, ніж сумісне (спільне) формування страхових фондів тими, хто сам може потрапити в аналогічну ситуацію, але одноосібно пережити таку ситуацію не зможе або, якщо й зможе, то з величезними муками. Розподіляючи збитки серед широкого загалу, кожен із учасників формування фонду страхового захисту втрачає незначну суму, коли він стає потерпілим, його втрати значно зменшуються завдяки перерозподілу внесених усіма учасниками формування страхового фонду грошових коштів на користь потерпілих. Суб'єкт, який бере на себе зобов'язання формувати фонди страхового захисту та використовувати їх для компенсації збитків застрахованим потерпілим, називається *страховиком*.

Суб'єкти, що уклали угоду з страховиком про страхування свого інтересу або інтересу третьої особи, сплачують страхові премії (внески) і мають право отримати відшкодування (за законом чи за угодою) при настанні страхового випадку, називаються *страхувальниками*.

Страховик і страхувальник як окремі суб'єкти мають особливі (відмінні) інтереси. Разом із тим їх зводить воедино спільний інтерес. Розглянемо єдність і відмінність інтересів цих двох суб'єктів. Необхідно насамперед зазначити, що страхуванню підлягають тільки ті ризики, які, по-перше, мають вірогідний, але не обов'язковий характер, по-друге, втрати від реалізації яких мають вартісний (ціновий) вимір.

Економічний інтерес страхувальника полягає в тому, що він економічно зацікавлений сплачувати незначні порівняно з можливими втратами внески (премії) страховику, який при настанні страхового випадку для окремого застрахованого відшкодує тому збитки в грошовій формі у повному, хоча частіше

не в повному, але завчасно визначеному договором, (чи законом) розмірі.

Якщо застрахований ризик не реалізується, затрати¹ страхувальника наберуть форми безповоротних втрат.

Економічний інтерес страховика полягає в тому, що серед взятих на страхування ризиків переважна більшість протягом короткого періоду не буде реалізована. Це дає можливість страховику використовувати сплачені страхувальником премії для своїх цілей.

У цьому інтересі страховика криється дуже важлива для ефективності національної економіки спонукка до пошуку дієвих механізмів попередження настання застрахованих подій (якщо це можливо) або до обмеження обсягу збитків від настання невідворотних страхових подій. Цієї мети страховик може досягти декількома шляхами:

по-перше, стимулюючи страхувальника зменшенням страхової премії, вживати запобіжні (превентивні) заходи щодо усунення чи обмеження чинників, які породжують страхові події;

по-друге, залучаючи до страхування дедалі більшу кількість страхувальників, створюється можливість розподіляти збитки серед широкого кола страхувальників, що, з одного боку, робить сам страховий захист для окремого страхувальника дешевшим, а з іншого — забезпечує страховику страхові фонди, достатні для відшкодування значних збитків потерпілим від страхових подій.

Отже, інтереси страховика і страхувальника відмінні в тому, що страхувальник хотів би платити страхові премії тільки за реалізований ризик, тоді як страховик зацікавлений у тому, щоб якомога більше страхувальників обходили страхові події. Разом із тим інтереси страхувальника і страховика збігаються у тому, що для обох суб'єктів краще, щоб страхова подія не настала. Для страховика це означає зібрані премії, не відшкодовані страхувальникам, для страхувальника — безпе-

¹ Автори дотримуються думки, що *витрати* пов'язані з еквівалентним обміном (купівля-продаж), а *затрати* включають витрати + трансфери + втрати. Тому вживається термін "затрати", хоча в нормативно-правових актах України — "витрати".

первність економічного процесу, адже відшкодування збитків здійснюється, як правило, з часом, є неповним, має грошову форму. Переведення їх у належні виробничі чинники вимагає додаткового часу, а тому й додаткових втрат. У зв'язку з тим, що настання подій, що підлягають страхуванню, все ж залишається вірогідним, страхувальнику вигідніше платити й не потрапляти в страхову ситуацію. Але й реалізація ризику, якщо він застрахований, пов'язана зі значно меншими втратами для застрахованої особи.

Таким чином, страхувальник платить страховику за гарантію підтримки у скрутних умовах, за впевненість у стабільному розвитку, за можливість забезпечення безперервності процесу відтворення господарської діяльності.

Економічний зміст страхування полягає в тому, що цей різновид людської діяльності спрямований на захист майнових інтересів юридичних та фізичних осіб, що потерпіли у зв'язку з настанням страхових випадків, визначених договором чи страховим законодавством, за рахунок страхових фондів, які формуються учасниками страхування. Страхувальники беруть участь у формуванні цих фондів, сплачуючи страхові премії чи внески, а страховики — частиною доходів, отриманих від розміщення тимчасово вільних грошових засобів, способами, не забороненими законом.

Місце страхування в економічній системі. За класифікацією видів економічної діяльності (КВЕД) у системі національних рахунків (СНР-93) страхування відносять до *діяльності фінансових установ*. Пояснюється це тим, що страхування, як і фінанси, виражає відносини щодо акумуляції та цільового використання грошових засобів. Разом із тим слід зазначити, що *страхування* — особлива сфера фінансових відносин. Ці особливості виявляються у функціях, властивих страхуванню.

Функції страхування.

1. **Взяття страховиком за певну плату на певний строк матеріальної відповідальності перед страхувальником за наслідки від реалізації ризику**, передбаченого договором чи чинним законодавством.

У разі реалізації ризику (страхової події), страховик мусить здійснити страхувальнику відшкодування збитків за його (страхувальника) вимогою. За умови нереалізованого ризику страхові премії привласнює страховик. Рівень тарифів (страхових премій) прямо залежить від імовірного рівня ризику. Ця функція здійснюється через процес купівлі-продажу страхової послуги.

2. **Формування страхового фонду (резерву)** для відшкодування втрат від реалізації страхових випадків, прийнятих страховиком від страхувальника.

3. **Грошове відшкодування збитків**, яких зазнали страхувальники від настання страхових подій. Через цю функцію найповніше реалізується потреба в страховому захисті. Обсяг страхового відшкодування та порядок отримання коштів визначаються умовами договору, укладеного страхувальником і страховиком, чи законодавством.

4. **Заощаджувальна функція** поширюється не на всі види страхування. Вона властива видам особистого (особового) страхування, пов'язаним зі страхуванням життя, пенсій, дожиттям до весілля, повноліття та ін.

Ця функція передбачає нагромадження шляхом сплати страховику страхових внесків (премій) впродовж тривалого часу в обсязі *страхової суми*, визначеної договором. По закінченні терміну договору страхувальник отримує нагромажені кошти від страховика. Якщо під час дії договору трапилась страхова подія, страховик несе повну відповідальність у межах страхової суми (суми, на яку застраховано об'єкт), незалежно від того, яку частку цієї суми встиг сплатити страхувальник (але за умови відсутності заборгованості страхувальника перед страховиком). Саме можливість отримати страхову суму в повному обсязі, навіть після сплати тільки першого внеску, робить громадян зацікавленими у такій формі заощаджень.

Ця функція є досить важливою для пожвавлення інвестиційного процесу.

5. **Превентивна (запобіжна, попереджувальна)** функція полягає у створенні умов, що забезпечують зниження рівня ризику та збитків, зумовлених цими ризиками. Ця функція зумовлена специфікою економічних відносин, що виникають між страхувальником і страховиком. Оскільки страховик бере

відповідальність за збитки, зумовлені реалізованим ризиком страхувальника, то він (страховик) зацікавлений у створенні умов для запобігання реалізації ризику, щоб обмежити збитки. У зв'язку з цим страховик стимулює страхувальника (через розмір тарифів на страхові послуги або рівень відшкодування збитків) здійснювати запобіжні заходи щодо можливості виникнення та поширення нещасних випадків, вразливих для життя та здоров'я страхувальників (дотримання правил техніки безпеки, протипожежних заходів, локалізація поширення інфекції тощо), а також умов, що стосуються майнових інтересів страхувальників, пов'язаних із виникненням пожежі, вибуху, руйнації, втрати споживних властивостей товару і т. ін. Описані вище заходи відносять до фінансових преференцій.

Преференції — це пільги, привілеї, переваги.

Фінансові преференції щодо превентивної функції в страхуванні — це надання пільг при сплаті страхових премій тим страхувальникам, які здійснили витрати на запобіжні заходи щодо обмеження умов настання та поширення страхових ризиків (подій).

Окрім фінансових, використовуються **правові преференції**, зміст яких полягає в тому, що страхове законодавство визначає умови, за яких страховик звільняється від зобов'язань стосовно відшкодування збитків страхувальнику чи застрахованій особі. Наприклад, страховик не відшкодовує страхової суми у разі: самогубства; перебування потерпілих у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння; навмисного пошкодження чи знищення застрахованого майна та ін. Є законодавчі обмеження щодо прийняття об'єктів до страхового захисту у зв'язку з надзвичайно високим рівнем їх ризику внаслідок нежиття запобіжних заходів, які б обмежували цей рівень.

6. Репресивна функція страхування полягає в спрямуванні зусиль на усунення страхового випадку та обмеження величини збитків, зумовлених страховим випадком. Так, затрати на боротьбу з пожежею, паводком, епідемією тощо, здійснені страхувальником, відшкодовуються страховиком.

7. Інвестиційна функція не належить до основних, але значущість її від цього не зменшується. Ця функція виникає у зв'язку з тим, що обсяг зібраних страховиком страхових премій перевищує обсяг здійснених ним страхових виплат та ком-

пенсацій. Діяльність страховика, пов'язана з розміщенням та управлінням страховими резервами, є за своїм змістом **інвестиційною діяльністю** страховика. **Способи найкращого, з позиції інтересів страховика, розміщення цих грошових засобів** — це інвестиційна стратегія страховика. Оскільки власне страхова діяльність не зорієнтована за своєю метою на отримання великих прибутків, її інвестиційна діяльність великою мірою впливає на механізм утримання страховика в низькоприбуткових видах страхування, на фінансову стійкість страхової компенсації та інвестиційний процес національної економіки в цілому.

Законодавство України вводить певні обмеження на способи розміщення тимчасово вільних грошових засобів зі страхових резервів з метою їх безпечності, поворотності, прибутковості та ліквідності.

1.3. Об'єкт, предмет, методи та методологія досліджень у страхуванні

Потреба в написанні цього підрозділа зумовлена як мінімум двома причинами.

По-перше, традицією для будь-якої науки, що вивчається як окрема дисципліна, виокремлення об'єкта та предмета її дослідження з-поміж інших суміжних наукових дисциплін.

По-друге, нагальною потребою нагадати деяким сучасним дослідникам про необхідність розмежування онтологічного та гносеологічного аспектів. Ця потреба продиктована тим, що багато теоретичних, навчальних та практичних опублікованих джерел зі страхування розглядають категорії не як інструменти і сходинки **процесу пізнання** явищ і процесів, властивих страхуванню як сфері діяльності, як явищу, а як самі явища.

Нижче висвітлюється власне **гносеологічний** (теоретико-пізнавальний) аспект.

Дослідження — це цілеспрямоване та належним чином організоване вивчення об'єкта.

Метою дослідження є виявлення, витлумачення, оцінювання та використання притаманних об'єкту рис, властивостей, законів та закономірностей, які можуть мати як позитивний, так і негативний вплив на суб'єкта та інші об'єкти. Знання позитивного впливу об'єкта, що досліджується, необхідне для найповнішого використання цього впливу, а знання негативного впливу потрібне для того, щоб можна було обмежити цей згубний вплив, попередити чи запобігти його дії або просто пристосуватись до нього, якщо ні запобігти, ні обмежити цей вплив неможливо.

Те, на що спрямовується дослідження, називається *об'єктом*.

Те, заради чого здійснюється дослідження, називається *предметом*.

Об'єктом дослідження науки про страховий захист є способи, форми, методи управління ризиками шляхом акумуляції грошових внесків та розподілу збитків, зумовлених настанням ризикових страхових подій, серед широкого загалу, а також обмеження збитків шляхом запровадження превентивних заходів щодо настання та поширення страхових подій у просторі та часі.

Предметом дослідження страхової науки є виявлення механізмів узгодження інтересів страховиків та страхувальників, які роблять *перших* зацікавленими в прийнятті ризику до страхування, *других* — зацікавленими в сплаті страхової премії, яка суттєво не впливає на їхній бюджет, але у разі настання страхового випадку суттєво впливає на зменшення їх втрат.

Завданням будь-якого дослідження є встановлення істини, тобто отримання таких знань про об'єкт, які відображають його сутнісні властивості. Систему наукових знань про шляхи, методи, засоби та інструменти пізнання істини називають *методологією* науки.

Методи дослідження. Страхування як галузь наукових знань використовує як *емпіричний рівень* пізнання, який ґрунтується на спостереженні та експерименті, де дослідник аналізує об'єкт, не вносячи змін у нього, так і *теоретичний*

рівень, який оперує не самими об'єктами, а *ідеальними* їх (об'єктів) *образами, моделями*.

Основними методами, які використовують для теоретичного рівня дослідження страхування, є: аналіз і синтез; абстрагування; узагальнення; індукція та дедукція; гіпотетично-дедуктивний та аксіоматичний методи; оптимізаційне та раціоналістичне моделювання; історичний метод, метод аналогій; економіко-статистичні методи — вибірки, групування, порівняння середніх і відносних величин; метод експертних оцінок; метод кореляції та ін.

Розглянемо деякі з цих методів.

Аналіз — це уявне розчленування об'єкта дослідження на частини (сторони, ознаки, властивості, риси, функції, відношення), вивчення кожної з частин окремо. Недоліком такого методу є необхідність “умертвити” об'єкт. Долається цей недолік шляхом його поєднання з синтезом.

Синтез — це поєднання (уявне) в єдине ціле розчленованих аналізом частин. Уявне (мисленнєве) розчленування та поєднання елементів (складових) об'єкта здійснюється за допомогою абстрактних понять.

Абстрагування — це відволікання від несуттєвих рис, властивостей та відношень об'єкта і зосередження уваги на тих рисах, властивостях і відношеннях, які є суттєвими для вивчення цього процесу чи явища. В результаті абстрагування створюються ідеальні образи реального світу, які завжди бідніші останнього.

Узагальнення — це метод пізнання, за допомогою якого здійснюється сходження від одиничних до особливих і загальних ознак та властивостей певної групи чи класу об'єктів.

Індукція — це метод наукового пізнання, коли на основі відомостей про окремих предмет робиться умовивід про загальне. Наприклад, чим вищий дохід має споживач, тим більший попит він пред'являє на страхові послуги. Оскільки так поводить досить велика кількість споживачів, є підстави стверджувати, що попит на страхові послуги прямо пропорційно залежить від обсягу доходу.

Дедукція — метод наукового пізнання, коли на основі знань про загальне робиться умовивід про окреме. Наприклад, досвід найбільш розвинених країн світу свідчить про те, що в міру

розвитку економіки та зростання рівня добробуту збільшується попит на страхові послуги. На основі цього можна зробити висновок, що в міру наближення рівня економічного розвитку України до країн Заходу попит на страховий захист в Україні підвищуватиметься.

У процесі пізнання індукція і дедукція застосовуються в єдності.

Гіпотетично-дедуктивний метод — метод наукового дослідження, який ґрунтується на висуванні гіпотез про причини явищ, що підлягають дослідженню, та у виведенні з цих гіпотез висновків шляхом дедукції. Якщо одержані результати відповідають усім фактам, наданим у гіпотезі, то гіпотеза визнається достовірним знанням.

Аксиоматичний метод — метод побудови наукової теорії, за яким деякі судження приймаються як аксіоми, які не потребують доведення, а всі інші умовиводи робляться з цих аксіом за певним логічними правилами. Необхідною умовою знання, здобутого за таким методом, є внутрішня несуперечливість. Але вона є свідченням того, що теорія правильно побудована, а не того, що вона істинна.

Історичний підхід до аналізу страхової діяльності дає можливість прослідкувати історичний процес розвитку потреб у страховому захисті та можливості задоволення цих потреб, зумовлених технологічним способом виробництва, який відповідає певному етапу історичного розвитку.

Моделювання — це опосередкований метод наукового дослідження, де оригінальний об'єкт аналізу замінюється ідеальним, моделлю, яка існує у відповідній знаковій формі та функціонує за законами логіки, яка відображає реальні процеси матеріального світу.

Моделі — це формалізований опис економічного явища чи процесу, структура якого визначається як об'єктивними властивостями об'єкта дослідження, так і суб'єктивним цільовим характером самого дослідження.

Розглянемо декілька видів моделей залежно від припущення, на якому вони ґрунтуються.

Граничні моделі ґрунтуються на дослідженні впливу нескінченно малої зміни одного змінного чинника на результат. Наприклад, поведінка споживача стосовно впливу її на обсяг

попиту досліджується за умови зміни ціни страхової послуги на одну одиницю.

Рівноважні моделі — метод пізнання, який ґрунтується на припущенні, що ринковій системі, як і її складовим, природно притаманна рівновага, яка, звичайно, може порушуватись, але й самовідновлюватись. Наприклад, ціна на страхову послугу на певному ринку може піднятися вище рівноважного рівня. За цих умов утвориться надлишок пропозиції. Для відновлення рівноваги попиту та пропозиції на цьому ринку благ необхідно, щоб ціна знизилась до попереднього рівня.

Раціоналістичні моделі — метод пізнання, який ґрунтується на припущенні, що всі економічні суб'єкти діють раціонально. В основі раціональних дій економічного суб'єкта лежить критерій “затрати — вигоди”. Вважається, що суб'єкт діє раціонально тільки тоді, коли вигоди перевищують затрати.

Оптимізаційні моделі — метод пізнання, який ґрунтується на припущенні про оптимальну поведінку економічних суб'єктів. Найчастіше оптимальній відповідає поведінка, результатом якої є досягнення найвищого результату за заданих затрат або досягнення заданого результату за мінімальних витрат ресурсів.

Переважає більшість моделей застосовує припущення “за інших рівних (незмінних) умов”. Таке припущення, безумовно, суперечить дійсності, але воно і необхідне, і можливе як сходинка в процесі пізнання. Повніше знання вимагає інформації про те, що буде з об'єктом, якщо “незмінні умови” почнуть змінюватись. Але це вже наступні сходинки пізнавального процесу.

Серед **економіко-статистичних методів** широко застосовується в страхуванні метод кореляції.

Кореляція — це ступінь лінійної залежності (прямої, оберненої чи випадкової) двох змінних, яка визначається через коефіцієнт кореляції (r)

$$r = \frac{\sum x \cdot y}{\sqrt{\sum x^2} \sqrt{\sum y^2}},$$

де x та y — відхилення від середніх значень обох змінних.

Закон великих чисел. Його використання проілюструємо умовним прикладом. Нехай 40-річний Андрій Коромисло страхує життя на 20 років. Чи проживе він ще 20 років, напевно не знають ні сам Андрій, ні страховик, у якого він застрахував своє життя. Але закон великих чисел дає підстави стверджувати, що зі 100 тис. здорових 40-річних чоловіків до 60 років доживе певна кількість, яка буде відрізнятися для різних країн одного історичного періоду та для різних історичних періодів однієї країни.

Теоретичні основи науки страхування. Наука “страхування” ґрунтується на використанні низки теорій: корисності; витрат виробництва; альтернативних витрат; попиту і пропозицій; суспільного вибору; ризику; ігор; імовірності; демографії; математичної статистики і т. ін.

Теорія корисності використовується для пояснення поведінки страхувальника стосовно того, чи передавати йому ризик страховику чи утриматись від цієї дії. Якщо, наприклад, суб’єкт хоче застрахувати свою квартиру вартістю в 100 тис. грн від пожежі строком на 1 рік, він повинен сплатити страхову премію страховику в розмірі 500 грн. Припустимо, ймовірність того, що його квартира згорить, дорівнює 0,987, а ймовірність того, що вона не згорить, — 0,013. Якщо страхова подія не настане (а вірогідність цього досить висока), страхувальник втрачає 500 грн. Якщо страхова подія настане, він отримує компенсацію 100 тис. грн.

Чому ж все-таки страхувальник погоджується страхувати квартиру від вогню за такої незначної вірогідності настання страхового випадку? Справа в тому, що у разі ненастання страхового випадку 500 грн для страхувальника будуть оцінені ним як плата за спокій у зв’язку з тим, що у разі настання страхової події його збитки будуть відшкодовані.

Наведена вище аргументація потенційного страхувальника ґрунтується на **законі спадної корисності**, згідно з яким найвигоднішим економічно є сталий дохід. Це означає, що задоволення від можливого відшкодування втрат, зумовлених пожежею, значно більше від того задоволення, яке страхувальник втрачає, сплачуючи страхову премію й не отримуючи відшкодування.

Теорія затрат виробництва використовується для підрахунку собівартості та дохідності різних видів страхування. Але в страхуванні використання цієї теорії має специфіку, пов’язану з тим, що собівартість страхового захисту визначається на основі ймовірності, яка виводиться з рядків динаміки статистичних показників про кількість страхових подій у певній статистичній сукупності.

Теорія альтернативних затрат використовується для визначення обсягу попиту на страхові послуги. Як і для будь-якого іншого товару, попит на страхові послуги перебуває в оберненій залежності від ціни. Це означає, що функція попиту на страховий захист має спадний характер. Економічний суб’єкт має можливість обмежити свій ризик не тільки страхуванням у страховій компанії, а й альтернативними засобами, до яких належать:

1) **самострахування** у формах:

- відмови від участі у високо ризикових проектах;
- формування власних (децентралізованих) резервних фондів у матеріально-речовій чи грошовій формах;

2) формування страхових фондів різними структурами у грошовій формі, наприклад, механізм хеджування на біржовому ринку;

3) формування централізованих державних резервів.

Усі перераховані форми самозахисту не є власне страховою підприємницькою діяльністю. Це означає, що зміна способу страхового захисту передбачає необхідність виходу економічного суб’єкта зі страхового ринку. Але суб’єкт не завжди може реалізувати це право у зв’язку з тим, що, як зазначалось уже в підрозділі 1.1, у реальній практиці можливе також примусове (обов’язкове) страхування, яке може мати теж два види:

- примус страхувати об’єкт за відсутності вільного вибору страховика;
- примус страхувати об’єкт за умови наявності вільного вибору страховика.

Щодо страхування життя та пенсій, то **мірою альтернативної вартості** під час вибору потенційного страхувальника стосовно того, страхувати зазначені вище об’єкти чи відмовитись від їх страхування, є ставка **банківського процента**.

Ми розглянули застосування альтернативної теорії затрат з позиції попиту (страхувальника). Для того щоб страхування відбувалося, необхідна згода страховика взяти на себе страховий ризик. Прийняття рішення страховиком теж ґрунтується на теорії альтернативних затрат. Якщо страхова діяльність страховика з урахуванням його інвестиційної діяльності буде забезпечувати рівень прибутку, який страховик вважатиме достатнім для того, щоб залишитись у цій галузі, він буде продовжувати страхову діяльність, якщо ні — залишить її й перейде в іншу.

Теорію попиту та пропозиції застосовують для аналізу структури страхового ринку на основі зіставлення привабливості тих чи інших видів страхових послуг для страховика і страхувальника залежно від ціни цих послуг.

Якщо одні види страхування забезпечують високу прибутковість, а інші — низьку, то пропозиція з боку страховиків на низькоприбуткові послуги зменшиться. Бажаючи все-таки застрахувати їх змушені будуть платити вищу ціну (премію), аби отримати страхову послугу. Це зробить умови страхування більш привабливими для страховика, внаслідок чого він збільшить пропозицію.

Теорія суспільного вибору використовується для визначення критерію поділу страхування на обов'язкове державне та добровільне, а також для розподілу функцій між ринком і державою в страховій галузі.

Теорія ймовірності використовується для визначення вірогідності настання страхового випадку, визначення можливо-го інтервалу змін показників з певною мірою вірогідності тощо.

Теорія математичної статистики використовується для розрахунку ризикової надбавки з використанням стійких статистичних рядів, а також для розрахунку дохідності (збитковості) та ін.

Теорія ризику з використанням теорії ігор застосовується для визначення поведінки економічних суб'єктів в умовах невизначеності.

Демографічні процеси є основоположними при здійсненні страхування життя та пенсій.

1.4. Страховий фонд: зміст, структура, принципи формування та використання

Необхідність формування страхового фонду пов'язана з потребою в страховому захисті, яка може бути задоволена завдяки коштам, нагромадженим у страхових фондах (резервах). Ця потреба має природну, економічну, соціальну та глобалізаційну зумовленість.

З позицій природних інтересів суспільства та окремих його громадян, страхування виникло як засіб збереження матеріального благополуччя за настання випадкових, непередбачуваних, а також передбачуваних, але небажаних і таких, яких не можна уникнути, випадків з метою розподілу заподіяних окремим громадянам збитків між багатьма іншими членами суспільства, щоб полегшити тягар потерпілих.

Економічна зумовленість страхового захисту пояснюється необхідністю створення такого різновиду людської діяльності, який ґрунтується на акумуляції фінансових засобів з метою відшкодування збитків, спричинених настанням шкідливих для здоров'я та (або) матеріального благополуччя подій як фізичним, так і юридичним особам, що створює сприятливі умови для безперебійного процесу національного виробництва.

У соціальному плані страхування є формою (способом), участі держави, роботодавців та громадян у справі захисту особистих інтересів громадян і створення у такий спосіб умов для забезпечення соціальної та політичної стабільності в суспільстві.

В юридичному аспекті страхування є різновидом цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів.

Глобалізаційний аспект страхового захисту зводиться до усунення національних відмінностей у законодавствах різних країн і уніфікації способів захисту інтересів економічних суб'єктів, з одного боку, та розробки таких юридичних норм, які б забезпечили страховикам достатні фінансові гарантії, з іншого боку.

Отже, необхідність страхового захисту викликана прагненням обмежити як матеріальні, так і нематеріальні збитки, пов'язані з певними ризиками.

Ризики — можлива небезпека втрат, зумовлена певними природними явищами (землетруси, паводки, засуха тощо), випадковими подіями техніко-технологічного характеру (пожежа, технологічні аварії, вибухи тощо), кримінальними явищами (крадіжки, розбійницькі напади, шахрайство і т. ін.) та явищами суто економічного характеру, різноманітність яких досить стрімко зростає у зв'язку з поглибленням суспільного поділу праці, розвитком грошової та кредитної систем (порушення ритмічності поставок, енергетичні та платіжні кризи, інфляційні процеси тощо), соціальними процесами (міждержавні та міжнаціональні конфлікти, акти громадянської непокори та т. ін.).

Залежно від того, які причини зумовили настання страхової події та яка її руйнівна сила, збитки від неї можуть мати локальний або надзвичайний характер.

Відшкодування збитків потерпілим здійснюється зі страхових (резервних) фондів. Страхові фонди для відшкодування збитків локального та надзвичайного характеру мають різні джерела формування.

Страховий (резервний) фонд — це резерв грошових чи матеріальних засобів, який має строго цільове призначення: відшкодування збитків потерпілим від страхових подій; покриття незапланованих витрат; вирівнювання добробуту за умов кон'юнктурних коливань, стихійних природних лих тощо.

Організаційні форми страхового фонду.

У найзагальнішому вигляді страхові фонди мають таку організаційну структуру:

— централізовані страхові фонди держави;

— децентралізовані фонди самострахування домогосподарств та підприємств, установ, організацій;

— фонд страхових організацій.

Структуру, джерела та форму, в якій здійснюється формування резервного фонду, відображено в табл. 1.1.

Таблиця 1.1. Структура, джерела та форма формування страхових фондів

Назва фонду (резерву)	Джерела формування	Форма, в якій здійснюється формування резерву
1	2	3
Страховий (резервний) фонд домогосподарства	Неспожиті в поточному періоді запаси	Натуральна і грошова
Страхові (резервні) фонди підприємств, установ, організацій	Запаси товароматеріальних цінностей, що забезпечують безперебійність виробничого процесу. Запаси грошових засобів для внутрішнього (самострахування) фінансових ризиків	Натурально-речова Грошова
Централізовані фонди держави: • Соціальні фонди (резерви) держави: — Фонд соціального страхування від нещасних випадків; — Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття; — Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності;	Внески роботодавців. Внески роботодавців та найманих працівників. Внески роботодавців та найманих працівників.	Грошова, % до ФОП ¹ Грошова, % до ФОП Грошова, % до ФОП

¹ ФОП — фонд оплати праці.

Закінчення табл. 1.1

1	2	3
— Фонд соціального медичного страхування; — Пенсійний фонд.	Внески підприємців та найманих працівників.	Грошова, % до ФОП
• Держрезерв (матеріальні резерви).	Внески підприємців та найманих працівників.	Грошова, % до ФОП
• Золотовалютні резерви центрального банку	Закупівля державою стратегічно важливих ресурсів і продуктів. Закупівля державою золота та вільно конвертованої валюти, що зберігається в центральному банку	Натурально-речова Золото, іноземна валюта, інші цінності
Спеціальний фонд страхування вкладів фізичних осіб	Внески комерційних банків у встановленому НБУ порядку	Грошова, % від суми депозитів
Страховий фонд страховальника	Внески страховальників (юридичних та фізичних осіб)	Грошова (згідно зі страховим тарифом)

Структуру та механізм формування резервів страхової компанії буде детально розглянуто в темі “Фінанси страхових компаній. Страхові резерви”. У цій темі ми мусимо отримати найзагальніше уявлення про зміст страхових резервів, відмінних від резервів страховика.

Розглянемо спочатку зміст поняття “резерв”.

Резерв (франц. *re'serve*, лат. *reservo* — зберігаю) — це запас товарів, грошових засобів, іноземної валюти і т. ін. на випадок потреби, джерело, з якого черпають спеціально збережені засоби у випадку нагальної необхідності їх використання.

Резервування — це збереження ресурсів про запас, у резерві.

Централізовані фонди державного резерву є своєрідним (матеріальним) обмежувачем кон'юнктурних коливань економіки. У Державному комітеті з матеріального резерву (Держрезерві) України зберігають зерно, паливо, цукор тощо. Головне завдання Держрезерву — недопущення різких коливань в еко-

номії. За загрози перегріву економіки ця структура скуповує ресурси та продукти стратегічного значення, за дефіциту — продає. Наприклад, в урожайні роки Держрезерв здійснює закупівлі зерна за цінами застави, а за першої потреби виробники можуть його викупити за ціною, що перевищує ціну застави на величину процентної ставки та витрат на зберігання зерна в зерносховищах Держрезерву. Аналогічні операції здійснюються з нафтопродуктами, газом та іншими стратегічними ресурсами.

Прикладом централізованих резервів держави можуть бути золотовалютні резерви центрального банку (НБУ), які забезпечують стійкість національної грошової одиниці.

Централізовані страхові фонди держави можуть бути *тимчасовими* та *постійними*. Тимчасові формуються і використовуються для прискорення реалізації нагальних завдань, їх дія припиняється після виконання програм.

До **постійних фондів** належать насамперед соціальні фонди. В Україні це Пенсійний фонд України, фонди соціального страхування від нещасних випадків, загальнообов'язкового страхування на випадок безробіття та ін.

Формуються централізовані фонди держави різними методами: нормативним; коефіцієнтів; добровільних інвестицій¹.

Нормативний метод ґрунтується на встановленні нормативів відрахувань до фондів. Наприклад, розміри внесків на загальнообов'язкове державне соціальне страхування залежно від його виду встановлюються щорічно Верховною Радою України відповідно для роботодавців та застрахованих осіб у відсотках до ФОП із кожного виду страхування на календарний рік одночасно із затвердженням Державного бюджету України. Кошти цільових страхових фондів не включаються до надходжень до Державного бюджету України.

Метод коефіцієнтів використовують у випадку пайової участі всіх підприємств у формуванні фондів для благоустрою міст, селищ, сіл.

Метод добровільних інвестицій ґрунтується на добровільних жертвах фізичних і юридичних осіб, коштів позабю-

¹ Економічна енциклопедія: У 3 т. / Редкол.: С.В. Мочерний (відп. ред.) та ін. — К.: Вид. центр “Академія”; Т.: Акад. нар. господарства, 2002. — Т. 3. — С. 834.

джетних фондів з метою фінансування соціально-культурних заходів і та ін.

Формують матеріально-речові резерви держави з урахуванням потреб в обсягах конкретних видів резервів на основі досвіду та з очікувань щодо коливань кон'юнктури, урожайності, сейсмічних явищ та ін.

Страхові резерви підприємств можна представити двоєю:

а) у вигляді грошових засобів, що перебувають у розпорядженні підприємств, об'єднань, фірм з метою нівелювання тимчасових фінансових труднощів, здійснення додаткових затрат та забезпечення в такий спосіб нормальних умов діяльності;

б) у вигляді запасів палива, сировини, матеріалів, насіння, фуражу тощо, необхідних для безперебійного здійснення виробничого процесу.

Страхові резерви домогосподарств формуються також як засіб самострашування та здійснюються як у грошовій (залежить від обсягу доходу), так і в натуральній (не тільки залежить від обсягу доходу, а й визначається дослідним шляхом з урахуванням суб'єктивних очікувань) формах.

Стрімкий розвиток ринкових відносин зумовлює зміщення домінанти від централізованих державних фондів та фондів самострашування, властивих адміністративному соціалізму, до формування страхових фондів професійними страховиками.

Страховий фонд страховика — це децентралізований фонд, що формується багатьма учасниками: громадянами, підприємствами, установами, організаціями, які сплачують страхові внески (премії) відособлено один від одного. Він у сучасних умовах створюється виключно в грошовій формі.

Принципи формування та використання страхового фонду страховика.

1. **Цільове призначення** страхового фонду на виплату страхових сум та відшкодування збитків потерпілим від настання страхового випадку.

2. **Визначення обсягу страхового фонду** на основі математичної статистики, теорії ймовірності та законів великих чисел.

3. **Необхідність урахування випадковості та закономірності** при розрахунку ймовірності збитків.

4. **Розкладання збитків серед широкого кола учасників страхування.**

5. **Страховий фонд** — це форма поєднання інтересів індивіда і суспільства.

6. **Обопільна сумлінність страховика і страхувальника**, зміст якої полягає у своєчасній сплаті премій страхувальником, наданні достовірної інформації страховику про застрахований об'єкт та зміни рівня ринку тощо та обумовленій договором чи законом відповідальності страховика.

7. Використання **франшизи**, зміст якої полягає у розподілі відповідальності за збитки, спричинені страховою подією, між страховиком і страхувальником. **Франшиза** — звільнення страховика від покриття збитків — передбачена підписаним страховим договором. Вона може бути встановлена у відсотках або в абсолютних розмірах стосовно страхової суми, вартісної оцінки об'єкта або розміру збитків.

8. **Застосування під час використання страхового фонду суброгації**, тобто передачі страхувальником права здійснити страховику відшкодування винуватцем страхової події за подіяної страхувальнику шкоди в обсязі виплаченої страховиком суми.

9. **Право страховика звертатись до інших страховиків з приводу розподілу збитків пропорційно страховій сумі** за умови, що один об'єкт страхувальник застрахував у різних страховиків. Цей принцип називається **контрибуцією**, що й означає повернення збитків потерпілому винуватцем.

Значення страхування в сучасних умовах. Значення страхування в міру розвитку ринкового господарства дедалі зростає. Це пояснюється появою в процесі соціально-економічного розвитку все нових ризиків, руйнівна сила яких може сягати таких збитків, протистояти одноосібно яким подекуди не може ніхто. Наприклад, такими ризиками є надзвичайні ситуації, пов'язані зі стихійними лихами, такими як торнадо, землетруси, повені, довготривалі засухи тощо, а також техногенні аварії, пов'язані з використанням атомної енергії (Чорнобильська катастрофа), аварії, пов'язані з реалізацією космічних програм, і т. ін.

Завдяки страховій природі формування резервних фондів для покриття можливих збитків багато потерпілих від зазначених вище страхових подій можуть вижити й продовжувати свою діяльність у майбутньому.

Це означає, що, по-перше, страхування є *надійною запорукою економічної безпеки*.

По-друге, *страхування є надійним засобом забезпечення безперервного відтворення національного виробництва*. Наприклад, страхування депозитів юридичних та фізичних осіб є дієвим засобом забезпечення стабільності грошової системи, яка має надзвичайно важливе значення для стабільності національної економіки в цілому. Крім того, страхування підприємницьких ризиків, пов'язаних з інвестуванням, кредитуванням, поставками, перевезеннями, довірчим управлінням за іпотечного кредитування та житлового будівництва і т. ін., дає досить вагомі гарантії щодо того, що збитки, спричинені настанням страхової події, обумовленої договором чи законом, будуть відшкодовані, що теж сприяє значному зменшенню перебоїв у процесі суспільного виробництва.

По-третє, *зі сказаного вище випливає, що страхування є засобом забезпечення індивідуальної участі економічних суб'єктів у створенні умов безпеки та стабільності як окремих (індивідуальних) учасників страхування, так і всієї спільноти*.

По-четверте, завдяки персоніфікації учасників соціальних видів страхування забезпечується значно справедливіший механізм соціального захисту, про який дбають як окремі фізичні, так і юридичні особи, що значно послаблює тиск на державний бюджет і водночас розширює обсяги соціальних гарантій.

По-п'яте, страхування є важливим джерелом інвестиційних ресурсів, серед яких найважливішими є резерви, що формуються під час здійснення довгострокового страхування життя.

По-шосте, уніфікація механізмів формування страхових фондів та способів і форм захисту інтересів застрахованих в умовах глобалізованої економіки *формує нову страхову культуру*, впливаючи на *економічну поведінку* суб'єктів незалежно від їх національної чи державної належності.

Висновки

1. Страхування як спосіб сумісного розподілу збитків серед широкого загалу виник у глибоку давнину. Найважливішими явищами, що зумовили його поширення, вважають розвиток торгівлі, географічні відкриття та розвиток транспортних шляхів сполучення. В подальшому катастрофічні та екстремальні події в економічному та соціальному житті слугували катализатором розвитку страхової діяльності.

2. Докапіталістичні форми страхування, як правило, не передбачали завчасного формування страхового фонду, але регламентували події, спосіб акумуляції та використання страхових фондів, та також застереження, за яких постраждалим позбавлявся права на відшкодування збитків.

3. Особливості розвитку страхування в Західній та Східній Україні пов'язані з тим, що західні землі України входили до складу Австро-Угорської імперії, а потім до Польщі, тоді як східні — до Російської імперії.

4. Розвиток страхування в незалежній Україні починається з початку 90-х років. Спочатку кількість страховиків на страховому ринку України стрімко зростала, а в міру підвищення вимог до фінансової стійкості — зменшилася, з часом стабілізувавшись.

5. Економічна природа страхування виявляється в грошовому відшкодуванні збитків застрахованим потерпілим за рахунок зібраних страховиком грошових внесків (премій) тих, хто потенційно може зазнати шкоди, й заради отримання відшкодування, за умови настання страхової події, погоджується чи зобов'язується законом сплачувати завчасно внески.

6. За класифікацією видів економічної діяльності в СНР-93 страхування належить до діяльності фінансових установ.

7. Зміст страхування розкривається через функції: прийняття страховиком ризику за певну плату та на певний строк; формування страхового фонду; грошове відшкодування збитків потерпілим від страхових подій страхувальникам чи за-

страхованим; заощаджувальну; превентивну; репресивну та інвестиційну.

8. Об'єктом дослідження науки "страхування" є способи, форми та методи управління ризиками шляхом акумуляції грошових внесків страхувальників у страхові фонди та розподілу збитків серед учасників страхування.

9. Предметом дослідження страхової науки є виявлення механізмів узгодження інтересів страховиків та страхувальників.

10. Наукове дослідження сфери страхової діяльності ґрунтується на методах: аналізу і синтезу; абстрагування; індукції та дедукції; гіпотетично-дедуктивного та аксіоматичного підходів; оптимізаційного та раціоналістичного моделювання; економіко-статистичних методах та ін.

11. Страхування як галузь наукових знань ґрунтується на використанні теорії корисності; закону спадної граничної корисності; теорії альтернативних затрат; теорій попиту та пропозиції; суспільного вибору; ймовірності та ін.

12. Страховий (резервний) фонд — фонд грошових чи матеріальних засобів, який використовується для відшкодування збитків потерпілим застрахованим особам, покриття незапланованих затрат, вирівнювання умов, спричинених кон'юктурними коливаннями економіки тощо.

13. Організаційна будова страхового фонду представлена: централізованими страховими фондами держави; децентралізованими фондами самострахування домогосподарств, підприємств, установ та організацій; фондом страхових організацій.

14. Централізовані фонди держави формуються такими методами: нормативним; коефіцієнтів; добровільних інвестицій.

15. Формування та використання страхового фонду страховика ґрунтується на принципах: цільового характеру фонду; розкладання збитків серед широкого кола учасників; обопільної сумлінності страховика і страхувальника; використання франшизи (умовної та безумовної), суброгації та контрибуції.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Відшкодування збитків за застраховані ризики; репресивна (превентивна) функція; економічна природа страхування; економічний інтерес страховика; економічний інтерес страхувальника; заощаджувальна функція; інвестиційна функція; корсарство (касперство, приватерство); мета дослідження; методи дослідження: аналіз, синтез, абстрагування, узагальнення, індукція, дедукція, гіпотетично-індуктивний, аксіоматичний, історичний, моделювання, економіко-статистичний; об'єкт дослідження; організаційні форми страхового фонду; піратство; предмет дослідження; преференції у страхуванні; принципи формування та використання страхового фонду страховика; рейдерство; страховий фонд; суброгація; теоретичні концепції: граничної корисності, затрат виробництва, альтернативних затрат, попиту і пропозиції, суспільного вибору, ризику, ігор, імовірності та ін.; франшиза; матеріальна відповідальність страховика за збитки страхувальника; формування страхового фонду.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Розкрийте зв'язок первинних форм страхування з конкретними історичними подіями, що їх обумовили.
2. Розкрийте особливості становлення та розвитку страхування в умовах рабства, феодалізму та капіталізму.
3. Розкрийте особливості розвитку страхування на теренах України.
4. У чому виявляється економічна природа страхування? Розкрийте її зміст.
5. Економічний інтерес страхувальника найповніше виявляється:

а) в недопущенні настання страхової події, що спричиняє збитки;

б) в настанні страхової події, в результаті якої він отримує відшкодування збитків;

в) в навмисному знищенні застрахованого об'єкта та отриманні за нього страхового відшкодування;

г) у зацікавленості сплачувати незначні страхові внески страховику, який у разі настання страхової події відшкодує йому збитки згідно з договором.

6. Економічний інтерес страховика найповніше виявляється:

а) у прагненні взяти на страхування ті ризики, які ніколи не реалізуються;

б) у несплаті страхового відшкодування потерпілим у разі настання страхового випадку;

в) у тому, що серед взятих на страхування ризиків переважна більшість у короткому періоді не буде реалізована;

г) у недопущенні настання страхової події.

7. Страхування — це різновид людської діяльності, спрямований на захист майнових інтересів:

а) знедолених;

б) потерпілих від стихійного лиха;

в) тих, хто має доходи нижчі від прожиткового мінімуму;

г) потерпілих від страхових подій, визначених страховим договором чи законодавством.

8. До функцій страхування не належить:

а) взяття страховиком відповідальності перед страхувальником за наслідки від реалізації ризику, передбаченого договором чи законом;

б) грошове відшкодування збитків, яких зазнали застраховані від страхових подій;

в) відшкодування товаро-матеріальних цінностей, що були знищені чи пошкоджені у зв'язку зі страховою подією;

г) формування страхового фонду.

9. Фінансові преференції в превентивній функції страхування — це:

а) надання пільг страховику в оподаткуванні доходів від страхової діяльності;

б) надання пільг страховику при запровадженні нових видів страхування;

в) надання пільг страхувальнику при сплаті страхових премій, якщо ним здійснені запобіжні заходи для обмеження страхового ризику;

г) всі відповідні неправильні.

10. Теорія суспільного вибору використовується в страхуванні для:

а) визначення вірогідності настання страхового випадку;

б) аналізу структури страхового ринку за рівнем дохідності окремих видів страхування;

в) визначення тарифів на страхові послуги;

г) визначення критерію поділу страхування на обов'язкове державне і добровільне.

11. Дайте визначення страхового (резервного) фонду та розкрийте його організаційну будову.

12. Назвіть принципи формування та використання страхового фонду страховика та розкрийте їх зміст.

Література

1. Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін. Страхова справа. Інтегрований навчальний комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: У 2 кн. — Кн. 1: Страхування. Страхові послуги. — К.: НВП "АВТ"; Х.: Вид. центр НТУ "ХПІ", 2003. — С. 9—18.

2. Александрова М.М. Страхування: Навч.-метод. посіб. — К.: ЦУЛ, 2002. — С. 5—30.

3. Базилевич В.Д. Страховий ринок України. — К.: Т-во "Знання", КОО, 1998. — С. 11—30.

4. Базилевич В.Д., Базилевич К.С. Страхова справа. — 5-те вид., стер. — К.: Знання, 2006. — С. 9—14.

5. Воблій К.Г. Основы экономики страхования. — М.: АНКИЛ, 1995. — С. 12—16.

6. Гвозденко А.А. Основы страхования: Учебник. — М.: Финансы и статистика, 1999. — С. 8—16.

7. Економічна енциклопедія: У 3 т. / Редкол.: С.В. Мочерний (відп. ред.) та ін. — Вид. центр “Академія”, 2002; Т.: Акад. нар. господарства, 2002. — Т. 3. — С. 834.

8. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7.

9. *Мачуський В.В.* Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 6—25.

10. Страхование: принципы и практика: Учеб. пособие / Сост. Д. Бланд. — М.: Финансы и статистика, 2000. — С. 35; 45—55.

11. Страхование дело: Учебник / Под ред. проф. Л.И. Рейтмана. — М.: Банковский и биржевой науч.-консульт. центр, 1992. — С. 6—18.

12. Страхування: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 9—39.

13. *Токарчук А.О.* Страхування: питання і відповіді: Навч. посіб. — К.: Вид-во Європ. ун-ту, 2002. — С. 5—10.

Розділ 2

РИЗИК, УПРАВЛІННЯ РИЗИКОМ У СТРАХУВАННІ

2.1. Зміст та структурна характеристика ризику.

2.2. Економічні ризики.

2.3. Класифікація економічних ризиків.

2.4. Концепція управління ризиком.

2.5. Страхування в системі управління ризиками.

Ризик є визначальною характеристикою сучасного світу. Він виявляється на різних рівнях і в різних формах. Тому, перш ніж вивчати питання, пов’язані з організацією і функціонуванням страхування, необхідно опанувати концепцію ризику.

Детальний аналіз поняття “ризик” дасть змогу дослідити шляхи подолання наслідків його реалізації, узагальнити в ідеях, які утворюють основу системи управління ризиком (ризик-менеджменту). Такий підхід сприятиме глибшому розумінню ролі та місця страхування як суспільного інституту, а також його особливостей як специфічної сфери бізнесу.

2.1. Зміст та структурна характеристика ризику

Питання про зміст ризику на перший погляд є досить суперечливим, оскільки ризики та пов’язана з ними невизначеність постійно оточують нас у реальній дійсності.

На підсвідомому рівні ми розуміємо зміст цих понять без додаткових пояснень словників чи підручників. Справді, достатньо подивитись телевізійні новини, щоб переконатися, що у світі постійно відбуваються природні і техногенні катастрофи. Вони несуть людям смерть і страждання, знищують матеріальні об'єкти, викликають як прямі, так і непрямі фінансові втрати. Навіть у повсякденному житті люди оточені різноманітними ризиками, наприклад, ризиками захворювання, смертності, звільнення з роботи тощо. У разі настання цих подій можуть виникати як економічний збиток, так і неекономічні наслідки (наприклад, втрата здоров'я внаслідок захворювання. Економічні наслідки можна поділити на прямі (витрати на лікування тощо) і непрямі (втрата доходів унаслідок хвороби).

Приймаючи рішення, щодня кожен із нас має справу з невизначеністю: природно враховувати можливу невизначеність, що пов'язана з відсутністю громадського транспорту або змінами в його розкладі, у випадках використання власного автомобіля — ймовірність виникнення заторів на дорогах.

Ще більшою мірою ризик і невизначеність стосуються сфери бізнесу. Щодня приймаючи рішення, менеджери компаній мають справу зі змінами кон'юнктури на ринках, діями конкурентів, зміною попиту, економічними обмеженнями, особливостями законодавства та іншими місцевими факторами. Більше того, ускладнення господарської практики робить практично важливим урахування ризику і невизначеності у сфері бізнесу.

Діяльність держави також пов'язана з виникненням і реалізацією різноманітних ризиків. Більше того, однією з функцій держави як суспільного інституту взагалі є захист населення від ризиків, пов'язаних з особливостями суспільної взаємодії громадян (безпека, оборона тощо). Крім того, державні інститути самі можуть стикатися з невизначеністю їх функціонування.

Таким чином, у навколишньому світі ризик і невизначеність дуже поширені. Однак їх широке використання зумовлює проблеми з чітким визначенням цих понять, оскільки вони можуть тлумачитися по-різному.

У повсякденному житті громадян зміст “ризик” може означати:

- страх справжньої небезпеки;
- дамоклів меч;
- індикатор майбутніх втрат;
- шанс на успішні дії (“хто не ризикує, той не п'є шампанського”) тощо.

Стосовно бізнесу зміст терміна “ризик” може мати абсолютно різні значення. Зокрема, під ризиком можна розуміти:

- потенційну можливість (небезпеку) настання ймовірної події або сукупності подій, що призводять до прямих матеріальних збитків;
- ймовірність недоотримання прибутку або доходу;
- характеристику вияву збитку, частота появи і/або важливість (розмір) збитку;
- застрахований об'єкт, що може підпасти під збиток.

Отже, слова “ризик” і “невизначеність” переобтяжені різними змістами, що зумовлює необхідність уточнення їх змісту в однозначності тлумачення.

Структурно ризик можна описати за допомогою таких характеристик: небезпека, підпадання під ризик, чутливість до ризику, ступінь взаємодії ризиків.

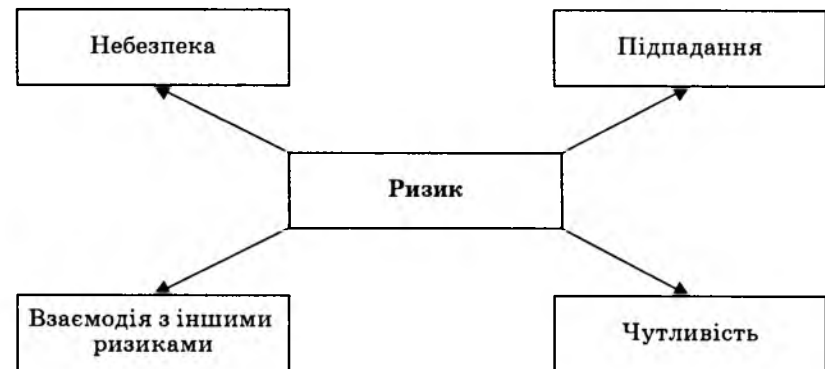


Рис. 2.1. Структура ризику

Небезпека — потенційна загроза виникнення збитку або іншої форми реалізації ризику, що зумовлена специфікою

об'єкта, ризикової ситуації і природою збитку. Ця характеристика відображає взаємодію двох основних елементів:

- носія ризику, тобто об'єкта або суб'єкта стосовно якого цей ризик оцінюється;
- навколишнього середовища, в якому функціонує носій ризику і яке може провокувати реалізацію ризику. Такий вплив може бути як позитивним (зменшити ймовірності небезпеки), так і негативним (збільшити ймовірності).

Навколишнє середовище може зумовлювати виникнення не одного, а кількох ризиків, взаємодія яких впливає на об'єкт (суб'єкт) комплексно.

Небезпека є ключовою характеристикою ризику, без неї ризик неможливий.

Підпадання під ризик є характеристикою ситуації, яка може мати своїм наслідком збиток або іншу форму реалізації ризику. З погляду технічного змісту підпадання під ризик — кількість одиниць спостереження. Так, за аналізу смертності — це кількість осіб у досліджуваній групі за аналізу ризиків, притаманних автомобільному парку, — величина машино-годин використання відповідних автомобілів, за дослідження ризику катастроф — площа небезпечної території.

Чутливість показує ступінь, або інтенсивність, з якою може виникнути збиток різного розміру щодо досліджуваного об'єкта, тобто реалізуватися відповідна небезпека. Чутливість виражає ступінь, або інтенсивність, з якою може виникнути збиток різного розміру стосовно об'єкта, що розглядається, тобто реалізуватися відповідна небезпека. По суті, чутливість означає якщо не спробу кількісної оцінки ризику, то з'ясування впливу різних факторів на величину ризику. Зміна таких факторів призводить до трансформації ризику і тому вивчення факторів ризику є одним із ключових завдань дослідження.

На практиці чутливість часто пропорційна часу спостереження об'єкта, що підпадає під ризик.

Взаємодія певного ризику з іншими ризиками має суттєвий вплив на нього.

Ця характеристика передбачає розгляд не окремого ризику, а групи ризиків (портфель ризиків). Аналіз взаємодії ризиків може суттєво вплинути на розуміння небезпек, що загрожують досліджуваним об'єктам.

2.2. Економічні ризики

Серед множини визначень ризику у сфері економіки та бізнесу використовується таке визначення економічних ризиків.

Економічний ризик — можливість непередбачуваного виникнення небажаних збитків у грошовому вираженні.

У цьому визначенні істотними є такі моменти:

- *можливість виникнення збитку*, наприклад, виробництво певної продукції може супроводжуватись зазнаванням збитків і т. ін. Ситуації, за яких збиток напевно виникає або напевно не виникає, загалом до ризикових не належать. Отже, за наявного виробництва у випадку свідомого непоповнення складу напівфабрикатів наявний запас буде вичерпано, і виробництво у зв'язку з відсутністю напівфабрикатів зупиниться;

- *невизначеність, непередбачуваність, ймовірність цієї можливості*. У цьому випадку, якщо склад поповниться з урахуванням середньої потреби в напівфабрикатах, ситуація є ризиковою, оскільки реальна потреба в напівфабрикатах може перевищити середню (наприклад, коли якість отриманих напівфабрикатів виявилась невідповідною, і тому реальна потреба в них зростає);

- *небажаність виникнення збитку*. Якщо виникнення збитку не торкається інтересів суб'єкта, з яким цей збиток може бути пов'язаний, то це вже не ризик такого суб'єкта. Отже, втрата старого картону в результаті пожежі може бути небажаною для господаря, якщо він хотів використовувати його як вторинну сировину, а може залишити його байдужим. У першому випадку ми маємо справу з економічним ризиком (тому що є зацікавленість суб'єкта у зменшенні збитку), а у другому економічного ризику немає;

- *грошовий вимір збитку*, який дає змогу кількісно оцінити можливі ризики та збитки (у звичайній для бізнесу формі), а також управляти ними, використовуючи різноманітні економічні інструменти та методи, що дають можливість працювати з грошовими сумами. Наприклад, ризик втрати здоров'я внаслідок хвороби або нещасного випадку має фізіологічну приро-

ду. Він розглядатиметься як економічний лише, якщо фізіологічний збиток буде якимось чином вираженим у грошовій формі. Серед можливих методів такого вираження можна, зокрема, назвати величину прямих витрат на лікування та догляд, або оцінку недоотриманого доходу внаслідок втрати працездатності, або суму, яку суспільство здатне витратити на компенсацію суспільних та приватних витрат у випадку хвороби або каліцтва.

З економічним ризиком може зіткнутися будь-який суб'єкт — окрема людина, група людей, виробничо-господарська одиниця (фірма, компанія, банк, страхова, інвестиційна компанія), держава в особі органів управління. Так, хвороба окремої людини супроводжується додатковими витратами на лікування і можливою втратою доходу за місцем роботи, є ймовірність втратити своє майно внаслідок пожежі і т. ін. Група людей може зазнати збитку, який є наслідком стихійних лих (повені, землетрусу). Виробничій фірмі може бути завданий збиток, зумовлений поломкою обладнання, зіпсованістю опалювальної системи, землетрусом, помилкою працівника підприємства, в результаті чого відбувся випуск неякісної продукції і т. ін. Банку загрожують пограбування, псування обладнання або бази даних, помилки касира під час видачі грошей, неналежне оформлення документації тощо. страхова та інвестиційна компанії можуть зіткнутися з фактом нестачі коштів для виконання своїх зобов'язань за виплатами. Держава в особі уряду стикається з ризиками виконання державного бюджету. Центральний банк як інститут держави виконує функції підтримання у рівновазі грошової сфери. Система громадянського захисту усуває наслідки катастроф та стихійних лих. Деякі ризики мають місце і на рівні регіональних органів влади та місцевого самокерування.

Слід зазначити, що поняття економічних ризиків не охоплює лише ті ризики, виникнення яких призводить до грошових збитків. Воно включає також ризики, що спричиняють збитки неекономічної природи, які можна (прямо або опосередковано) оцінити в грошовій формі. Так, ризик захворювання, що є ризиком неекономічної природи, пов'язаний з фізіологічним збитком, який не повністю відповідає прямому та опосередкованому економічному збитку, що вимірюється як

вартість лікування, втрати роботодавця тощо. Залишок (моральні страждання, зниження якості життя і т. ін.), для якого безпосереднього економічного еквівалента немає, також можна оцінити в економічній формі, наприклад через компенсуючу варіацію доходу, що забезпечує відновлення добробуту (корисності) хворої особи.

2.3. Класифікація економічних ризиків

Ризик — поняття неоднозначне. Навіть визначення економічного ризику залишає достатньо широкі межі для розуміння того, що таке ризик. Тому для відокремлення конкретних ризиків необхідно класифікувати їх за різними критеріями. В основі розробки ефективних критеріїв можуть лежати структурні характеристики ризику, інформаційне забезпечення та особливості вимірювання ризиків. Вибір критеріїв залежить від цілей та особливостей аналізу ризиків. Вдала класифікація може суттєво спростити розуміння джерел виникнення економічного збитку та методів його мінімізації.

Розглянемо критерії класифікації за характеристикою загрози. Характеристика *ступеня загрози, пов'язаної з ризиком*, тобто тип об'єкта, природа збитку та специфіка негативних наслідків, визначає суттєві особливості досліджуваного ризику. Вказані фактори зумовлюють те, з чим, власне, має справу менеджер під час аналізу ризиків, тобто особливості самого об'єкта управління.

Класифікація за об'єктом дає змогу виокремити ризики, пов'язані:

- *з власністю та/або майном*, включаючи, якщо необхідно, додаткове виділення видів майна (нерухоме, рухоме, нематеріальні активи). Зазначимо, що ризики, характерні для будівель, у цілому відмінні від ризиків, яким підвладні автомобіль та авторські права;
- *доходами*, включаючи потенційні проблеми при їх виникненні в бізнесі або при їх розподілі, наприклад під час вирішення питань спадщини;

- *персоналом*, наприклад, ризики, пов'язані з ключовими співробітниками та іншим персоналом;

- *відповідальністю*, що виникає у зв'язку з не передбачуваною подією стосовно осіб, які на момент оцінки ризику ще невідомі. До них, зокрема, відносять ризики, пов'язані з професійною відповідальністю, та ризики, пов'язані з навколишнім середовищем.

Відповідь на питання *про причину (природу) збитку, заподіяного об'єкту*, визначає характер та механізм виникнення відповідного збитку, що досить важливо для аналізу будь-якого ризику. За цим критерієм можна виділити такі їх види:

- *Природні ризики*, пов'язані зі стихійними лихами та природними катастрофами (повеннями, землетрусами, кліматичними катаклізмами).

- *Технічні ризики*, викликані наслідками функціонування техніко-технологічних систем та/або їх порушеннями (пожежі, зміна технології, погіршення якості та продуктивності виробництва, специфічні ризики технології, помилки в проектно-кошторисній документації).

- *Ризики, пов'язані з людським фактором*, включаючи ризики, пов'язані безпосередньо з персоналом (смерть, недієздатність, вихід на пенсію, звільнення), та ризики, пов'язані з діями персоналу (аварії, помилки персоналу).

- *Ризики, пов'язані з економічною активністю*, тобто з веденням бізнесу (виробничі, транспортні, торгові, фінансові) та результатами економічних процесів (ризики, зумовлені економічними змінами або посиленням конкуренції, валютні, інфляційні).

- *Політичні ризики*, тобто ризики економічної політики (ризики, що стосуються оподаткування, державного регулювання, зміни нормативних актів, судових прецедентів, що впливають на економічну практику).

- *Соціальні ризики*, під якими розуміють ризики виникнення таких негативних соціальних явищ, як злочинність, порушення безпеки об'єктів, несприятливі соціальні зовнішні об'єкти та ін.

Дуже важливо враховувати, наскільки типовим є ризик, що розглядається, для певного об'єкта та/або ситуації. За цим критерієм можна виділити:

- *фундаментальний ризик*, тобто регулярний ризик, що притаманний певному об'єкту та/або ситуації, а також ґрунтується на природних або соціальних закономірностях (зокрема, ризики автомобільних аварій або втрата посівів через град);

- *спорадичний ризик*, тобто нерегулярний ризик, викликаний виключно рідкими явищами та форс-мажорними обставинами, що реалізується з дуже низькою ймовірністю (наприклад, руйнування власності внаслідок падіння метеорита).

Схильність до ризику є важливою характеристикою загрози, під яку підпадає досліджуваний об'єкт або процес. Тут можна використовувати критерії класифікації за характеристикою схильності до ризику. Кожна з них буде сприяти виявленню особливостей боротьби з наявними негативними наслідками.

Класифікація ризиків *за специфікою результатів* є основою для вибору сприятливого методу боротьби з ризиком. Залежно від складу результатів варіантів можливої реалізації ризику розрізняють:

- *чистий ризик*, за якого всі результати, крім збереження поточної ситуації, пов'язані з негативними наслідками (наприклад, пожежа або пограбування);

- *спекулятивний ризик*, тобто ризик, результати якого пов'язані як з негативними наслідками ("програш"), так і з позитивними ("виграш"). Класичний приклад — ризики гри на біржі.

Залежно від того, *на кого поширюються та впливають негативні наслідки небажаного явища*, хто може постраждати від реалізації ризику, можна виділити *односторонні, двосторонні та багатосторонні ризики*.

Класифікація ризиків за місцем їх виникнення передбачає виокремлення таких ризиків:

- *внутрішніх*, які пов'язані з організацією роботи досліджуваної фірми або діяльністю досліджуваної особи (поломка обладнання, відсутність на складі магазину відповідних товарів);

- *зовнішніх*, які визначаються зовнішніми обставинами (поява у конкурентів більш ефективної технології, погіршення екологічної обстановки).

Згідно з критерієм *ступеня залежності збитку від вихідної події* можна виділити *первинні ризики*, які безпосередньо пов'язані з несприятливим вихідним явищем, і *вторинні ризики*, зумовлені наслідками несприятливого вихідного явища. Прикладом такого вихідного явища може бути землетрус: руйнування власності (зокрема греблі) відповідатиме первинному ризику, а наслідки повені, викликані руйнуванням греблі — вторинному.

Ризики можуть виникати на *різних рівнях економіки*. Відповідно до цього критерію можна використати класифікацію ризиків, що виникають на рівні:

- народного господарства;
- адміністративно-господарських та регіональних утворень;
- окремого суб'єкта господарювання (фірми);
- структурних підрозділів;
- окремого робочого місця.

Рівень відповідальності за ризик не обов'язково збігається з рівнем, на якому він виник. Зокрема, для економічних ризиків, пов'язаних з бізнесом, відповідно до класифікації за рівнем вияву негативних наслідків можна виділити такі рівні відповідальності:

- *проектні ризики* та/або *ризики підрозділів*, пов'язані з конкретним проектом або конкретним підрозділом компанії;
- *ризики фірми (підприємства)*, характерні для компанії в цілому;
- *галузеві ризики*, зумовлені специфікою всіх компаній галузі (кон'юнктура ринку продукції, що випускається);
- *загальноекономічні ризики* всього народного господарства (інфляція, криза перевиробництва або фінансових ринків);
- *глобальні ризики* світової економіки в цілому.

Вияв ризику та вплив факторів ризику залежать від того, наскільки інтенсивною є загроза.

Питання *про вплив природного та соціального середовища* на ризик може мати принципове значення. Подібний вплив може не простежуватись (наприклад, навряд чи є залежність між глобальною зміною клімату та коливаннями курсу акцій компанії "Microsoft"). Якщо природне та соціальне середови-

ще впливає на ризик, то взаємозв'язок може бути прямим або опосередкованим. Стосовно глобальної зміни клімату прикладом першого типу взаємозв'язку буде зростання сукупних збитків від штормів, ураганів, а другого типу — довгостроковий тренд зниження курсу акцій "Газпрому". При цьому вплив природного та соціального середовища може посилювати або послаблювати ризик.

Як правило, і на практиці формується цілий список конкретних факторів природного та соціального середовища, які впливають на ризик. Ці фактори будуть різними для різних ризиків. Аналіз подібних факторів та класифікація за їхнім впливом на ризик є важливим елементом зменшення негативних наслідків вияву ризику.

Ризик може діяти протягом обмеженого часу, наприклад, ризик можливості виникнення ускладнень після хірургічної операції має місце лише протягом визначеного строку після проведення цієї операції. За критерієм *ступеня врахування часового фактора* можна виокремити *безстрокові ризики* (що не мають часових обмежень) та *строкові ризики*, серед яких можна виділити довго- та короткострокові.

Якщо ризик розвивається у часі, то менеджер повинен обов'язково взяти до уваги цей аспект. З погляду *залежності вразливості від часу* можна виділити *статичні* (незалежні від часу) та *динамічні* (змінювані у часі) ризики. Вид та ступінь залежності можуть бути відмінними для різних ризиків (постійні та змінні у часі).

Під час формування правильної політики боротьби з виявом ризику одним із центральних є питання, скільки часу необхідно для виявлення та ліквідації негативних наслідків. Як правило, в рамках *класифікації за терміном виявлення та ліквідації негативних наслідків* можна виокремити ризики з коротко- та довгостроковим виявом негативних наслідків. Також виділяють ризики із середніми строками виявлення. Більшість ризиків належать до групи з короткостроковим виявом негативних наслідків: збиток виявляється одразу або протягом декількох місяців (зокрема, ризики пожеж або біржових спекуляцій). Однак у деяких випадках (щодо ризиків, пов'язаних з відповідальністю) збиток може виявитись через достатньо великий період часу (тривалістю навіть до кількох десятиліть).

На практиці ризики не існують окремо, а мають місце в сукупності. Взаємозв'язок ризиків є ключовим аспектом, тому що ризики можуть посилювати або послаблювати один одного.

Ступінь поширеності конкретного ризику є дуже важливим критерієм, оскільки визначає кількість об'єктів, для яких характерний цей ризик. Відповідно до зазначеного критерію можна виокремити:

- *масові ризики*, характерні для великої кількості однотипних об'єктів (наприклад, ризики автомобільних катастроф);
- *унікальні ризики*, пов'язані тільки з окремими об'єктами, наприклад, ядерні ризики.

У певних випадках одна вихідна подія може вплинути на різну кількість об'єктів, які підпадають під ризик. За цим критерієм можна виділити:

- *індивідуальний ризик*, що торкається окремого об'єкта чи окремої особи;
- *загальний ризик*, що впливає на різні об'єкти, який іноді викликає негативні наслідки різної природи. Прикладом є природний катаклізм, що спричинює загибель людей, руйнування майна, порушення нормального функціонування бізнесу і т. ін.

Для загального ризику характерна кумуляція ризиків. Під **кумуляцією ризиків** розуміється ситуація, за якої одна подія може спричинити збитки на різних об'єктах, але відповідальність за покриття цієї події повністю або частково лежить на одній організації або особі, тому сукупні збитки для них ніби "накопичуються". Прикладом кумуляції ризиків може слугувати страхування нерухомості у сфері, що підпадає під загрозу повені. Після повені страхова компанія може отримати більшу кількість позовів про відшкодування збитків, пов'язаних з пошкодженням різних видів застрахованого майна — будівель, споруд, транспортних засобів тощо.

Диверсифікація ризиків — перерозподіл їх за обсягами, часом та у просторі, вважається найбільш ефективним шляхом зменшення ризику за портфелем, тому менеджери часто прагнуть досягнення якомога вищого ступеня диверсифікації ризиків. Якщо сукупна вразливість за портфелем ризиків у ціло-

му менша, ніж вразливість за окремими відповідними ризиками, то ризик вважається таким, який *можливо диверсифікувати*, інакше таким, що *неможливо диверсифікувати*.

Питання про інформаційне забезпечення є центральним під час аналізу ризиків, оскільки його вирішення забезпечує процес ефективного управління ризиком.

Ступінь передбачуваності, або прогнозованість, є важливою характеристикою ризику з погляду процедур та методів управління цим ризиком. За цим критерієм фактори ризику можна поділити на *передбачувані (прогнозовані)*, які можна передбачити виходячи з економічної теорії та господарської практики, але момент вияву яких неможливо передбачити, та *непередбачувані (не прогнозовані)*, про які поки що нічого не відомо, тому неможливо оцінити їхній вплив на ступінь та розмір ризику.

Під час аналізу передбачуваних ризиків менеджеру необхідно відповісти на запитання: "Яка інформація для цього доступна і в якому обсязі?" Інформація може бути:

- *кількісною* — такою, що виражається у вигляді числових значень тих чи інших показників. Вона може оброблятися за допомогою статистичних методів та використовуватися для оцінки параметрів математичних моделей;
- *якісною* — такою, що віддзеркалює вербальний опис та/або оціночні судження про певний об'єкт чи процес.

Обидва типи інформації можуть бути корисними під час аналізу ризиків, хоча кількісна інформація краща, оскільки дає змогу чисельно виміряти досліджувані ризики.

Особа, яка приймає рішення, повинна чітко усвідомлювати ступінь достовірності використовуваної інформації, тому що недостовірна інформація може призвести до неправильних висновків та помилок, тобто до зростання потенційного економічного збитку. У більшості випадків про ступінь достовірності інформації можна судити тільки якісно ("вірю — не вірю"), однак є методики кількісної оцінки цієї характеристики досліджуваного ризику.

Класифікація за величиною ризику надзвичайно важлива для розуміння того, як слід ставитися до відповідного ризику. Поняття величини ризику передбачає узгоджений аналіз двох характеристик частоти і розміру збитку.

Частота виникнення збитку є важливою характеристикою величини ризику. Вона може вимірюватися кількісно (за допомогою ймовірності або статистичних частот) або якісно, наприклад, шляхом експертного виокремлення наступних класів:

- *рідкісні ризики, для яких характерна мала частота реалізації, тобто мала ймовірність настання збитку;*
- *ризики середньої частоти, для яких характерна середня частота реалізації, тобто середня ймовірність настання ризику;*
- *часті ризики, для яких характерна висока частота реалізації, тобто висока ймовірність настання збитку.*

Для економічних ризиків природними одиницями виміру розміру збитку є грошові одиниці. Якщо є повна інформація про ризики, то визначення розміру збитку не викликає жодних проблем. Якщо інформації достатньо, то на основі експертного висновку можна встановити відповідні класи ризиків, зокрема:

- *малі ризики, за якими максимальний збиток невеликий;*
- *середні ризики, максимальний збиток для яких характеризується як середній;*
- *високі ризики з великим максимальним збитком;*
- *катастрофічні ризики, що характеризуються винятково великим максимальним збитком.*

На практиці важливо врахувати обидві характеристики величини ризику — частоту (ймовірність) його реалізації і розмір збитку. Зрозуміло, що їх спільний розгляд дасть змогу глибше проаналізувати кількісні аспекти досліджуваних ризиків, а також сформувати набір ефективніших заходів щодо боротьби з ризиками.

В основі такого підходу лежить той факт, що частота виникнення ризику і розмір збитку не виявляються незалежно. Справді, для збитків певної величини характерна певна частота (ймовірність) їх виникнення. Такий взаємозв'язок має назву розподілу збитку.

Розподіли використовуються в рамках теорії ймовірності для описування випадкових величин, які у зв'язку з цим є зручною моделлю ризиків. Застосування таких моделей дає можливість використовувати потужний математичний апарат

для аналізу ризиків. Для оцінки конкретного виду розподілів збитку використовується статистика збитків за реальними ризиками. Дефіцит подібної інформації і міра її достовірності можуть суттєво вплинути на точність аналізу ризиків.

Економічний ризик за визначенням повинен виражатися в грошовій формі або напряду характеризувати фінансові втрати. Тому аналіз витрат (витрат), пов'язаних з ризиком, має першорядне значення.

Для розуміння характеру ризику дуже важливо врахувати, який характер мають можливі фінансові наслідки. Прямий збиток означає безпосередню втрату фінансових коштів та/або руйнування матеріальних об'єктів (наприклад, пограбування або пожежа). Непрямі втрати пов'язані:

- з недоотриманням доходів (скажімо, внаслідок звільнення);
- збільшенням операційних витрат (зокрема, за різкого зростання витрат на комплектуючі внаслідок зміни валютного курсу);
- віддаленими наслідками несприятливої події (скажімо, за погіршення умов праці і, отже, зниженні продуктивності праці на підприємстві унаслідок попередньої екологічної катастрофи).

Залежно від того, чим зумовлені витрати, можна виділити такі типи витрат:

- *витрати, пов'язані з необхідністю прийняття рішень в умовах невизначеності і ризику. Вони включають витрати, зумовлені оцінкою ризиків і організацією процедур управління ризиком, а також оплату послуг експертів і менеджерів;*
- *витрати, пов'язані зі зниженням ризику. Відповідні витрати спрямовані на протидію виникненню збитку (витрати на пожежну і охоронну сигналізацію, на покращання умов праці і т. ін.);*
- *витрати, пов'язані з покриттям негативних наслідків подій, що реалізувалися. Вони включають покриття економічного збитку, що виник, за рахунок власних засобів, із страхових виплат і т. ін.*

Дуже важливо встановити, хто здійснює відповідні витрати.

Приватні витрати здійснюють окремі фізичні і юридичні особи. Прикладом можуть бути витрати, пов'язані з ремонтом після пожежі, страхові виплати, витрати на заробітну плату і т. ін.

Супільні витрати здійснює суспільство в цілому, це, наприклад, витрати з ліквідації екологічної катастрофи.

Така класифікація ідентична класифікації, побудованій за ознакою схильності до ризику. Проте інформація за обома класифікаціями необхідна для визначення сфери відповідальності у сфері управління ризиком.

Класифікація ризиків за однорідністю допомагає зрозуміти особливості ризику і фактори, що впливають на його виникнення і реалізацію. З урахуванням складності поняття “ризик” такий аналіз стає ще більш багатостороннім.

Аналіз ризику слід проводити так, щоб врахувати вплив всіх факторів, які ідентифікуються. Один зі способів полягає у виокремленні однорідних ризиків.

Однорідними ризиками називають такі, поведінка яких однакова в тому сенсі, що вони демонструють схожий характер невизначеності й аналогічно реагують на дію тих або інших факторів.

Прагнення виділити однорідні ризики зумовлене такими причинами. Під час роботи з неоднорідними ризиками фахівець з управління ризиком буде не завжди спроможний зрозуміти, чи пов'язані спостережувані ефекти зі специфікою самих ризиків або це зумовлено використанням різних критеріїв класифікації ризиків.

Дослідження груп однорідних ризиків дає змогу:

- більш комплексно й ефективно аналізувати ризикові ситуації за рахунок виявлення основних характеристик ризику і тенденцій зміни розміру збитку;
- розробляти сценарії несприятливих подій з метою створення стандартизованих наборів реакцій на їх виникнення;
- збирати статистичні дані, необхідні для прийняття управлінських рішень з метою подолання негативних наслідків прояву ризиків.

Причинами цього є:

- обмеженість спостережуваних об'єктів;
- певний ступінь унікальності ризиків;

- неповнота інформації;
- інші фактори.

Як наслідок, можлива залишкова неоднорідність ризиків, що розглядаються в рамках окремо виділеної групи, що вимагає ретельнішого аналізу цих ризиків на наступних етапах.

2.4. Концепція управління ризиком

Незалежно від причин виникнення економічного ризику природним є бажання кожного суб'єкта зменшити можливі втрати, пов'язані з реалізацією цього ризику. Це бажання здійснюється через відповідні (управлінські) рішення, в результаті реалізації яких і відбувається управління ризиком, назване в контексті бізнесу ризик-менеджментом.

Управління ризиком (ризик-менеджмент) — процес прийняття і виконання управлінських рішень, які мінімізують несприятливий вплив на організацію або облік збитків, спричинених випадковими подіями.

До ключових слів у цьому визначенні належать такі:

- **процес** — управління ризиком не є одномоментним актом, воно повинне бути “вбудоване” в загальний процес прийняття управлінських рішень;
- **випадкові події** — управління ризиком пов'язані з непередбаченими подіями (реалізацією економічного ризику), про настання яких не можна знати заздалегідь з цілковитою достовірністю;
- **несприятливий вплив** — випадкові події важливі не самі по собі, а лише тоді, коли наслідки цих подій негативно впливають на результати діяльності досліджуваної особи або організації;
- **мінімізують** — результатом управлінських зусиль повинне бути зниження негативного ефекту, спричиненого непередбачуваними подіями (реалізацією економічного ризику).

Це визначення сформульоване в найзагальнішій формі, незалежно від специфіки ризику. Тому управління ризиком, що

розуміється таким чином, може здійснюватися на різних рівнях:

- на державному рівні (наприклад, система цивільної оборони);
- на рівні фірми або іншого суб'єкта господарювання (зокрема, програма заходів, спрямованих на забезпечення стійкості її бізнесу);
- на індивідуальному рівні (передусім особове страхування і страхування особистого майна).

Оскільки поняття “ризик” не є однобічним й існує велика кількість критеріїв класифікації, стає зрозумілим наявність великого набору інструментів, методів і процедур управління ризиком.

Аналіз основних підходів до мінімізації несприятливого впливу випадкових подій та їх фінансових наслідків дає змогу відокремити низку загальних процедур управління ризиком. Така позиція дає можливість дослідити, що можна зробити з тим чи іншим ризиком. До можливих процедур можна віднести такі:

- ухилення від ризику (*Risk elimination*) — заходи, які дають можливість повністю уникнути несприятливих подій;
- скорочення ризику (*Risk reduction* або *Risk mitigation*) — набір дій, що сприяють зменшенню несприятливих наслідків певного органу державного управління, фірми або фізичної особи. Ця процедура припускає, що ризики залишаються на власній відповідальності носія. Тому її іноді називають взяттям ризиків на себе (*Risk retention* або *Risk assumption*);
- передача ризику (*Risk transfer*) — сукупність заходів, які дають можливість перекласти відповідальність за зниження можливості виникнення несприятливих подій та за відшкодування пов'язаних із ними втрат на інший суб'єкт.

Інша класифікація процедур управління ризиком базується на врахуванні співвідношення між моментом здійснення певних заходів та моментом виникнення несприятливої події. З цієї позиції всі методи управління умовно поділяються на дві великі групи:

- методи управління ризиком до виникнення події, які плануються і здійснюються завчасно і спрямовані на зниження ймовірності настання збитку, зменшення розміру можливо-

го збитку та модифікацію структурних характеристик ризику. До цієї групи методів управління ризиком належать методи трансформації ризиків (*Risk control* або *Risk control to stop losses*). Вони пов'язані зі зміною самих ризиків, тобто передбачають вжиття заходів, які будуть протистояти реалізації відповідних ризиків. Тому стає зрозумілим, чому ці методи часто асоціюються з проведенням попереджувальних заходів;

- методи управління ризиком після події, які здійснюються після настання збитку та спрямовані на ліквідацію наслідків несприятливої події та відшкодування збитку. Головним для цієї групи методів є те, що вони спрямовані на фінансування ризику, тобто на формування фінансових джерел на покриття збитку. До цієї групи методів належать методи фінансування ризику (*Risk financing* або *Risk financing to pay for losses*).

Методи трансформації ризиків — група методів, яка передбачає вплив на умови виникнення несприятливих наслідків та можливий розмір збитку. Як правило, ці методи націлені на зниження схильності до ризику, зменшення вразливості та посилення взаємного впливу ризиків у портфелі, який для носія ризиків буде сприятливим. Ці методи також називають технічними методами управління ризиком.

Методи фінансування ризику — група методів, націлених на покриття збитку, що вже відбувся. Ці методи передбачають створення спеціальних резервних фондів та забезпечення інших джерел фінансування збитків. Методи також називаються економічними або фінансовими методами управління ризиком.

Методи фінансування ризику в рамках процедури скорочення ризику можна назвати методами самострахування, оскільки всі вони передбачають створення власних резервних фондів. Відмінності полягають лише в тому, в якій формі створюються такі фонди.

Суть методу фінансування ризику, або покриття збитку, з поточного прибутку зводиться до того, що покриття збитку здійснюється в міру його виникнення за рахунок поточних грошових коштів компанії. При цьому формально не створюються жодні фонди, хоча при прийнятті бізнес-рішень необхідність

резервування частини грошових потоків повинна враховуватися.

Використання цього методу виправдане лише в тих випадках, коли величина потенціальних збитків невелика, і тому покриття збитків суттєво не впливає на результати діяльності. Цей метод управління ризиком використовується досить часто, оскільки в багатьох ситуаціях збитки такі незначні, що компанія може покрити їх самостійно. Фінансові можливості компанії є ключовим фактором вибору цього методу.

Метод створення резервів передбачає, що поточні збитки покриваються за рахунок коштів внутрішніх резервних фондів, спеціально створених для таких цілей. Характеристика ризиків, для яких може бути застосовано цей метод, та думки, пов'язані з кількісною оцінкою ризику, дуже близькі до тих, що були описані для методу фінансування ризику з поточного доходу.

Основна відмінність методу фінансування ризику або покриття збитку з резервів від попереднього полягає в більшому розмірі збитків, що і потребує створення названих резервних фондів. Проте встановлення розміру резервів є ключовою проблемою: дуже малі резерви не дозволять захиститися від ризиків, дуже великі — невиправдано відволікатимуть значні фінансові активи від основної сфери діяльності фірми.

Метод кредитування використовується, коли фірма може розраховувати на отримання позики (кредиту) на покриття збитку. На відміну від попередніх методів фінансування джерело коштів для покриття збитків є не внутрішнім, а зовнішнім, хоч, як і раніше, відповідальність за покриття збитків цілком лежить на самій фірмі. Далеко не завжди фірма, що зазнала великих збитків, може розраховувати на отримання позики, а якщо і може, то в більшості випадків умови будуть достатньо жорсткими, оскільки відобразатимуть оцінку кредитором неповернення позики.

Суть інших методів самострахування полягає у створенні необхідних резервних фондів за допомогою певних юридичних та економічних схем. Частіше за все, це створення власних страхових фондів, призначених для покриття збитків, як це роблять страхові та перестрахові компанії. Однак, на відміну від класичного страхування страхові резерви формуються все-

редині лише однієї ділової одиниці, як правило, промислової або фінансово-промислової групи, в рамках спеціально створеної для цих цілей своєї “кишенькової” страхової або перестрахової компанії.

2.5. Страхування в системі управління ризиками

Страхування — один із найбільш часто використовуваних методів фінансування ризиків, який належить до процедури передачі ризику. Сутність цього методу управління ризиком полягає в передачі відповідальності за відшкодування можливого збитку іншому суб'єкту, що спеціалізується на таких операціях, — страховій компанії. Використання страхування означає зниження участі, а іноді навіть повну відмову самої фірми від участі в покритті збитків за рахунок перекладання свого ризику на страхову компанію за певну плату. Більш детально особливості страхування будуть розглянуті в інших параграфах.

Механізм передачі ризику шляхом страхування особи, яка наражається на цей ризик, професіоналу-страховику дає змогу не тільки вирішувати конкретні проблеми стосовно його захисту, а й має далекосяжні наслідки і впливає на економіку країни в цілому. Яку користь людині, суспільству і державі може принести розвинене страхування?

Основними носіями економічного ризику виступають як окрема людина, так і групи людей, що розглядається в умовах особистого і суспільного життя, у тому числі виробничо-господарської діяльності. Всі економічні аспекти страхування також виявляються на фоні їх особистої, ділової, виробничо-господарської діяльності.

Забезпечуючи і підтримуючи рівень життя та добробут окремої людини та окремої родини, страхування є інструментом забезпечення фінансового і соціального захисту населення. На доповнення до державного соціального, комерційне страхування є однією з форм соціальної допомоги, яка дає змогу збе-

регти досягнутий рівень добробуту людини. В умовах ринкової економіки страхування стає майже єдиним інструментом, який гарантує фінансовий захист інтересів громадян від випадкових подій (пожежа, аварія, дорожньо-транспортна пригода), які призводять до втрати майна, працездатності та здоров'я, виникнення нових витрат, пов'язаних з цивільною відповідальністю. Навіть якщо укладено договір страхування, сплачено страхову премію, а страхова подія не настала (платіж залишився у страховика), у страховика формується почуття впевненості й захищеності, що є важливим фактором, який стабілізує психологічну стійкість людини. З таких позицій страхування є не просто компенсаційним механізмом втрат, що виникли, а й засобом виховання людини для нормальної життєдіяльності в умовах ринкової економіки, що особливо важливо у підприємницькій діяльності.

Страхування як метод управління ризиком не є універсальним інструментом. З-поміж усіх випадків неможливо провести чітку межу між ризиками, які можуть бути передані на страхування, і ризиками, які не підлягають страхуванню. Це означає, що відповідні критерії є нечіткими, відносними і, відповідно, суб'єктивними. Навіть для ризиків, з якими традиційно борються за допомогою страхування, на сьогодні використовують інші інструменти управління ризиком.

Для більш глибокого розуміння ролі та місця страхування у сучасному світі необхідно перш за все відповісти на питання, які обмеження його використання. Вони можуть бути пов'язані з типом ризику, взаємовідносинами сторін операції страхування, їх ставленням до ризику.

На основі аналізу обмежень страхування перш за все необхідно уточнити питання про критерії використання страхування як методу управління ризиком. При цьому необхідно зіставити переваги та недоліки страхування та альтернативних підходів, що потребують урахування великої кількості факторів.

Обмеження за типом ризику. Є ключовим фактором для розуміння сутності страхування. Перш за все потрібно зазначити, що страхуванню можуть підлягати тільки економічні ризики, тобто ті, шкода за якими виражається у грошовій формі.

Але це необхідна, але недостатня умова — не всі економічні ризики можна страхувати.

Всі ризики, що виокремлюються відповідно до класифікації за характеристикою небезпеки та уразливості, можуть бути застраховані в тій чи іншій формі. Тому відповідні критерії не можуть слугувати ознакою доцільності застосування страхування.

За класифікацією відповідно до інших груп критеріїв ситуація інша. Так, за класифікацією за характеристикою схильності до ризику важливим є поділ на чисті та спекулятивні ризики. Для управління ризиками першої групи часто використовується страхування, для другого — хеджування та інші альтернативні методи.

Для класифікації за характеристикою взаємодії з іншими ризиками принципове значення мають диверсифікація ризиків та відсутність їх взаємного впливу. Масові та загальні ризики є більш переважними для страхування, але передаватися на страхування можуть також унікальні та приватні ризики. В останньому випадку ключову роль відіграє наявність достовірної кількісної інформації. Крім того, для вирішення питання про страхування необхідно також одночасно враховувати класифікацію за величиною ризику.

Незалежно від однорідності або неоднорідності ризиків, а також кількості ризиків (масові або одиничні страхування доцільні, якщо ймовірність реалізації ризику, тобто виникнення збитку, невелика, але розмір збитку досить великий. Якщо ризики неоднорідні, то незалежно від їх кількості використання страхування особливо виправдане.

Застосування страхування обґрунтоване для великої сукупності ризиків, якщо ймовірність їх реалізації, тобто поява збитку, велика, але розмір можливого збитку невеликий. При цьому ризики можуть бути однорідними або неоднорідними. Звичайно, ризики з малим розміром можливого збитку фірма може залишити собі, але масовість таких ризиків може призвести до значного збитку, тому використання страхування є в цьому випадку більш доцільним.

Особливо страхування необхідне за наявності катастрофічних ризиків. Зазначимо, що в більшості випадків воно є основою програм управління ризиком, тим більше, що іноді його

проведення необхідне в силу закону (обов'язкові види страхування). Щоправда, окремо взята страхова компанія не завжди має можливість взяти великий ризик на страхування, але для таких ситуацій є особливі підходи для перерозподілу цього катастрофічного ризику серед учасників ринку (наприклад, перестраховання).

Обмеження за особливостям взаємовідносин сторін операцій страхування. Сама форма здійснення операцій страхування й особливо його юридичні підстави можуть накладати істотні обмеження на використання страхування як міри ризику. Це виявляється, наприклад:

— у забороні страхувати певні види ризику (наприклад, ризику, пов'язані з протиправними діями, участю в іграх, лотереях та парі, а також витрати, пов'язані зі звільненням заручників);

— обмеженнях на договори страхування, що укладаються в рамках відповідної юрисдикції (перш за все відповідно до того, які формулювання можуть бути визнані незначними).

Нормативна база. Основні юридичні обмеження, що накладаються на страхові операції в Україні, містяться в Цивільному кодексі України, а також у Законі України “Про страхування”.

Певні обмеження можуть накладатись не тільки за договором страхування, а й страховими компаніями в односторонньому порядку. Прикладом такого роду можуть слугувати різного роду етичні та інші правила, що, як правило, розробляються та підтримуються галузевими об'єднаннями (наприклад, союзами та асоціаціями страховиків).

Обмеження за особливостями ставлення до ризику. Основною вимогою у зв'язку з особливостями ставлення до ризику є відсутність зацікавленості носія ризику у настанні відповідно несприятливої події. Якщо носій ризику може впливати на ймовірність виникнення і/або на розмір збитку, це створює умови для різного роду шахрайства. Тому ризик, що передається на страхування, повинен бути зумовлений зовсім випад-

ковими обставинами, що не залежать від волі та дій носія ризику.

Виконання цієї вимоги регулюється законодавством, а також частково традиціями. Наприклад, не беруться на страхування ризику дожиття та смертності відомих людей, якщо договір укладається сторонніми для них особами (не родичами і/або не близькими людьми). Зацікавленість клієнта в настанні страхового випадку може також виявлятися в ході переговорів стосовно укладання договору і/або при врегулюванні страхового випадку.

Разом з тим вимоги відсутності залежності між настанням несприятливого випадку і діями носія ризику виглядають достатньо ідеальними. Найчастіше важко домогтись його повного та однозначного виконання. Порушення цієї вимоги, що зустрічається на практиці, зводиться до одного з наступних ефектів.

1. **Несприятливий відбір (*adverse selection*).** Він пояснюється тим, що рішення про страхування приймаються зацікавленими особами. Особи з підвищеним ризиком будуть більшою мірою зацікавлені в укладанні договорів страхування, ніж особи з меншим ризиком. Якщо страхові компанії не протидіятимуть цьому ефекту, то зіштовхнуться з погіршенням якості ризиків, взятих ними на страхування, порівняно з тим, на що вони апріорно розраховували.

2. **Опортуністична поведінка (*moral hazard*).** Цей ефект пов'язаний з усвідомленою або неусвідомленою можливістю впливу носія ризику на ймовірність виникнення і розмір збитку. Тут йдеться не обов'язково про обдурювання страхової компанії (шахрайство) — зміна поведінки може бути неусвідомленою. Для запобігання проблемам з фінансовою стійкістю страхові компанії повинні передбачати спеціальні заходи, спрямовані на зменшення такого роду ефекту.

Хоча повністю запобігти названим ефектам практично неможливо, ступінь їх вияву буде здійснювати вплив на вирішення питання про те, чи буде застрахований цей ризик. Якщо можливість несприятливого відбору і/або опортуністичної поведінки буде достатньо велика, страхові компанії не захочуть брати такий ризик на страхування.

Нечіткість критеріїв прийняття рішення стосовно вибору страхування як методу управління ризиком не дає змогу автоматично класифікувати ризики на ті, що підлягають страхуванню та ті, які можуть бути застраховані. Тому необхідно проводити більш ретельний аналіз цього питання.

В умовах відсутності однозначних, об'єктивних критеріїв слід орієнтуватися на такі правила.

1. Якщо є безсумнівна можливість застрахувати певний ризик, наприклад, на ринку пропонуються стандартні страхові поліси для відповідних ризиків і немає альтернативного методу управління ризиком, страхуванню слід віддати перевагу, оскільки створення або адаптація іншого підходу будуть дорожчими та менш ефективними. Водночас останній варіант можна обрати у зв'язку з додатковими міркуваннями, такими як прагнення продемонструвати свій інноваційний потенціал, оптимізація оподаткування тощо.

2. Якщо відповідні ризики, як правило, не піддаються страхуванню і є інший варіант боротьби з їх негативними наслідками, укладання договорів страхування можливе, але скоріш за все буде неефективним. Це може бути пов'язано, наприклад, з вищими транзакційними витратами та надбавками, які страхова компанія намагається забезпечити для захисту від можливих ризиків проведення маловідомих операцій.

3. Якщо можуть бути використані різні методи управління ризиком, включаючи страхування, вибір може залежати від результатів аналізу витрат та прибутків за кожним із них. Страхування слід обирати, якщо воно дешевше та ефективніше. Зазначимо, що такий аналіз витрат і прибутків припускає проведення кількісного дослідження ризику. Якщо таке дослідження досить дороге, наприклад, внаслідок особливостей інформаційного забезпечення, слід обирати страхування або інший метод передачі ризику.

4. У принципі, практично будь-який ризик може бути застрахований, якщо знайдеться страхова компанія, яка погодиться взяти його на страхування. Навіть ризики, що традиційно відносять до тих, які не підлягають страхуванню, можна застрахувати, якщо це не заборонено законом. У подібній ситуації етапи вибору страхової компанії і проведення переговорів

про умови страхового договору стає ключовим у процедурі прийняття рішень відносно страхування.

До основних переваг страхування як методу управління ризиком можна віднести:

- зниження ризику та невизначеності для фізичних, юридичних осіб та державних органів, що сприяє прискоренню розвитку всієї країни;

- покриття збитку за рахунок страхових виплат. Воно дає змогу фірмі продовжувати операції під час реалізації ризику без тривалих перерв у роботі та проблем із фінансовою стійкістю. Для фізичних осіб страхові виплати забезпечують підтримку певного рівня життя та добробуту;

- ефективність як інструмент управління ризиком, що дає можливість здійснити всі його основні етапи — ідентифікацію й аналіз ризику, а також урегулювання відшкодування збитку, що виникає внаслідок реалізації ризику;

- відносну дешевизну страхування порівняно з іншими методами управління ризиком;

- подолання обмежених можливостей страхових компаній щодо взяття на страхування великих ризиків спеціальними підходами до перерозподілу відповідальності за покриття відповідних збитків серед інших учасників страхового ринку;

- надання податкових пільг за страховими операціями.

Серед недоліків страхування, як методу управління ризиком, слід виділити такі:

- наявність страхового договору (особливо з повним покриттям) знижує зацікавленість первинного носія ризику (страхувальника) у проведенні інших заходів стосовно управління ризиком;

- узгодження умов договору може зайняти досить багато часу, протягом якого носій ризику не має ніякого захисту. Переговори стосовно укладення договору можуть вимагати додаткових витрат, пов'язаних з отриманням недостатньої інформації;

- ризиковий та авансовий характер надання страхової послуги — страхові премії страхувальниками сплачуються на початку строку дії договору, хоча не відомо, чи буде збиток, а тому чи буде надана сама послуга;

- обмеження потужності страхового ринку — місткість страхового ринку, можливості окремих страхових компаній, тривалі строки врегулювання, вплив ділового циклу тощо — можуть перешкоджати отриманню ефективного страхового захисту.

Висновки

1. Поняття “ризик” і “невизначеність”, з якими ми постійно стикаємося в реальній дійсності, неоднозначні.

Уточнити їх зміст можна на основі таких структурних характеристик:

- небезпека;
- схильність ризику;
- уразливість;
- взаємодія ризиків.

2. Важливим для бізнесу є поняття “економічний ризик”, який визначається як можливість випадкового виникнення небажаних збитків, вимірюваних у грошовому вираженні.

Для надання цьому поняттю конкретного (операційного) змісту необхідно класифікувати ризики за різними критеріями.

Критерії класифікації ризиків можуть будуватися на основі структурних характеристик ризику, специфіки інформаційного забезпечення й особливостей вимірюванні ризиків. Для конкретних ризиків також можна використовувати не лише загальні, а й специфічні критерії класифікації, тісно пов’язані з особливостями вказаних ризиків.

Класифікації ризиків за правильно відібраними критеріями можуть спростити розуміння як джерел виникнення економічного ризику, так і методів його мінімізації.

3. Управління ризиком (ризик-менеджмент) процес прийняття та виконання управлінських рішень, які мінімізують несприятливий вплив на організацію або збитки, викликані випадковими подіями. Методи трансформації ризиків — група методів, що передбачають вплив на умови виникнення несприятливих наслідків та можливий розмір збитку. Методи фі-

нансування ризику — група методів, націлених на покриття збитку, що вже відбувся.

4. Страхування — один із найчастіше використовуваних методів управління ризиком. Сутність страхування полягає в тому, що первинні носії ризику за окремий платіж передають свою відповідальність за несення тягаря ризику страховій організації, створеній для цих цілей.

Прийняття рішення про страхування здійснюється в рамках декількох етапів:

- відбір ризиків, які будуть підлягати страхуванню;
- вибір типу страхового покриття;
- вибір страхової компанії;
- проведення переговорів щодо умов страхового договору та його укладання;
- аналіз ефективності страхування і прийняття рішення щодо переукладання договору.

Страхування є найважливішим інструментом фінансового та соціального захисту. Воно забезпечує фінансовий та соціальний захист населення; стимулює ділову активність та розвиток науково-технічного прогресу; підтримує на макро- та мікрорівнях фінансову стабільність, звільняє державу від багатьох витрат, пов’язаних з різними ризиками; є важливим інституціональним інвестором в економіку окремого підприємства і всієї країни в цілому.

5. Проте страхування як метод управління ризиком не є універсальним інструментом. Його використання має свої обмеження, які можуть бути пов’язані з типом ризику, взаємовідносинами сторін операції страхування, їх ставлення до ризику.

Нечіткість критеріїв прийняття рішень відносно вибору страхування як методу управління ризиком не дає змоги автоматично класифікувати ризики на ті, які підлягають страхуванню, і ті, які не можуть бути застраховані. Тому необхідний більш ретельний аналіз певних ризиків.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Економічний ризик; структура економічного ризику; ризик-менеджмент; аналіз ризику; контроль ризику; способи фінансування ризику; страхування ризику.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Визначте зміст поняття “ризик”. Наведіть приклади з повсякденного життя і бізнесу.
2. Перерахуйте та визначте структурні характеристики ризику.
3. Що таке економічний ризик? Яка відмінність між економічним, фінансовим і страховими ризиками?
4. Наведіть приклади класифікацій економічного ризику. Обґрунтуйте їх практичне значення.
5. Дайте визначення ризик-менеджменту.
6. Охарактеризуйте методи трансформації ризиків.
7. Розкрийте суть методів фінансування ризику.
8. Які обмеження щодо можливості страхування ризиків ви знаєте?
9. Назвіть переваги і недоліки страхування як методу управління ризиками.
10. Страховий ризик як об’єктивно-економічна категорія має своїм наслідком:
 - а) прибуток;
 - б) втрату прибутку;
 - в) збиток, прибуток, втрату очікуваної економічної корисності;
 - г) прямі втрати, втрату очікуваної економічної корисності.
11. Чисті ризики є ризиками, наслідками яких є:
 - а) збиток, прибуток;

- б) відсутність збитку, прибуток;
 - в) відсутність збитку, збиток;
 - г) відсутність збитку, відсутність прибутку, збиток.
12. За критерієм величини страхові ризики поділено на:
 - а) малі, середні, великі;
 - б) побутові, великі, катастрофічні;
 - в) великі, масові.
 13. Які риси безпосередньо характеризують “великі” ризики:
 - а) ймовірність настання;
 - б) територія, що охоплена ризиком;
 - в) охоплена ризиком галузь господарської діяльності;
 - г) основні показники виробничої діяльності підприємств;
 - д) вид стихійного явища?
 14. Які риси є критеріями страхувальності ризиків:
 - а) випадковість;
 - б) можливість оцінки у вартісних одиницях;
 - в) низький ступінь ймовірності;
 - г) надзвичайно великі втрати?
 15. У чому полягає аналіз страхового ризику:
 - а) оцінка;
 - б) зменшення;
 - в) ідентифікація;
 - г) уникнення;
 - д) діагностика;
 - е) пізнання?
 16. Які заходи є етапами ризик-менеджменту в страхуванні:
 - а) фінансування;
 - б) самофінансування;
 - в) уникнення;
 - г) страхування;
 - д) контроль;
 - е) обмеження;
 - є) аналіз;
 - ж) попередження?
 17. Коли в страхуванні проводиться мінімізація ризику:
 - а) на кожному етапі процесу страхування;
 - б) при настанні страхового випадку;

- в) під час визначення розміру покриття;
- г) під час укладання страхової угоди;
- д) при суброгації?

18. Які з перерахованих компонентів у сукупності утворюють зміст економічного ризику:

- а) випадкові події;
- б) збитки, завдані через випадкові події;
- в) додаткова вигода, отримана внаслідок випадкових подій;
- г) ймовірність настання випадкових подій;
- д) об'єкт, який зазнає дії випадкової події;
- е) ймовірність настання випадкових збитків?

Література

1. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. — 4-те вид., перероб і доп. — К.: Знання, 2005. — 351 с.
2. *Воблый К.Г.* Основы экономии страхования. — М.: АНКІЛ, 1995.
3. *Райхер В.К.* Общественно-исторические типы страхования. — М.: ЮКИС, 1992.
4. Страховання: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — 599 с.
5. *Шумелда Я.* Страховання: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006.
6. *Шахов В.В.* Страхование: Учеб. для вузов. — М.: Страховой полис: ЮНИТИ, 1997. — 311 с.

Розділ 3

КЛАСИФІКАЦІЯ СТРАХУВАННЯ

- 3.1. *Класифікація: зміст, наукове та практичне значення.*
- 3.2. *Класифікація за метою страхування. Комерційне та соціальне страхування.*
- 3.3. *Класифікація за ступенем свободи волевиявлення страховальника. Добровільне та обов'язкове страхування.*
- 3.4. *Класифікація за об'єктами. Страхування життя, майна та відповідальності.*
- 3.5. *Класифікація страхування за родом безпеки.*

3.1. Класифікація: зміст, наукове та практичне значення

Термін “класифікація” походить від лат. *classis* — “розряд, клас” і *facio* — “роблю, розкладаю”.

Класифікація — це система поділу певних явищ, процесів, предметів (в емпіричному знанні), понять (у логіці) на класи, групи, види, форми тощо за спільними ознаками, властивостями, рисами¹.

У зв'язку з тим, що страхування є досить об'ємним, багатовимірним явищем суспільного життя, яке, як зазначалось вище, має природні, економічні, соціальні, юридичні та глобалізаційні аспекти, існує багато критеріїв його групування (класифікації). Розглянемо головні з них.

Метою класифікації є встановлення певної ієрархії, упорядкованої шляхом поділу на гетерономні (різноміснні) між

¹ Див.: Всемирная энциклопедия. Философия / Главн. науч. ред. и сост. А.А. Грицанов. — М.: АСТ; Минск: Харвест: Современный литератор, 2001. — С. 483.

собою множини, які внутрішньо є гомогенними (однорідними).

Так, класифікацію в страхуванні здійснюють за історичним періодом виникнення певних форм страхування. За цим критерієм виділяють:

- античне страхування;
- середньовічне страхування;
- страхування капіталістичної доби індустріального періоду;
- сучасні види, форми та засоби страхування, зумовлені інформаційною добою суспільного розвитку і т. ін.

Історичність застосовують також для аналізу еволюції традиційних (класичних) форм страхування в межах будь-якої окремої країни та вплив на еволюцію глобалізаційних (чи просто світогосподарських) процесів.

Окрім того, страхування класифікують за іншими категоріями (ознаками):

- за ступенем свободи волевиявлення потреби в страховому захисті (добровільне та обов'язкове);
- за метою страхування (соціальне і комерційне);
- за об'єктами страхування (майнове, відповідальності та життя й пенсій);
- за родом небезпеки (страхування життя і пенсій та страхування, відмінне від страхування життя і пенсій).

Можливі й інші класифікації, в основу яких покладено інші критерії — за формою власності страхової організації, за обсягом відповідальності страховика, залежно від статусу страхувальника (юридична чи фізична особа) і т. ін., але всі їх ми у цій темі розглядати не будемо, оскільки вони не мають визначального значення для розуміння головних проблем страхування.

Наукове значення класифікації як такої та класифікації в страхуванні зокрема полягає в тому, що вона дає можливість визначити місце тієї чи іншої підсистеми в системі, окремого елемента — в підсистемі та виявити зв'язки між самими елементами та між елементами і системою в цілому.

Класифікація, з одного боку, відображає певний рівень знань про об'єкти, а з іншого — дає підстави виявити прогалини в знанні про систему та її структуру.

Класифікації мають важливе *практичне значення*. Так, поділ страхування на соціальне і комерційне лежить в основі реалізації соціальної політики будь-якої соціально орієнтованої держави. Поділ страхування за родом небезпеки на страхування життя й пенсій та страхування, відмінне від страхування життя й пенсій, використовується для врахування специфіки форм і методів страхового захисту інтересів, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням застрахованих на відміну від суто майнових інтересів.

Ці класифікації мають практичне значення під час організації страхового бізнесу, враховуються при визначенні особливостей формування, використання та розміщення страхових фондів, при оподаткуванні страхової діяльності, ліцензуванні, розмежуванні страхових послуг, що надаються державою та приватними страховиками тощо.

3.2. Класифікація за метою страхування. Комерційне та соціальне страхування

Залежно від *мети* страхування поділяють на *комерційне* та *соціальне*.

Комерційне страхування — різновид підприємницької діяльності, спрямованої на здійснення страхового захисту юридичних та фізичних осіб, яку можуть здійснювати як акціонерні, повні, командитні товариства або товариства з додатковою відповідальністю, так і державні страхові організації, метою яких є *отримання прибутку*. Комерційне страхування здійснюється шляхом купівлі-продажу страхових полісів.

Закон України “Про страхування” регламентує діяльність саме з комерційного страхування як різновиду підприємницької діяльності. В преамбулі до Закону “Про страхування” зазначається: “Цей Закон регулює відносини у сфері страхування і спрямований на створення ринку страхових послуг, посилення страхового захисту майнових інтересів підприємств, установ, організацій та громадян.

Дія цього Закону не поширюється на державне соціальне страхування”.

Соціальне страхування — це гарантована державою система заходів щодо забезпечення громадян у старості, на випадок захворювання, втрати працездатності, щодо підтримки материнства та дитинства, а також охорони здоров'я членів суспільства.

Необхідність соціального страхування зумовлена такими причинами:

- наявністю осіб, котрі, з огляду на певні обставини, не беруть участі в суспільно корисній праці, а отже, не можуть за рахунок заробітної плати підтримувати свою життєдіяльність;
- наявністю громадян, котрі є дієздатними, але не мають можливості реалізувати цю дієздатність.

У соціально-політичному аспекті соціальне страхування є способом реалізації конституційного права громадян на матеріальне забезпечення у старості, у випадках хвороби, повної або часткової втрати працездатності або за браком такої від народження, при втраті годувальника, при безробітті.

Соціальне страхування має виконувати такі функції:

- формування грошових фондів, з яких покриваються затрати, пов'язані з утриманням непрацездатних та осіб, що, з огляду на обставини, не беруть участі в трудовому процесі;
- забезпечення певною мірою чисельності та структури трудових ресурсів;
- скорочення розриву в рівнях матеріального забезпечення працюючих та непрацюючих громадян;
- сприяння вирівнюванню життєвого рівня різних соціальних груп населення, не залучених до трудового процесу.

Система соціального страхування складається з двох видів:

- **перший** пов'язаний з відновленням та збереженням працездатності працівників;
- **другий** має гарантувати матеріальне забезпечення громадянам, котрі втратили працездатність або не мали її.

Матеріальною основою для виконання цих завдань є певні фонди з характерними для них напрямками використання коштів.

В Україні система загальнодержавного соціального страхування здійснювалась у формі фінансування через **систему податків**. Вона передбачала функціонування на основі принципу самоокупності, коли надходження на соціальне страхування від податку з доходів фізичних осіб використовувались на покриття затрат у формі грошових виплат та натуральних трансфертів. За цією системою кошти на соціальне страхування надходили до державного бюджету, з якого й фінансувались соціальні видатки.

З часом у цій системі накопичились негативні тенденції, найсерйознішими з яких можна вважати: *по-перше*, зростання заборгованості по виплатах; *по-друге*, наявність випадків нецільового використання страхових коштів; *по-третє*, невідповідність форм управління фондами соціального страхування в наявній системі їх (фондів) формування.

Подолання цих тенденцій вимагало реформування системи загальнодержавного соціального страхування. Це реформування пов'язане з переходом до системи, основним джерелом фінансування якої є **страхові внески роботодавців та застрахованих осіб**.

Реформована система соціального загальнодержавного страхування має реалізувати такі цілі:

1) створення стійкої фінансової системи для економічного захисту людини у разі безробіття, тимчасової непрацездатності, вагітності та пологів, народження дитини та догляду за нею, нещасного випадку на виробництві чи професійного захворювання; старості та інших випадків, *передбачених законодавством*, за рахунок страхових внесків роботодавців та застрахованих осіб;

2) створення ефективної системи управління соціальним страхуванням за участю трьох сторін соціального партнерства: держави, страхувальника та застрахованої особи;

3) удосконалення системи страхових соціальних виплат;

4) забезпечення дієвого контролю за цільовим використанням коштів із фондів соціального страхування.

У багатьох випадках соціальне страхування, як і комерційне, гарантує надання страхових послуг, пов'язаних з певними ризиками, індивідам. Так, страхування, пов'язане з втратою частки доходу у зв'язку з виходом на пенсію, може здійснюва-

тись приватним страховиком і у формі соціального страхування. Або відшкодування затрат на лікування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, може здійснюватись як із фонду соціального страхування, так і з фондів приватного страхового бізнесу. Між *комерційним* (приватним) та *загальнодержавним соціальним* страхуванням *головна відмінність* полягає в тому, що в *комерційному* страхуванні має місце *тісний взаємозв'язок* між величиною *внесків* страхувальника, рівнем *ризиків* та сумою *страхових виплат* застрахованому, тоді як у соціальному страхуванні цей зв'язок за податкової форми фінансування надто слабкий, а за страхової форми — сильніший, але набагато слабкіший, ніж в умовах комерційного страхування. Пояснюється це тим, що через загальнодержавне соціальне страхування не тільки надають страхові послуги, а й здійснюють перерозподіл доходів.

Окрім того, є інші важливі відмінності між цими видами страхування:

- 1) комерційне страхування, як правило, добровільне, соціальне — виключно обов'язкове;
- 2) страховий захист соціального страхування визначає держава, а комерційного — сам страхувальник;
- 3) зв'язок між попитом на соціальне страхування і рівнем доходу страхувальника опосередкований нормами, встановленими законодавством, тоді як попит на комерційні послуги з особистого страхування прямо залежить від рівня доходу (з урахуванням наявності альтернативних засобів захисту інтересів індивіда).

У найзагальнішому вигляді структура соціального страхування представлена на рис. 3.1.

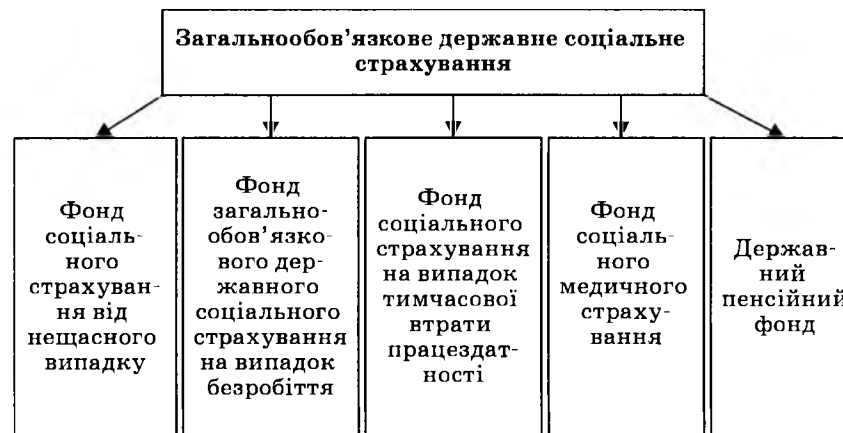


Рис. 3.1. Структура фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування в Україні

3.3. Класифікація за ступенем свободи волевиявлення страхувальника. Добровільне та обов'язкове страхування

За ступенем свободи волевиявлення суб'єктами потреби в страховому захисті¹ страхування поділяють на дві форми: добровільне та обов'язкове.

Обов'язкове страхування як у галузі державного соціального страхування, так і в індивідуальному страхуванні зумовлене ризиками, пов'язаними з життям, втратою працездатності або з виникненням таких збитків, які *не можуть бути відшкодовані окремою особою*. Наприклад, дорожньо-транспортні пригоди, пожежа, яка знищила житло десятків або со-

¹ Деякі вчені вважають, що поділ страхування на добровільне та обов'язкове здійснюється за формою проведення страхування. Див.: Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін. Страхова справа: Інтегрований навч. комплекс: Підручник: У 2 кн. — К.: НВП "АВТ"; Х.: Вид. центр НТУ "ХПІ", 2003. — С. 37; Мачуський В.В. Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 25.

тень сімей, втрата годувальника тощо без обов'язкового страхування могли б поставити окремих людей у такі умови, що вони до кінця свого життя змушені були б використовувати весь свій дохід для компенсації спричинених збитків, а в деяких випадках для такої компенсації не вистачило б і життя. За цих умов усе одно держава не могла б залишитися байдужою до долі таких людей. Значною мірою покриття цих збитків повинна брати на себе держава. Щоб полегшити цей тягар і не перекладати його на державний бюджет, обмежений за будь-яких умов, держава запроваджує обов'язкове страхування.

Обов'язкове страхування встановлюється законом, згідно з яким страховик зобов'язується страхувати відповідні об'єкти, а страхувальник — вносити належні страхові платежі.

Форми типового договору, порядок проведення й особливі умови для ліцензування обов'язкового страхування, розміри страхових сум та максимальні розміри страхових тарифів або методика актуарних розрахунків визначаються Кабінетом Міністрів України.

Стаття 7 Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” подає перелік видів страхування, які є обов'язковими у нашій державі:

- 1) медичне страхування;
- 2) особисте (особове) страхування медичних і фармацевтичних працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними службових обов'язків;
- 3) особисте (особове) страхування працівників відомчої (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) та сільської пожежної охорони і членів добровільних пожежних дружин (команд);
- 4) страхування спортсменів вищих категорій;
- 5) страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини;
- 6) особове страхування від нещасних випадків на транспорті;
- 7) авіаційне страхування цивільної авіації;

8) страхування відповідальності морського перевізника та виконавця робіт, пов'язаних із обслуговуванням морського транспорту, щодо відшкодування збитків, завданих пасажиром, багажу, пошті, вантажу, іншим користувачам морського транспорту та третім особам;

9) страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів;

10) страхування засобів водного транспорту;

11) страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур і цукрових буряків сільськогосподарськими працівниками всіх форм власності;

12) страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за шкоду, яку може бути заподіяно внаслідок ядерного інциденту (порядок і умови цього страхування визначаються спеціальним законом України);

13) страхування працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України), які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають психічними розладами;

14) страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного та санітарно-епідеміологічного характеру;

15) страхування цивільної відповідальності інвестора, в тому числі за шкоду, заподіяну довкіллю, здоров'ю людей, за угодою про розподіл продукції, якщо інше не передбачено такою угодою;

16) страхування майнових ризиків за угодою про розподіл продукції у випадках, передбачених Законом України “Про угоди про розподіл продукції”;

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

18) страхування майнових ризиків за промислової розробки родовищ нафти і газу у випадках, передбачених Законом України “Про нафту і газ”;

19) страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок захворювання інфекційними хворобами, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб;

20) страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів;

21) страхування персоналу транспортних установок, джерел іонізуючого опромінювання, а також державних інспекторів з нагляду за ядерною та радіаційною безпекою безпосередньо на ядерних установках від ризику негативного впливу іонізуючого випромінювання на їхнє здоров'я за рахунок коштів ліцензіатів;

22) страхування об'єктів космічної діяльності (наземна інфраструктура), перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України за поданням Національного космічного агентства України;

23) страхування цивільної відповідальності космічної діяльності;

24) страхування об'єктів космічної діяльності (космічна інфраструктура), які є власністю України, щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі;

25) страхування відповідальності щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі;

26) страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків під час такого перевезення;

27) страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, за переліком, встановленим Кабінетом Міністрів України;

28) страхування відповідальності власників собак (за переліком порід, визначених Кабінетом Міністрів України) щодо шкоди, яка може бути заподіяна третім особам;

29) страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї;

30) страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків у випадках та згідно з переліком тварин, встановленим Кабінетом Міністрів України;

31) страхування відповідальності суб'єктів туристичної діяльності за шкоду, заподіяну життю чи здоров'ю туриста або його майну;

32) страхування ліній електропередач та перетворюючого обладнання передавачів електроенергії від пошкодження внаслідок впливу стихійних лих або техногенних катастроф від протиправних дій третіх осіб.

Здійснення обов'язкових видів страхування, не передбачених цим законом, *забороняється*.

Дія Закону України "Про страхування" не поширюється на державне соціальне страхування, яке теж є обов'язковим.

Обов'язкова форма страхування ґрунтується на таких закладах.

1. Законодавство встановлює перелік об'єктів, що підлягають обов'язковому страхуванню та механізм, яким забезпечується його реалізація, покладаючи відповідальність за здійснення обов'язкового страхування на державні страхові органи.

2. Суцільне охоплення всіх об'єктів обов'язкового страхування без заяви страхувальника, оскільки реєстрація об'єкта є підставою для того, щоб він автоматично був охоплений страхуванням.

3. Безумовна дія обов'язкового страхування, незалежно від порушення строку сплати страхувальником страхових платежів. У разі порушення строків внесення платежів страхувальник сплачує пеню. В екстремальних випадках страхові внески може бути стягнуто в судовому порядку. У разі настання стра-

хового випадку за прострочених платежів потерпілого зі страхового відшкодування вилучається сума боргу перед страховою організацією та пеня на прострочений борг.

4. Обов'язкове майнове страхування не обмежене часом. Воно втрачає силу тільки тоді, коли гине майно. Для особистого страхування обов'язковість втрачає силу зі зміною статусу особи, що зумовлює вилучення її з переліку тих осіб, котрі підлягають законному обов'язковому страхуванню (особа перестала бути народним депутатом, пасажиром тощо).

5. Страхове забезпечення з обов'язкового страхування суворо нормоване. Як правило, ці норми встановлюють у відсотках від страхової оцінки або в гривнях на один об'єкт.

Добровільне страхування здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком. Ним, як правило, охоплюються юридичні та фізичні особи, котрі не підпадають під обов'язкове страхування і бажають застрахуватись. Загальні умови та порядок проведення добровільного страхування визначаються правилами, які встановлюються страховиком самостійно. Конкретні умови добровільного страхування визначаються під час укладання договору страхування.

Види добровільного страхування, на які видається ліцензія, визначаються правилами (умовами) страхування, прийнятими страховиком і зареєстрованими Уповноваженим органом.

Видами добровільного страхування можуть бути:

- 1) страхування життя;
- 2) страхування від нещасних випадків;
- 3) медичне страхування (безперервне страхування здоров'я);
- 4) страхування здоров'я на випадок хвороби;
- 5) страхування залізничного транспорту;
- 6) страхування наземного транспорту (крім залізничного);
- 7) страхування повітряного транспорту;
- 8) страхування водного транспорту (морського внутрішнього та інших видів водного транспорту);
- 9) страхування вантажів та багажу (вантажобагажу);
- 10) страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ;

11) страхування майна (іншого, ніж передбачено пунктами 5—9);

12) страхування цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальності перевізника);

13) страхування відповідальності власників повітряного транспорту (включаючи відповідальність перевізника);

14) страхування відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника);

15) страхування відповідальності перед третіми особами (іншої, ніж передбачено пунктами 12—14);

16) страхування кредитів (у тому числі відповідальності позичальника за непогашення кредиту);

17) страхування інвестицій;

18) страхування фінансових ризиків;

19) страхування судових витрат;

20) страхування виданих гарантій (порук) та прийнятих гарантій;

21) страхування медичних витрат;

22) інші види добровільного страхування.

Страховики мають право займатись тільки тими видами добровільного страхування, які визначені в ліцензії.

3.4. Класифікація за об'єктами.

Страхування життя, майна та відповідальності

За об'єктами страхового захисту страхування поділяють на три великі спеціалізовані галузі:

1) **особове (особисте) страхування**, яке страхує майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією страхувальника або застрахованої особи;

2) **майнове страхування**, яке страхує майнові інтереси, пов'язані з володінням, користуванням і розпорядженням майном;

3) **страхування відповідальності**, яке страхує майнові інтереси, пов'язані з відшкодуванням заподіяної страхувальником шкоди третій (юридичній чи фізичній) особі або її майну.

Кожна з трьох галузей страхування має підгалузі, для яких теж характерна складна будова, представлена відповідними видами страхування. Структуру особового страхування, власливу Україні, представлено на рис. 3.2.

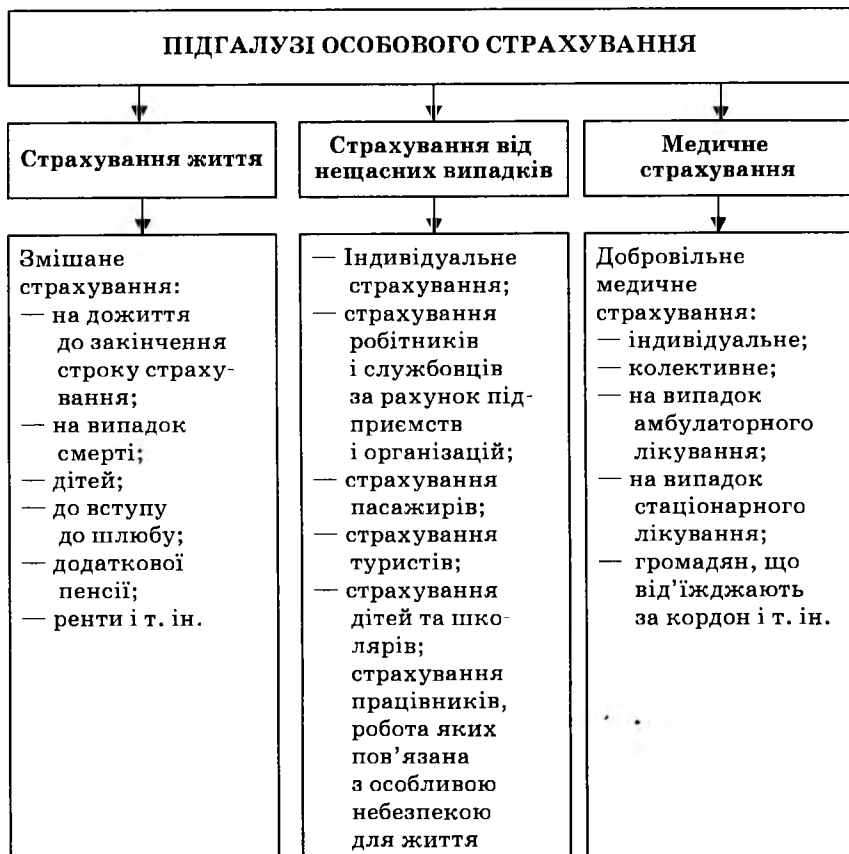


Рис. 3.2. Структура галузі особового страхування

Структуру майнового страхування відображено на рис. 3.3.

Структура галузі страхування відповідальності зображена на рис. 3.4.



Рис. 3.3. Структура майнового страхування

Порівняльна характеристика галузей страхування.

Майнове страхування покликане відшкодувати матеріальні збитки, зумовлені страховими подіями. Тут страхуються строго визначені об'єкти на заздалегідь визначену суму.

Особове страхування спрямоване на надання грошової допомоги громадянам та їх сім'ям у зв'язку з втратою здоров'я застрахованою особою чи її смертю.

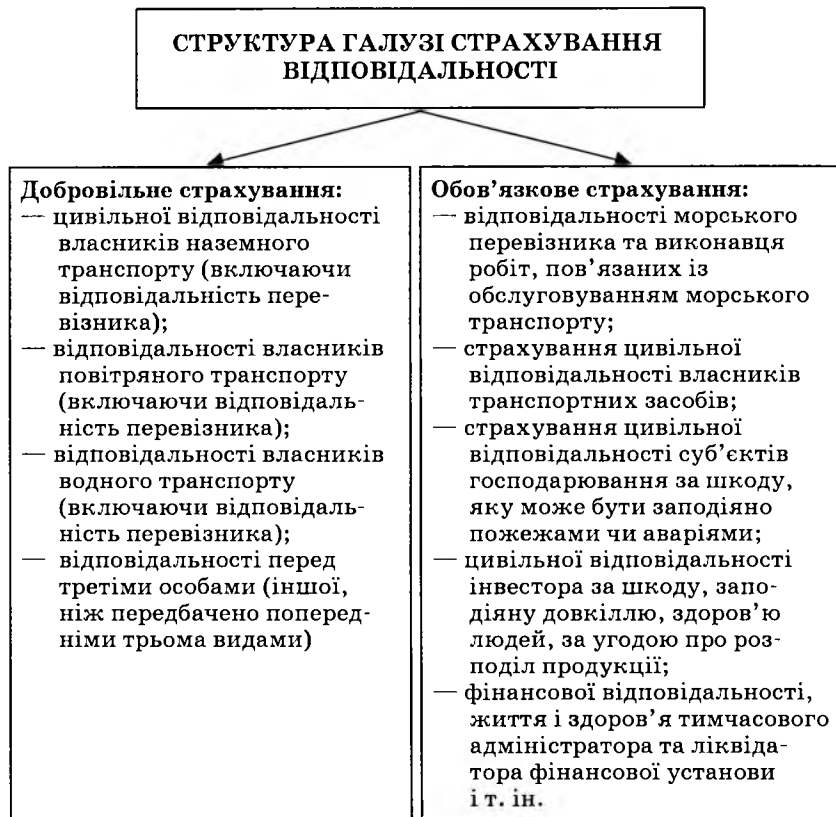


Рис. 3.4. Структура галузі страхування відповідальності

При страхуванні на дожиття до закінчення строку дії договору про страхування, а також при страхуванні пенсій, ренти тощо страхувальником нагромаджується страхова сума, яка по закінченні строку дії договору повертається застрахованому, а протягом дії договору використовується страховиком як інвестиційний ресурс.

Страхування відповідальності, як і майнове страхування, є страхуванням збитків. Але, на відміну від майнового страхування, тут об'єкт захисту не може бути визначеним задалегідь.

Докладніше ці види страхування будуть розглядатись у наступних темах.

3.5. Класифікація страхування за родом небезпеки

Окрім розглянутих вище класифікацій є класифікація страхування *за родом небезпеки*. Так, Європейське Співтовариство, починаючи з 1978 р. використовує класифікацію, згідно з якою все страхування поділяють на дві великі галузі (групи галузей):

I — страхування життя і пенсій (довгострокове);

II — страхування, відмінне від страхування життя (загальні види страхування).

Страхування життя і пенсій за цією класифікацією поділяють на 7 класів, а загальні види — на 18 класів.

На рис. 3.5 зображено структуру страхування за родом небезпеки для ЄС.

Українське законодавство за цим критерієм включає:

- страхування кредитних ризиків;
- страхування депозитів;
- страхування підприємницьких ризиків;
- екологічне страхування;
- страхування ризиків довірчого управління за іпотечного кредитування та житлового будівництва;
- страхування інвестицій;
- страхування ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, та ін.

Ми розглянули основні види класифікацій страхування, які тією чи іншою мірою будуть використовуватись у всіх подальших темах.

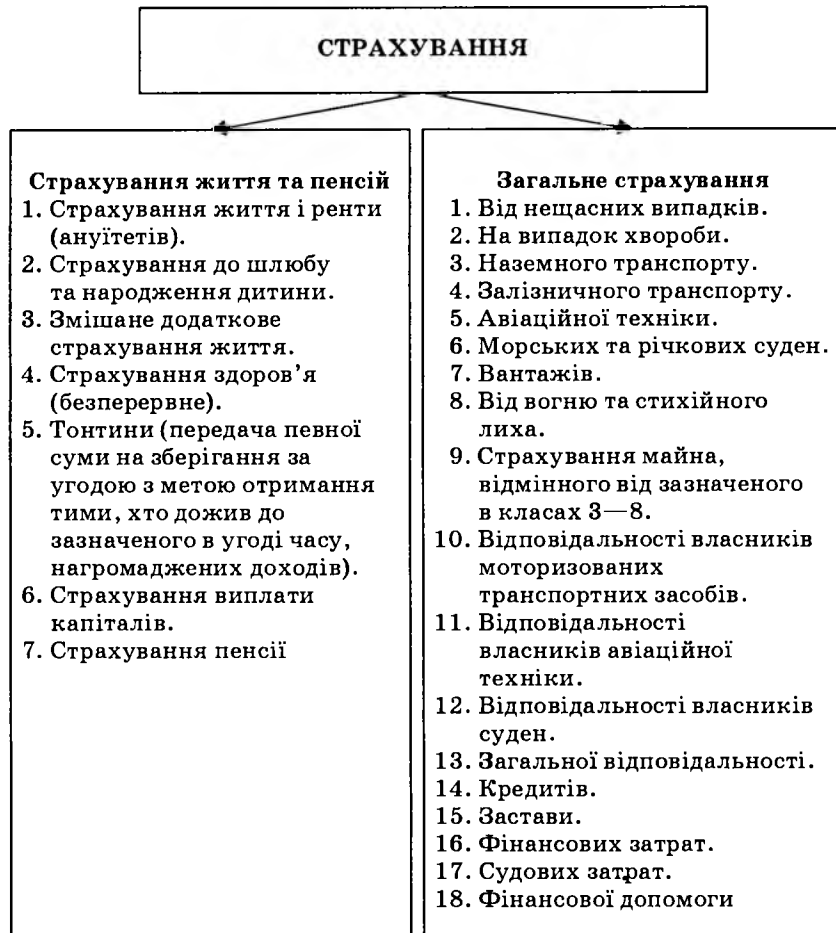


Рис. 3.5. Класифікація страхування за родом небезпеки для ЄС

Висновки

1. Класифікація — це система розподілу за певними критеріями (ознаками, рисами) певних явищ, процесів, предметів на класи, групи, види, форми.

2. Найважливішими критеріями, покладеними в основу класифікацій страхування, є:

- мета страхування для поділу на соціальне та комерційне страхування;
 - ступінь свободи волевиявлення страхувальника щодо потреб у страховому захисті для поділу страхування на добровільне та обов'язкове;
 - структура об'єктів страхування для поділу страхування як виду економічної діяльності на галузі: майнове, особове та страхування відповідальності; а також на підгалузі та види страхування;
 - рід небезпеки, за яким страхування поділяють на страхування життя та пенсій та загальне страхування.
3. Соціальне страхування пропонує ті самі послуги, що й комерційне особисте, але на відміну від комерційного, соціальне страхування є виключно обов'язковим; безперервним; йому властива менша щільність зв'язку страхових виплат з внесками та рівнем ризику, ніж комерційному.
4. Обов'язкове страхування не тільки у сфері соціального, а й комерційного особистого, зумовлене ризиками, пов'язаними з життям, здоров'ям, втратою працездатності або з виникненням таких матеріальних збитків, які не можуть бути відшкодовані окремою особою.
5. Обов'язкове страхування здійснюється не за договором, а за законом; воно охоплює всі об'єкти обов'язкового страхування та їх страхове забезпечення.
6. Майнове обов'язкове страхування не обмежене часом. Воно втрачає силу тільки внаслідок загибелі майна.
7. Обов'язковість для особового страхування втрачає силу внаслідок зміни статусу застрахованої особи.
8. Страхове забезпечення з обов'язкового страхування суворо нормоване.
9. Добровільне страхування здійснюється за договором між страховиком і страхувальником. Загальні умови та порядок здійснення добровільного страхування визначаються Правилами, що встановлюються страховиком.
10. Особове страхування захищає майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією страхувальника або застрахованої особи.
- Майнове страхування пов'язане із захистом майнових інтересів у зв'язку з володінням, користуванням та розпорядженням майном.

Страховання відповідальності страхує майнові інтереси, пов'язані з відшкодуванням заподіяної страховальником шкоди третій особі (юридичній або фізичній) та її майну.

11. Класифікація страхування за родом небезпек (ЄС) поділяє страхування на дві підсистеми: 1) страхування життя та пенсій; 2) загальне страхування, яке включає майнове та страхування відповідальності.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Види страхування; добровільне та обов'язкове страхування; загальне страхування; класифікація; комерційне страхування; критерії класифікації в страхуванні; майнове страхування; медичне страхування; особове страхування; підвиди страхування; соціальне страхування; страхування від нещасних випадків; страхування відповідальності; страхування життя та пенсій; страхування майнових ризиків.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Дайте визначення поняття “класифікація” та розкрийте значення класифікації для науки та практики.

2. Поділ страхування на добровільне та обов'язкове здійснюється за критерієм:

- а) обсягу страхового забезпечення;
- б) рівня ризику;
- в) ступеня свободи волевиявлення страховальника в потребі страхового захисту;
- г) ступеня свободи волевиявлення страховика здійснювати страховий захист.

3. Комерційне страхування спрямоване на:

- а) перерозподіл національного доходу на користь малозабезпечених;

б) отримання прибутку та перерозподіл національного доходу на користь постраждалих від страхових подій;

в) захист інтересів середнього класу;

г) захист інтересів найбагатших верств населення

4. Соціальному страхуванню властиві такі риси:

а) необмеженість строком;

б) добровільність;

в) строковість;

г) обов'язковість.

5. Майнове страхування проводиться:

а) в обов'язковому порядку;

б) в добровільному порядку;

в) в обов'язковому та добровільному порядку;

г) всі відповіді неправильні.

6. Страхування відповідальності відрізняється від майнового страхування тим, що:

а) страхуються збитки;

б) має наперед визначений об'єкт захисту;

в) об'єкт страхування не може бути наперед визначений;

г) відшкодовує збитки в грошовій формі.

7. Особове страхування відрізняється від соціального:

а) об'єктами страхування;

б) обов'язковістю;

в) добровільністю;

г) регламентацією договором, а не законом.

8. Особове страхування не включає:

а) добровільного страхування життя;

б) добровільного страхування від нещасних випадків;

в) загальнообов'язкового державного страхування пенсій;

г) добровільного медичного страхування.

Література

1. Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін. Страхова справа. Інтегрований навч. комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: У 2 кн. — Кн. 1: Страхування. Страхові послуги. — К.: НВП “АВТ”; Х.: Видав. центр НТУ “ХПІ”, 2003. — С. 32—43.

2. *Гвозденко А.А.* Основы страхования: Учебник. — М.: Финансы и статистика, 1999. — С. 66—115.

3. Загальнообов'язкове державне соціальне страхування та пенсійне забезпечення у цифрах і фактах / М-во праці та соц. політики України. Пенсійний фонд України. — К., 2003.

4. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7.

5. *Мачуський В.В.* Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 25—30.

6. Страхование дело: Учебник / Под ред. проф. Л.И. Рейтмана. — М.: Банковский и биржевой науч.-консультац. центр, 1992. — С. 39—45.

7. Страхування: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 40—60.

8. *Таркуцяк А.О.* Страхування: питання і відповіді: Навч. посіб. — К.: Вид-во Європ. ун-ту, 2002. — С. 83—102.

Частина II

ОСОБОВЕ СТРАХУВАННЯ

Розділ 4. Страхування життя.

Розділ 5. Страхування від нещасних випадків.

Розділ 6. Медичне страхування.

Розділ 7. Пенсійне страхування.

Розділ 4

СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

- 4.1. *Зміст і структура (види) страхування життя.*
- 4.2. *Змішане страхування життя.*
- 4.3. *Значення, стан та перспективи розвитку страхування життя в Україні.*

Незважаючи на те, що страхування у будь-якій галузі спрямоване на захист *майнових інтересів*, специфіка цих інтересів у галузі особового страхування полягає в тому, що вони пов'язані з *життям, здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією* страхувальника або застрахованої особи. З перерахованих об'єктів страхування тільки пенсія має відокремлене від її власника (носія) існування. Життя, здоров'я та працездатність — невід'ємні атрибути особи. Звідси й назва галузі — *особове страхування*¹.

Ця галузь покликана забезпечувати страховий захист майнових інтересів громадян або зміцнення досягнутого ними сімейного добробуту.

¹ У Законі України “Про страхування” та інших законодавчих та підзаконних актах вживається термін “особисте”, а не “особове” страхування. Термін “особистий” у “Великому тлумачному словнику сучасної української мови (К.; Ірпінь: ВТФ “Перун”, 2003. — С. 685) трактується як такий, що “здійснюється безпосередньо, не через інших осіб”. Оскільки особа за цим видом страхування може бути застрахована не тільки нею самою, доцільніше вживати термін “особове страхування”, що означає “страхування особи”, але не обов'язково нею самою, особисто.

Особове страхування включає:

- страхування життя;
- страхування від нещасних випадків;
- добровільне медичне страхування;
- добровільне страхування додаткової пенсії.

Кожна структурна складова особового страхування має свій об'єкт і розглядається в окремій темі.

4.1. Зміст і структура (види) страхування життя

Історично первинною формою особового страхування вважається *страхування життя* на випадок *смерті застрахованої особи*. З часом коло видів страхування життя розширилось. Наразі страхування життя включає:

- страхування на дожиття застрахованої особи до зазначеного в договорі віку з одноразовою виплатою капіталу;
- страхування життя на випадок смерті;
- змішане страхування життя;
- страхування дітей до вступу до шлюбу;
- страхування життя з виплатою анuitету;
- довгострокове страхування життя працівників підприємств, установ за рахунок коштів роботодавців;
- страхування життя позичальника кредиту та ін.

Страхування життя (life Assurance) у класичному розумінні передбачає захист майнових інтересів на *випадок смерті* застрахованого.

Страховою подією при страхуванні життя є смерть застрахованої особи.

Головною особливістю цього виду страхування є те, що людське життя не має вартісної (грошової) оцінки. Це означає, що за цим видом страхування неможливо визначити величину збитку, зумовленого настанням страхового випадку. Саме ця обставина зумовлює інші особливості.

По-перше, у страхуванні життя беруть участь *чотири суб'єкти* — страховик, страхувальник, застрахована особа та вигодонабувач.

Страховиком у цій галузі страхування може бути *виключно* страхова компанія, яка має ліцензію на здійснення страхування життя. Страховик, що здійснює страхування життя, зобов'язаний мати статутний капітал в обсязі 1,5 млн євро.

Закон України “Про страхування” регламентує *нормативний запас платоспроможності* страховика, що здійснює страхування життя, який на будь-яку дату визначається шляхом множення загальної величини резерву довгострокових зобов'язань (математичного резерву) на 0,05 (ст. 30). Цим Законом визначається порядок формування, розміщення та використання резервів зі страхування життя. Для забезпечення страхових зобов'язань зі страхування життя страховики формують резерви за рахунок надходження страхових платежів та інвестування коштів сформованих резервів за цим видом страхування.

Страхувальником за цим видом страхування може бути юридична чи фізична особа, яка вступила в страхові відносини зі страховиком, сплачує страхові внески та претендує на страхові виплати за страховими подіями.

Застрахований — особа, що бере участь в особовому страхуванні, чие життя (здоров'я чи (і) працездатність) виступає об'єктом страхового захисту. Якщо застрахований сам сплачує страхові внески, то він водночас є і страхувальником. Подекуди ці суб'єкти можуть не збігатися. Наприклад, за страхування дітей страхувальниками є батьки, а застрахованими — діти.

Вигодонабувач (Beneficiary) — особа, на користь якої підписано страховий договір. Вигодонабувач визначається страхувальником або застрахованим на випадок посмертного отримувача страхової суми. Якщо така особа не вказана, то вигодонабувачами можуть бути спадкоємці за законом.

По-друге, неможливість визначити в грошовому вимірі втрати, пов'язані з життям, зумовлює *своєрідний підхід щодо визначення страхової суми та страхового тарифу* (премії, внеску).

Страхова сума (Sum Insured) — грошова сума, визначена законом чи договором страхування, яка лежить в основі визначення розміру страхової *премії* (внеску) та розміру *страхової виплати*.

В *особовому* страхуванні **страхова сума** визначається на кожного застрахованого окремо з урахуванням інтересів та можливостей обох сторін (страхувальника і страховика).

Страховик, як правило, встановлює *мінімальну* межу страхової суми, нижче від якої обслуговування договору зі страхування життя буде збитковим. Страховик може виступити і верхнім обмежувачем страхової суми, якщо вірогідність того, що страхувальник встигне сплатити визначену ним досить значну суму, мала.

Щодо страхувальника, то обрана ним страхова сума визначається насамперед його платоспроможністю (рівнем доходу) та бажанням відкласти споживання цього доходу на тривалий час.

По-третє, договори зі страхування життя довгострокові. І хоч українське законодавство не встановлює мінімальні строки договорів зі страхування життя, методика формування резервів (1997 р.) зазначає, що ці договори підписуються на строк не менше ніж три роки. Договори можуть діяти значно довше: 10, 15, 20, 30, 40 років. Чим триваліший договір, тим більша частка в резерві від інвестування коштів.

По-четверте, з попередньої особливості випливає, що страхування життя виконує як *захисну*, так і *заощаджувальну* функцію, зміст якої полягає в прибутковому, але низькоризиковому розміщенні тимчасово вільних грошових засобів.

Для того щоб визначити вірогідність настання смерті застрахованого протягом дії довгострокового договору зі страхування життя, необхідно скористатись таблицями смертності, які показують відсоток смертності в різні вікові періоди. Ці таблиці існують для всього населення країни. Їх мають і страхові компанії. Оскільки страхуванням життя охоплюється не все населення, точнішими є таблиці смертності, які ведуться страховиками.

Підписуючи довгостроковий договір зі страхування життя, звісно, страховик не знає, скільки років проживе конкретний страхувальник (застрахований). Але вірогідність того, що відомий відсоток застрахованих у кожній віковій категорії не доживе до закінчення строку дії договору досить точно відображають таблиці, які страховик використовує для розрахунку

страхових платежів. Чим вища смертність у віковій ланці, тим вищі страхові тарифи.

Страховий тариф (*Insurance Tariff*) — це ставка страхової премії з одиниці страхової суми.

Вплив різних чинників на величину внесків зі страхування життя. Якщо страхова сума залишається незмінною, то величина страхових внесків обернено залежна від строку дії договору.

При підписанні договору зі страхування життя страхові премії можуть сплачуватись упродовж дії договору (з розстроченням платежу) або одноразовим платежем. У першому випадку тариф буде вищим, у другому — нижчим.

Страхові тарифи можуть відрізнятись для застрахованих на однакову страхову суму та на однаковий строк. Іншими словами, якщо два страхувальники страхують своє життя на одну й ту саму суму і на однаковий строк, страхові внески будуть вищі для тієї категорії страхувальників, яка знаходиться в групі вищого ризику.

Звісно, на рівень ризику *не дожити* до зазначеного в договорі віку впливає не тільки вік, а й стать, вид діяльності, умови, в яких здійснюється трудова діяльність, місце проживання, стан здоров'я застрахованого і т. ін.

За незначних страхових сум, як правило, про стан здоров'я застрахованого страховик узнає з опитування страхувальника. За великих страхових сум страховик вимагає витяг із висновку медичної установи з приводу стану здоров'я застрахованого.

Індивідуальне та групове страхування життя. За кількістю осіб, зазначених у договорі, страхування життя поділяють на *індивідуальне* (одна особа страхується за договором) та *групове* (*колективне*), за яким застрахованими є група осіб.

За індивідуального страхування життя страхувальник, як правило, є водночас і застрахованим. Хоча не завжди. При страхуванні дітей страхувальником є батьки, а застрахованими — діти. *Індивідуальне* страхування може здійснюватись за рахунок як самого страхувальника — застрахованого, так і юридичної особи (підприємства, установи, організації).

За групового страхування найчастіше страхувальником є роботодавець, а застрахованими — наймані працівники. Групове страхування здійснюється за рахунок юридичної особи (роботодавця). Розмір страхової премії за договором може встановлюватись середнім для всього колективу, а може диференціюватись для окремих груп застрахованих, з урахуванням віку, професії, умов праці тощо.

Страхування життя на визначену договором страхову суму передбачає поділ страхових внесків на *дві частини*. *Перша* пов'язана з страхуванням *ризиків*, *друга* — з інвестуванням та *отриманням прибутку*. Пояснюється це тим, що цей вид страхування має покривати ризик (у випадку смерті) та забезпечити виплату відсотків на певну нагромаджену суму капіталу.

Частка страхових внесків, що спрямовуються на страхування ризику, залежить від віку. Чим старший вік застрахованого, тим більша вірогідність його смерті (як середньостатистичної особи). Тому цей вид страхування привабливіший для молодих, ніж для старих людей.

Якщо страхувальником є не фізична, а юридична особа, то податкові пільги можуть зробити цей вид страхування привабливим і для людей похилого віку.

Розглянемо ближче страхування за участю страхувальника в прибутку страхової компанії.

Страхування за участю в прибутку страхової компанії. Зміст страхування життя за участю в прибутку страховика полягає в тому, що якщо компанія має прибуток, вищий від очікуваного, вона ділиться цим прибутком зі страхувальником (застрахованими).

Оскільки страхування життя, як правило, довгострокове, то воно за змістом є не тільки способом довгострокового страхового захисту застрахованого, а й довгостроковою формою (способом) розміщення капіталу під відсоток. Специфіка такого способу розміщення капіталу полягає в тому, що, *по-перше*, законодавство, як правило, забороняє розміщувати тимчасово вільні грошові засоби страхових компаній у високоризикові проекти в зв'язку з тим, що головна функція страховика — здатність надавати *страхові послуги*. А, як відомо, найдохід-

нішими є високоризикові проекти. У зв'язку з тим, що страховик ризикує не власним, а залученим капіталом страховальників, ці обмеження є виваженими та доцільними.

По-друге, жоден страховик, яка б у нього не була обнадійлива фінансова ситуація протягом 3—5 років, не може достеменно знати, що його чекає через наступні 5—10—15 і т. д. років. Тому страховик може обіцяти страховальнику (застрахованому) значну частку прибутку, а ситуація, в якій реально буде функціонувати страховик, не дасть йому можливості це зробити.

По-третє, ринок цінних паперів не може бути індикатором для визначення очікуваної норми дохідності на капітал, розміщений у страховика, у зв'язку з тим, що страховик, як описано в пункті 1, не бере участі в здійсненні високоризикових операцій та проектів. Це означає, що страховальник може взагалі не отримати прибутку на свій капітал.

У зв'язку із зазначеним вище впливає:

1) ні попередня, ні поточна прибутковість страховика не є запорукою його високої дохідності в довгостроковому періоді;

2) єдиним надійним критерієм, що формує оптимістичні очікування страховальника щодо доходу на капітал, є зіставлення величини страхових внесків і виплачених страхових сум. Вважається, що за умови, коли страхова сума за 25 років страхування життя зростає вдвічі, то капітал страховиком розміщується надійно.

Описана ситуація свідчить про середньорічний рівень прибутковості 4 %. Це достатній рівень для довгострокового періоду для країн, де цей вид страхування має понад столітню історію¹. Українські страховики пропонують страховальникам 2 % прибутку.

Є *два види договорів* за участю страховальника у прибутку страховика:

- *перший* передбачає залучення прибутку для збільшення страхової суми;
- *другий* — окреме нагромадження часток прибутку.

¹ Социальное и личное страхование. (Опыт страхового рынка ФРГ). — М.: АНКІЛ, 1992. — С. 85.

Перший вид договору дає можливість отримання часток прибутку по закінченні строку дії договору. Другий робить можливим отримання часток прибутку до закінчення строку страхового договору.

Отже, *страховий внесок* складається з:

- 1) оплати страхового ризику;
- 2) частки внеску, що інвестується і приносить прибуток;
- 3) частки, що відшкодовує адміністративно-управлінські затрати з ведення договору.

По закінченні строку дії договору з довгострокового страхування життя застрахований отримує *страхову суму* + *частки прибутку*.

Для отримання цієї виплати страховальник повинен пред'явити: страховий поліс; квитанцію про сплату останнього внеску, а за умови смерті застрахованого — свідоцтво про смерть та виписку з історії хвороби.

Страхова виплата (Benefit) — це грошова сума, встановлена законом чи договором страхування, що виплачується страховиком застрахованій особі, страховальнику чи вигодонабувачеві у разі настання страхової події.

Розмір страхової виплати під час страхування на випадок смерті залежить від причини смерті та способу розрахунку страхового тарифу.

Якщо смерть настала через хворобу, страхова виплата включатиме: страхову суму та суму внесків з урахуванням норми прибутковості. Пояснюється це тим, що за ризиком смерті встановлюється окремий тариф, а за нереалізованим ризиком — дожиттям — відбувається повернення внесків.

Якщо смерть настала від нестрахового випадку, вигодонабувачу виплачується сума, що включає *страхові внески з урахуванням норми прибутковості*.

Договір страхування життя має вміщувати інформацію щодо того, за яких умов *страховик звільняється від страхової виплати* у разі настання страхового випадку. Це насамперед самогубство, а також вчинений застрахованим навмисний злочин, який спричинив смерть у зв'язку з автоаварією, якщо застрахований перебував у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння тощо.

Довгостроковий договір зі страхування життя може бути розторгненим до закінчення строку його дії.

Дострокове розторгнення договору зі страхування життя на встановлену страхову суму може здійснюватись як з ініціативи страховика, так і з ініціативи страхувальника. У разі розторгнення договору з **ініціативи страхувальника**, як правило, зростають його фінансові втрати. Тому за погіршення фінансового стану страхувальника та нездатності сплачувати своєчасно встановлені страховим договором платежі він (страхувальник) має альтернативні варіанти вибору своєї поведінки:

- а) зменшення страхової суми, а отже, й розміру поточних внесків;
- б) домовитись про відстрочку платежів на певний строк (якщо ці труднощі тимчасові);
- в) продовжити дію договору, що теж супроводжується зменшенням страхових внесків.

З **ініціативи страховика** достроково припиняється дія договору, якщо страхувальник своєчасно не сплатив внески і після надання йому страховиком терміну для погашення боргу не погасив його.

Дострокове припинення дії договору зі страхування життя передбачає виплату застрахованому викупної суми.

Викупна сума (Cash Surrender Value) — це сума, що виплачується страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування життя. Вона розраховується математично на день припинення договору страхування життя залежно від періоду, протягом якого діяв договір. Вимоги до методики розрахунку викупної суми може здійснювати Уповноважений орган. Повернення викупної суми здійснюється у формі готівки, якщо страхові платежі вносились готівкою, та безготівковою формою, якщо внески здійснювались у безготівковій формі.

4.2. Змішане страхування життя

Найпоширенішим є змішане страхування життя.

Змішане страхування життя — це страхування життя, за якого в одному договорі об'єднується страхування від декількох ризиків: смерті, дожиття, нещасного випадку, хвороби, втрати працездатності тощо. Якщо договір про страховий захист покриває два і більше ризиків, страхування вважається змішаним.

Страхувальниками за змішаного страхування можуть бути як юридичні особи, так і дієздатні фізичні особи.

Застраховані — громадяни віком від 2—3 до 60—70 років або без обмеження віку. Останнє слово у виборі віку застрахованої особи належить страховику, а вікову вилку встановлює законодавство. Такі обмеження спрямовані на зменшення рівня ризику смерті, що, з одного боку, сприяє зміцненню фінансової стійкості страхової компанії, а з іншого — зменшенню страхових тарифів.

Вікові обмеження (за договором сторін) можуть зніматися, але тоді страхування супроводжується суттєвим зростанням тарифів.

Змішане страхування теж може бути **індивідуальним і колективним**.

Найпоширеніші страхові випадки за змішаного страхування життя:

- дожиття застрахованої особи до закінчення дії страхового договору;
- смерть застрахованої особи, спричинена будь-якими подіями за винятком тих, що не визнаються страховими;
- тимчасова чи постійна втрата працездатності, смерть у зв'язку з настанням нещасного випадку.

Якщо, наприклад, договір змішаного страхування життя вміщує два ризики: **смерть та дожиття до визначеного віку**, то сукупна вірогідність настання однієї з двох страхових подій дорівнює одиниці. Адже якщо застрахований доживе, то він не вмер, а якщо вмер, то не доживе.

Це означає, що *страхова виплата* відбувається *за кожним договором страхування життя*. Невідомим залишаються тільки час і обсяг виплати.

Страхова сума може встановлюватись єдиною для всіх ризиків, а може для одного ризику бути меншою, а для іншого — більшою. Наприклад, на випадок дожиття — 100 тис. грн, а на випадок смерті — 150 тис. грн чи більше.

Термін страхування визначається угодою сторін, але для України він має бути *не менше трьох років*.

Страхові внески (премії) (Insurance Premium), які є платою страхувальника страховику за страхування, розраховуються на основі тарифних ставок з урахуванням віку застрахованого, строку та способу сплати внесків.

Страхові виплати за змішаного страхування життя. При страхуванні на дожиття та від нещасних випадків, якщо протягом дії договору відбувались нещасні випадки з настанням страхової події, застрахований отримує певний відсоток страхових виплат, залежно від ступеня втрати здоров'я. Ці виплати не залежать від виплат з фонду загальнодержавного соціального та пенсійного страхування.

Нещасними випадками за цим видом страхування вважаються:

- утоплення;
- опіки, враження блискавкою чи електричним струмом;
- обмороження;
- гострі отруєння газами або парами, отруйними та хімічними речовинами, ліками, харчовими продуктами.

По закінченні договору страхування застрахований отримує повну страхову суму, на яку було підписано договір, незалежно від того, чи отримував він страхові виплати у зв'язку з нещасним випадком впродовж дії договору.

У разі смерті застрахованого в період дії зазначеного вище страхового договору *страхова сума в обсязі 100 %* виплачується правонаступнику (вигодонабувачеві), зазначеному в страховому полісі. Природна смерть як наслідок хвороби, старості і т. ін. не є страховим випадком. *Страховик звільняється від виплати страхової суми*, якщо смерть застрахованого сталася від онкологічної чи серцево-судинної хвороби протягом пер-

ших 6 місяців дії договору. Не несе відповідальності страховик і за умов, коли причиною смерті стали злочинні дії застрахованого, наркотичне чи алкогольне сп'яніння та самогубство.

У разі дожиття до закінчення терміну дії договору або в зв'язку з втратою здоров'я страхову виплату отримує застрахована, або та особа, якій застрахована особа довірила отримати виплату. Довіреність має бути завірена нотаріально.

Якщо застрахований не дожив до закінчення дії договору, отримувачем страхової виплати є правонаступник (вигодонабувач), котрий з документами, перелік яких наводиться при висвітленні попереднього питання, звертається із заявою до страховика.

До змішаного страхування життя відносять також *страхування дітей і страхування до шлюбу*.

При страхуванні дітей страхувальниками виступають батьки, родичі, опікуни або певні юридичні особи.

Застрахованим вважається дитина від дня її народження (якщо інше не передбачено законодавством) до 18 років.

Строк страхування визначається як різниця між віком 18 років та віком (у повних роках) застрахованого під час підписання договору.

Страхова сума встановлюється за угодою сторін (страхувальника і страховика).

Страхові премії залежать від величини страхової суми, строку договору та форми (способу) сплати внесків (одноразово чи розстроченим платежем).

Страхова сума виплачується застрахованому при дожитті до 18 років, а у разі настання нещасного випадку, що стався в період дії договору, певний відсоток відповідно до рівня ризику.

Договір страхування до шлюбу може бути укладено на користь дітей, котрі постійно проживають в Україні. Вік дитини на день підписання договору не може перевищувати 15 повних років. За змістом цей договір є договором на дожиття.

Страхувальниками за цим видом страхування є батьки чи родичі.

Застрахованими є діти віком не більше 15 повних років, на користь яких укладено угоду про страхування до одруження. За змішаного страхування страховик може брати на себе від-

повідальність у зв'язку з втратою здоров'я, зумовленою нещасним випадком, та зі смертю застрахованого.

У цьому виді страхування розмежовують строк страхування та вичікувальний період¹.

Термін страхування визначається як різниця між 18 роками та віком дитини на момент підписання договору.

Вичікувальний період — період між закінченням строку страхування, якщо до 21 року шлюб так і не був зареєстрованим, та між закінченням строку страхування.

Цим двом періодам властивий різний обсяг відповідальності страховика.

У період дії договору страховик несе відповідальність за всіма застрахованими ризиками. У вичікувальний період страховик залишається відповідальним тільки щодо дожиття застрахованого до вступу до шлюбу чи до 21 року.

Особливістю договору страхування до шлюбу є те, що в разі смерті страхувальника сплата внесків припиняється, а дія договору продовжується до кінця строку страхування (без страхових внесків) і по закінченні строку застрахований має право отримати *страхову суму*. Підставою для цього є дожиття застрахованого до зазначеного в договорі строку.

Обмеженнями для страхувальника щодо здійснення змішаного страхування життя та й власне просто страхування життя є захворювання на невиліковні хвороби: СНІД, онкологія, тяжкі хронічні захворювання. Страховик, як правило, не укладає такі договори з непрацюючими інвалідами I групи.

В умовах ринкової економіки все більшого поширення набуває страхування життя позичальника кредиту (*Credit Life Insurance*) на період дії кредитного договору. Такого страхування вимагає банк, що надає кредит. Для кредитора такий вид страхування є джерелом для відшкодування неповерненої частини позики у разі смерті позичальника до закінчення строку дії кредитного договору та погашення боргу в повному обсязі. Таке страхування є невід'ємним атрибутом за іпотечного кредитування.

¹ Див. Страхування: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 204.

Іпотечне страхування життя (Montagage Insurance) — це вид строкового страхування життя зі спадною страховою сумою або (і) страхування у зв'язку з втратою працездатності.

Страховальником є позичальник — заставонадавач.

Зміст цього виду страхування полягає в тому, що позичальник страхує своє життя з ініціативи кредитора на період дії кредитного договору. *Первинна страхова сума* дорівнює *сумі позики*. Це своєрідна форма страхування довгострокової позики на випадок смерті чи втрати працездатності позичальника. У міру погашення кредиту зменшується страхова сума, а тому зменшуються й страхові внески (премії).

Тимчасове страхування життя використовують при страхуванні життя туристів, пасажирів і т. ін.

Страховим випадком (ризиком) є смерть застрахованого з будь-якої причини (хвороба, нещасний випадок, травма).

Особливістю цього виду страхування є те, що виплата страхової суми здійснюється тільки в разі настання страхової події впродовж дії договору. Нереалізована страхова подія не передбачає виплати страхової суми та повернення страхових внесків страхувальнику. Ці кошти залишаються у страховика і використовуються для формування страхових резервів для здійснення виплат постраждалим та інших витрат. Це робить значно дешевшими страхові тарифи і підвищує можливий обсяг страхових виплат потерпілим.

4.3. Значення, стан та перспективи розвитку страхування життя в Україні

Значення страхування життя для окремої особи та для суспільства. Страхування життя є важливим засобом соціального забезпечення людини. Для працездатного населення цей вид страхування дає можливість компенсувати втрату доходу у зв'язку зі смертю годувальника, ушкодженням здоров'я, тимчасовою або повною втратою працездатності, виходом на пенсію тощо.

Це означає, що страхування життя виконує *захисну функцію* від непередбачуваних або передбачуваних, але невідворотних подій.

Окрім цього, довгострокове страхування життя виконує *нагромаджувальну функцію*. За умови ненастання застрахованих ризиків (подій), страхувальник отримує на руки суму, яка була ним нагромаджена у формі страхових внесків.

Згідно з чинним законодавством *страхувальники* — *фізичні особи* мають право на *податковий кредит*, максимальна межа якого визначена в 570 грн, але тільки для довгострокового страхування. *Роботодавці* теж отримали *податкові пільги*, зміст яких полягає в тому, що страхові внески за договорами зі страхування життя вилучають із прибутку, відносять до валових затрат і не оподатковують.

Ми відзначили важливість особистого страхування життя для окремої особи, яка виділяє частину свого доходу на придбання цих послуг, та для підприємства. Але довгострокове страхування життя має важливе значення для суспільства. Пояснюється це тим, що грошові засоби, зібрані страховими компаніями, тривалий час не використовуються за їх основним призначенням (захист від ризиків, пов'язаних з життям), і саме тому ці грошові засоби є надійним джерелом *довгострокових інвестицій та кредитів*.

Законодавство України зобов'язує здійснювати облік резервів зі страхування життя, які не є власністю страховика, на окремому балансі. Ці кошти відокремлюються від іншого майна страховика. Вони можуть розміщуватись страховиком на основі *принципів*: безпечності; прибутковості; ліквідності; диверсифікації.

Форми розміщення коштів резервів зі страхування життя теж визначає законодавство:

- зберігання їх на розрахунковому рахунку;
- зберігання на депозитному рахунку;
- нерухоме майно;
- акції, облігації;
- державні цінні папери;
- права вимоги до перестраховиків;
- інвестиції;
- готівка в касі в обсягах лімітів касових залишків, встановлених НБУ.

Кошти резервів зі страхування життя можуть використовуватись для довгострокового кредитування житлового будівництва, включаючи індивідуальних забудовників, у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України. При цьому кредит не може бути видано раніше ніж через один рік після набрання чинності договором зі страхування життя. Інші види кредитної діяльності страховиків законодавство України забороняє. Світова практика показує, що страхові компанії на кредитних ринках можуть бути суттєвими конкурентами банкам та небанківським кредитним установам.

Рівень розвитку ринку зі страхування життя безпосередньо пов'язаний з рівнем стабільності економічної системи та рівнем добробуту. І тільки поверховий погляд виявляє рівень добробуту як причину, а обсяг страхового захисту з особистого страхування в цілому та страхування життя як наслідок високого рівня добробуту. Насправді, взаємодіючи, причина і наслідок міняються місцями. І страхування життя для багатьох застрахованих є запорукою збереження високого рівня добробуту. Звісно, живучи за економічної системи, в якій переважна більшість населення всю свою життєву енергію витрачає на виживання, не до страхування життя. Але в міру просування країни до соціально орієнтованої економіки потреби в страховому захисті зростають. Зростає у не схильного до ризику населення й потреба здійснювати у формі страхування життя заощадження.

Стан та перспективи розвитку ринку страхування життя в сучасній Україні. Україна, здобувши незалежність, пройшла досить цікавий складний та суперечливий шлях розвитку особового страхування в цілому та страхування життя зокрема.

Історія передбачає наступність розвитку, не зважаючи на розриви, що відбуваються в суспільному житті народів. Незалежна Україна кінця ХХ ст. вийшла з лона СРСР. Тому стисло схарактеризуємо стан розвитку особового страхування до отримання Україною статусу незалежної держави.

Станом на 2 січня 1992 р. загальна сума проіндексованих за 17 553 783 договорами довгострокового страхування життя становила 7784,5 млн грн, у тому числі за видами страхування:

- змішане страхування життя — 3200,4 млн грн;
- страхування дітей — 2135,7 млн грн;
- страхування до шлюбу — 2317,5 млн грн;
- страхування додаткової пенсії — 44,1 млн грн.

Практика Держстраху СРСР ґрунтувалась на тому, що страхові внески були однією зі статей надходження до державного бюджету СРСР. У зв'язку з лібералізацією цін виник дефіцит державного бюджету, що постійно зростає, який покривався також за рахунок страхових резервів. Із України в союзний бюджет було вилучено 59 % загального обсягу страхових резервів¹.

Інфляційне знецінення страхових внесків, використання урядом страхових резервів не за їх функціональним призначенням, вплив страхових резервів з України до Москви унеможливили виконання Укрдержстрахом своїх зобов'язань перед страхувальниками (застрахованими), що суттєво підірвало довіру до інституту страхування.

На початку 90-х років ХХ ст. в Україні долається монополія держави на здійснення страхового захисту. В цей період у країні виникає величезна кількість страхових компаній, що здійснюють особове страхування. Станом на 1 січня 1995 р. було зареєстровано 655 страхових організацій, з яких на здійснення особового страхування отримали ліцензії: 581 — на страхування життя; 597 — на страхування від нещасних випадків; 424 — на медичне страхування. В цей час страхове законодавство України ще не відокремлювало страхування життя від інших, відмінних від нього, видів страхування. Із кількісної структури страхових компаній, що займались особовим страхуванням, видно, що найменш привабливим для страховиків було медичне страхування.

У цей період на ринку особового страхування чітко простежуються такі тенденції:

1. Зростає частка ринкових короткострокових видів страхування.

Короткострокові угоди не вигідні страховику, оскільки не дають можливості акумулювати грошові засоби з метою їх

¹ А. Залетов. Мифы и реальность // Insurance Top. — 2005. № 2 (10). — Июнь. — С. 63.

подальшого інвестування та отримання інвестиційного прибутку.

Ці угоди не вигідні для страхувальника в кінцевому підсумку, оскільки страховик не має фінансової можливості здійснювати належним чином страховий захист страхувальників та здешевлювати страхові послуги.

Від такої структури страхових угод потерпає й держава, як у страховій, так і в інвестиційній та податковій політиці.

2. Переважна частка договорів особового страхування укладається в колективній формі. Пояснюється така структура страхових договорів такими причинами:

- вкрай низький рівень доходів громадян України не сприяє індивідуальному попиту на страхові послуги;
- довіра пересічних громадян до страхового захисту як гаранту їхнього добробуту була втрачена вдруге. Вони відчували себе ошуканими не тільки Держстрахом, а й приватними страховиками.

Водночас із погляду інтересів страхувальника підприємства укладати такі угоди було вигідно з таких причин:

- це була форма стимулювання працівників за допомогою страхових виплат;
- підприємства зберігали кошти в розмірі нарахувань на фонд оплати праці;
- це була своєрідна форма переведення безготівкових грошових засобів у готівкову форму (внески сплачуються в безготівковій формі, а страхові виплати отримують готівкою).

Прискорення темпів інфляції та відсутність реального фінансового забезпечення взятих на себе зобов'язань призвела до банкрутства більшості страхових компаній.

Після прийняття Закону України «Про страхування» (1996 р.) відбувається розмежування страхування життя та страхування, відмінного від страхування життя. В цей період стрімко скорочуються обсяги зібраних страхових премій та страхових виплат. У 1997—1998 рр. страхові виплати зі страхування життя перевищували страхові премії на 10 %¹.

Протягом 1997—2001 рр. частка страхових платежів на ринку страхування життя в загальному обсязі страхових пла-

¹ Страховий бізнес України. — Б. м.: АРТ-МЕДІА, 2006. — С. 40.

тежів зменшувалася щороку приблизно вдвічі. Діяльність страховиків, що займалися страхуванням життя, згорталася. З майже 300 страхових компаній в Україні цього періоду тільки шість страховиків реально займалися страхуванням життя. Це приблизно 2 % від загальної кількості, тоді як у розвинених країнах їх частка становить близько 50 %.

Починаючи з 2000 року розвиток ринку страхування життя в Україні поживається. З'являються нові страхові компанії, які займаються продажем полісів зі змішаного страхування життя строком дії від 10 років. Вдосконалення страхового та податкового законодавства сприяє розвитку цього виду страхування.

На початок 2006 р. на ринку України ліцензії на страхування життя мав 51 страховик. Найпотужнішими серед них є: "Граве-Україна", "АЛІКО АІГ Життя", "Гарант-Лайф", "ТАС", "АСКА-Життя", "Блакитний поліс", "Еталон життя". Саме на цих страховиків припадає 80 % ринку страхування життя в Україні.

Про розвиток послуг зі страхування життя можуть свідчити такі показники:

- частка доходів страхових компаній зі страхування життя в ВВП;
- частка доходів компаній зі страхування життя в доходах страхової діяльності;
- темпи приросту страхових премій зі страхування життя;
- частка доходів зі страхування життя на одного жителя країни.

Звісно, ринок страхування життя в Україні перебуває тільки на початковому етапі свого розвитку. Але динаміка зібраних премій зі страхування життя вселяє певний оптимізм. Так, починаючи з 1999 р., який відзначився найбільшим скороченням послуг зі страхування життя (обсяг премій становив 7,6 млн грн) у 2003 р. цей обсяг зріс до 73 млн грн, а у 2006 р. перевищив 450 млн грн.

І хоча наразі страховий ринок життя охоплює тільки 3 % від потенційних можливостей, є всі підстави очікувати зростання попиту населення України на ці послуги, а також зростання бажання страховиків займатися страхуванням життя,

що спричинить зростання конкуренції та поліпшення якості послуг у цій сфері.

Україна прагне влитися у світовий цивілізаційний процес, а тому вона має змінити ставлення своїх громадян і держави до інституту страхування. Світ демонструє зростання частки страхування життя у структурі ВВП. У Японії така частка становить 13 %, у Швейцарії — 12, Південній Африці — 16, Словенії — 5, Польщі — понад 3 %. У середньому в розвинених країнах ця частка коливається від 2 до 6 % ВВП.

В Україні ринок страхування в цілому займає близько 2 % ВВП, а страхування життя — 3,3 % страхового ринку. І все-таки це рух вперед, адже ще кілька років тому частка страхування життя становила тільки 0,5 % від загального обсягу страхового ринку.

Висновки

1. Особове страхування — це галузь, що здійснює страхування майнових інтересів, пов'язаних із життям, здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією. Особове страхування має таку структуру: страхування життя; страхування від нещасних випадків; добровільне медичне страхування; добровільне страхування додаткової пенсії.

2. Страхування життя у класичному розумінні означає страхування майнових інтересів на випадок смерті застрахованого. Змішане страхування життя включає як мінімум два, а то й більше ризиків: смерть (дожиття), нещасний випадок, втрата працездатності і т. ін.

3. Особливості страхування життя полягають у тому, що, по-перше, людське життя не має грошової оцінки (виміру), це, у свою чергу, вимагає своєрідного підходу до визначення страхових сум, які встановлюються за згодою сторін (страховика і страхувальника) та розрахунку тарифів (премій, внесків). По-друге, договори страхування життя, як правило, довгострокові. І тому страхування для страхувальника (застрахованого) виконує як захисну, так і заощаджувальну функції.

4. Страхування життя може здійснюватись на основі договору, що включає групу осіб (колективне, групове), та таких до-

говорів, які включають страхування однієї особи (індивідуальне). Індивідуальне страхування життя може здійснюватись за рахунок самого страхувальника, застрахованого та юридичної особи; групове — за рахунок юридичної особи (роботодавця).

5. Є два види договорів за участю страхувальника у прибутку страховика:

1) на основі залучення прибутку для збільшення страхової суми;

2) окреме нагромадження часток прибутку.

За першим видом договору страхувальник — застрахований отримує страхову суму та частки прибутку виключно по закінченні строку дії договору, за другим — страхувальник має можливість отримувати частки прибутку до закінчення строку дії договору.

6. Страхування дітей та страхування до шлюбу є своєрідними формами страхування на дожиття. Особливість страхування до шлюбу полягає в тому, що тут розмежується строк страхування, який визначається як різниця між 18 роками та віком дитини на момент підписання договору, та вичікувальний період, який визначається як різниця між закінченням строку договору і 21 повним роком (якщо шлюб не відбувся) та закінченням дії договору і датою вступу до шлюбу (якщо шлюб відбувся після закінчення дії договору).

7. Страхування життя є важливим засобом захисту рівня добробуту та забезпечення стабільності економічної системи і досить могутнім джерелом внутрішніх інвестицій.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Викупна сума; вичікувальний період; змішане страхування життя; індивідуальне та групове страхування життя; іпотечне страхування життя; страхова подія при страхуванні життя; страхова сума при страхуванні життя; страхова сума; страховий тариф; страхові випадки при страхуванні життя;

страхові внески при страхуванні життя; страхування до шлюбу; страхування життя за участю в прибутках страховика; страхування життя; страхування на дожиття та від нещасних випадків; суб'єкти та об'єкти при страхуванні життя; тимчасове страхування життя.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Дайте визначення та розкрийте особливості та структуру особового страхування.

2. Страхувальниками за індивідуального страхування життя можуть бути:

- а) юридичні особи;
- б) фізичні особи;
- в) держава;
- г) фізичні та юридичні особи.

3. Страхувальниками за групового страхування життя можуть бути:

- а) окремі індивіди;
- б) юридичні особи;
- в) юридичні і фізичні особи;
- г) держава.

4. Нагромаджувальну функцію не виконують такі види страхування життя:

- а) страхування на дожиття;
- б) довгострокове страхування на випадок смерті;
- в) страхування до шлюбу;
- г) страхування пасажирів.

5. страхова сума під час укладання довгострокового договору зі страхування життя визначається:

- а) законодавством;
- б) страхувальником;
- в) страховиком;
- г) страховиком і страхувальником.

6. Договір страхування життя зі спадною страховою сумою підписується за страхування:

- а) на дожиття;
 - б) на випадок смерті;
 - в) на випадок смерті або втрати працездатності кредитора;
 - г) на випадок смерті або втрати працездатності позичальника.
7. Викупна сума — це:
- а) страхова сума плюс інвестиційний дохід;
 - б) сума, яку може отримати страхувальник по закінченні строку страхування;
 - в) сума, яку може отримати страхувальник за дострокового припинення дії страхового договору;
 - г) всі відповіді правильні.
8. Страховик звільняється від виплати страхової суми за страхованому на випадок смерті у випадках:
- а) самогубства застрахованої особи;
 - б) прострочення страхового платежу;
 - в) не дожиття до закінчення дії договору;
 - г) всі відповіді неправильні.
9. Величина страхової суми при страхуванні життя не залежить від:
- а) віку;
 - б) статі;
 - в) національності;
 - г) стану здоров'я застрахованого.
10. Страхування дітей в Україні не поширюється на:
- а) дітей до 3 річного віку;
 - б) дітей, які не є громадянами України;
 - в) дітей, вік яких перевищує 10 років;
 - г) всі відповіді неправильні.

Література

1. *Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін.* Страхова справа. Інтегрований навч. комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: У 2 кн. — Кн. 1: Страхування. Страхові послуги. — К.: НВП “АВТ”; Х.: Вид. центр НТУ “ХПІ”, 2003. — С. 141—155.

- 2. *Александрова М.М.* Страхування: Навч.-метод. посіб. — К.: ЦУЛ, 2002. — С. 146—150.
- 3. *Базилевич В.Д.* Страховий ринок України. — К.: Т-во “Знання”, КОО, 1998. — С. 109—112.
- 4. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. — 5-те вид., стер. — К.: Знання, 2006. — С. 106—109.
- 5. *Гвозденко А.А.* Основы страхования: Учебник. — М.: Финансы и статистика, 1999. — С. 69—83.
- 6. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7.
- 7. *Кащенко О.Л., Борисова В.А.* Соціально-економічні основи страхування: Навч. посіб. — Суми: Університет. кн., 1999. — С. 52—56.
- 8. *Мачуський В.В.* Правові основи страхування. Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 141—149.
- 9. *Ротова Т.А., Руденко Л.С.* Страхування: Навч. посіб. — К.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т., 2001. — С. 182—199.
- 10. *Страховое дело: Учебник / Под ред. проф. Л.И. Рейтмана.* — М.: Банковский и биржевой науч.-консульт. центр, 1992. — С. 246—273.
- 11. *Страхування: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець.* — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 199—210.
- 12. *Шумелда Я.* Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006. — С. 189—190; 212—230.

Розділ 5

СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

- 5.1. *Зміст і структура страхування від нещасних випадків.*
- 5.2. *Обов'язкове державне страхування від нещасних випадків.*
- 5.3. *Добровільне страхування від нещасних випадків.*
- 5.4. *Страхування від нещасних випадків пасажирів.*

5.1. Зміст і структура страхування від нещасних випадків

Страхування від нещасних випадків — досить поширений вид страхування, що має тривалу історію. Це досить простий для розуміння та доступний за ціною вид страхування.

Нещасний випадок (Accident) — це несподівана непередбачувана подія, що виникла всупереч волі людини, наслідком якої є ушкодження здоров'я або смерть людини.

Смертельними вважаються нещасні випадки, коли постраждалий вмирає на місці події або смерть настала через деякий час, але з причини отриманих у результаті нещасного випадку ушкоджень.

Травмою при нещасних випадках вважають несподівані ушкодження тканини організму людини, порушення функцій опорно-рухової системи тощо.

Нещасним випадком можуть бути аварія, вибух, катастрофа, протиправні дії, утоплення, удушся, опіки, обмороження, дорожньо-транспортні аварії та т. ін.

Предметом страхового договору при страхуванні від нещасних випадків є **майнові** інтереси застрахованої особи, пов'язані з втратами доходу (тимчасовими чи постійними) або додатковими втратами, пов'язаними зі смертю застрахованого у зв'язку з нещасним випадком. Об'єктом страхування є стра-

ховий випадок, внаслідок якого настали хвороба, смерть чи увіччя, що спричиняють збитки у зв'язку із затратами на лікування, смертю тощо.

Особливості страхування від нещасних випадків.

1. Часто це ризиковий вид страхування. На відміну від довгострокового страхування життя, цей вид страхування не виконує нагромаджувальної функції.

2. Якщо впродовж дії договору страхова подія так і не відбулась, затрати страхувальника на придбання страхового поліса є для нього чистими втратами, оскільки не підлягають поверненню.

3. Якщо страхова подія відбулась, застрахований отримує виплату страхової суми в повному чи неповному обсязі, залежно від складності ушкоджень, отриманих від нещасного випадку.

Структуру страхування від нещасних випадків можна представити за двома критеріальними ознаками:

- *за свободою волевиявлення страхувальника — добровільне і обов'язкове;*
- *за кількістю застрахованих за одним договором — індивідуальне і групове.*

Обов'язкове страхування від нещасних випадків визначається законом, а **добровільне** — договором між страхувальником та страховиком.

Обов'язкове страхування можливе за рахунок як держави, так і підприємств, установ і організацій.

Добровільне страхування здійснюється за рахунок окремих фізичних або юридичних осіб (роботодавців).

Індивідуальне страхування здійснюється **страхувальником**, який є **фізичною особою**, страхує себе або іншу особу та сплачує страхові премії за свій рахунок. В договорі індивідуального страхування фігурує один застрахований.

Колективне страхування відбувається тоді, коли в одному договорі передбачається багато або декілька застрахованих. **Страхувальником** за цим видом страхування виступає виключно юридична особа (роботодавець), яка страхує своїх працівників за кошти підприємства чи організації.

Вік застрахованого залежно від правил страхування та договору може коливатись в межах від 1 року до 65—70 років.

Обмеження для категорій осіб щодо здійснення страхування від нещасних випадків. Як правило, українські страховики не страхують нещасних випадків громадян, хворих на епілепсію, психічні захворювання, інвалідів першої групи, наркоманів, алкоголіків.

Для обмеження шахрайства з боку страхувальника в цьому виді страхування може застосовуватись *часова франшиза (каренція)*. Вона передбачає відстрочення відповідальності страховика за певним договором чи за окремим ризиком з договору на певний строк¹.

Страхування від нещасних випадків здійснюється і як окремий вид страхування, і як складова змішаного страхування життя.

На відміну від страхування життя, страхування від нещасних випадків може бути територіально обмежене. Наприклад, поліс зі страхування студентів від нещасного випадку може обмежуватись територією навчального закладу, гуртожитку чи студентського містечка, а страхування найманих працівників підприємства — територією цього підприємства і т. ін.

Метою страхування від нещасних випадків є забезпечення страхового захисту на випадок втрати здоров'я чи смерті застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

Зміст страхового захисту за цим видом страхування полягає у виплаті відповідних грошових відшкодувань, зумовлених страховим випадком, а також зниженням доходів застрахованої особи, зумовленим нещасним випадком.

Розглянемо конкретніше дві основні форми страхування від нещасного випадку: обов'язкове та добровільне страхування.

5.2. Обов'язкове державне страхування від нещасних випадків

Обов'язкове державне страхування від нещасних випадків запроваджується законами України. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” (п. 2, 3, 4, 5, 6, 13, 17, 19, 21 ст. 7) визначає такі види обов'язкового особистого (особового) страхування від нещасних випадків:

1) особове страхування медичних і фармацевтичних працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними службових обов'язків;

2) особове страхування працівників відомчої (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) та сільської пожежної охорони і членів добровільних пожежних дружин (команд);

3) страхування спортсменів вищих категорій;

4) страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини;

5) особове страхування від нещасних випадків на транспорті;

6) страхування працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України), які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади;

7) страхування життя і здоров'я тимчасового адміністратора та ліквідатора фінансової установи;

8) страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок захворювання на інфекційні хвороби, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб;

¹ Див.: Шумелда Я. Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джур, 2006. — С. 190.

9) страхування персоналу ядерних установок, джерел іонізуючого випромінювання, а також державних інспекторів з нагляду за ядерною та радіаційною безпекою безпосередньо на ядерних установках від ризику негативного впливу іонізуючого випромінювання на їхнє здоров'я за рахунок коштів ліцензіатів.

Окрім того, в Україні у квітні 2001 р. набрав чинності Закон України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності” від 23 вересня 1999 р. Цей Закон визначає єдиного страховика — Фонд соціального страхування від нещасних випадків.

Дія Закону “Про страхування” не поширюється на державне соціальне страхування. Об’єктом вивчення страхування від нещасних випадків у цьому розділі підручника є ринкові послуги страховиків, які пропонуються страховальникам. Обов’язковість перерахованих видів страхування означає не що інше, як примус із боку держави пред’являти попит на визначені законом страхові послуги страховальником та зобов’язання страховика задовольняти цей попит. Закон “Про страхування”, на відміну від Закону “Про загальнодержавне соціальне страхування”, не позбавляє страховальника права вибирати страховика, який надаватиме йому ці послуги.

Розглянемо стисло обов’язкові види особового страхування.

1. *Особове страхування медичних і фармацевтичних працівників*, що працюють в установах і організаціях, які не фінансуються з державного бюджету, здійснюється для категорій працівників, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1998 р. № 1642.

Передбачаються такі страхові випадки:

- інфікування працівника вірусом імунодефіциту людини;
- тимчасова втрата працездатності внаслідок інфікування під час виконання професійних обов’язків;
- інвалідність як наслідок ВІЛ-інфекції, отриманої під час виконання професійних обов’язків;
- смерть від ВІЛ-інфекції, отриманої під час виконання професійної діяльності.

За цим видом страхування *не* встановлюється єдина страхова сума.

Страхові платежі сплачуються один раз на рік за кожного застрахованого в розмірі 1 % неоподаткованого мінімуму доходів громадян (НМДГ)¹.

Страховальником є підприємство, установа чи організація, де працює застрахована особа.

Страхові суми (виплати), які отримує застрахований за настання страхової події:

- 1) у разі *ВІЛ-інфікування* — 50 НМДГ;
- 2) у разі *тимчасової непрацездатності* — за кожен день 0,3 НМДГ, але не більше 50 НМДГ за весь період тимчасової непрацездатності;
- 3) у разі встановлення інвалідності: I групи — 100 НМДГ, II групи — 75 НМДГ, III групи — 50 НМДГ;

4) у разі *смерті* в зв’язку з ВІЛ-інфекцією *страхова сума* сплачується в розмірі *заробітної плати* померлого за десять років за останньою посадою, яку він займав.

Для *отримання страхової суми* необхідно пред’явити документи, що засвідчують ВІЛ-інфікацію у зв’язку з виконанням професійної діяльності.

2. *Обов’язкове страхування відомчої та сільської пожежної охорони та добровільних пожежних дружин (ДПД)*, що не працюють в установах і організаціях, які фінансуються з державного бюджету, здійснюється за умовами та в порядку, встановленому положенням, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 3 квітня 1995 року № 232.

Передбачаються *страхові випадки*:

- захворювання, пов’язані з ліквідацією пожежі або наслідками аварії;
- поранення (контузія, травма, каліцтво);
- смерть.

Страховальниками за цим видом страхування є:

- підприємства, установи та організації, в яких є відомча пожежна охорона для страхування працівників відомчої охорони;

¹ Неоподатковуваний мінімум доходів громадян (НМДГ) в Україні залишається на рівні 17 грн.

- місцеві органи влади — для працівників сільської пожежної охорони та членів добровільних пожежних дружин (ДПД).

Максимальна страхова сума встановлюється для кожного застрахованого окремо. Її величина визначається як заробітна плата за десять років, виходячи із заробітної плати на день підписання страхового договору.

Максимальний страховий тариф встановлюється в розмірі 2 % від страхової суми застрахованого.

Страхові суми виплачуються застрахованому в таких обсягах:

- у разі тимчасової непрацездатності — 0,2 % страхової суми за кожну добу, але не більше 50 % страхової суми;
- у разі настання інвалідності: I групи — 100 % страхової суми, II групи — 90, III групи — 70 % страхової суми;
- у разі смерті застрахованого правонаступник отримує 100 % страхової суми.

3. Страхування спортсменів вищої категорії здійснюється в порядку та за умовами, затвердженими постановою Кабінету Міністрів України від 31 травня 1995 р. № 378.

Передбачаються такі *страхові події*:

- втрата (тимчасова) працездатності внаслідок поранення, контузії, травми або каліцтва;
- інвалідність;
- смерть (загибель).

Всі ці події мають часову та територіальну обмеженість: *підготовка до спортивних змагань або участь у змаганнях.*

Страховальником є Міністерство молоді і спорту України.

Застрахованими є спортсмени збірних команд України, що готуються до участі в спортивних змаганнях чи беруть у них участь.

Страхова сума дорівнює десятирічному утриманню спортсмена за його останньою посадою.

Страхові платежі становлять 5 % фонду оплати праці спортсменів, включаючи доплати та надбавки за попередній місяць.

Страхові суми, що сплачуються постраждалим від страхових випадків спортсменам вищих категорій:

- у разі втрати тимчасової працездатності у розмірі середньої заробітної плати пропорційно часу втрати працездатності;

- у разі настання інвалідності: для I групи — 100 % страхової суми, для II групи — 80, для III групи — 60 % страхової суми;

- разі загибелі (смерті) застрахованого 100 % страхової суми сплачується правонаступникові.

4. Обов'язкове страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини здійснюється за рахунок позабюджетних коштів установ державної ветеринарної медицини. Умови цього виду страхування затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1994 р. № 116.

Передбачаються такі *страхові випадки*:

- каліцтва або професійні захворювання у зв'язку з виконанням професійних обов'язків під час боротьби із зоонозними захворюваннями та маніпуляцій з тваринами;

- смерть, спричинена виконанням маніпуляцій з тваринами чи внаслідок інфікування зоонозними захворюваннями.

Страховальники — установи державної ветеринарної медицини.

Застраховані — лікарі, фельдшери та техніки ветеринарної медицини.

Страхові платежі сплачуються раз на рік у розмірі 8 % мінімальної заробітної плати.

Страхові виплати здійснюються залежно від грошового утримання за останньою посадою та ступеня втрати працездатності:

- у разі настання інвалідності I або II групи — виплата у розмірі чотирирічної заробітної плати;

- у разі інвалідності III групи — у розмірі трирічної заробітної плати;

- у випадку загибелі (смерті) — у розмірі п'ятирічної заробітної плати.

5. Особисте страхування від нещасних випадків на транспорті є специфічною формою особистого страхування від нещасних випадків.

Страхові події:

- тимчасова втрата працездатності застрахованим внаслідок нещасного випадку на транспорті;
- інвалідність внаслідок нещасного випадку на транспорті;
- смерть (загибель) застрахованого внаслідок нещасного випадку на транспорті.

Страхувальники (є водночас *застрахованими*) — це пасажирів, котрі перебувають у дорозі. Згідно з чинним законодавством, страхування пасажирів поширюється не на всіх пасажирів, а тільки на тих, які їдуть:

- наземним залізничним транспортом далекого прямування;
- наземним автомобільним транспортом (крім внутрішньоміського);
- внутрішнім водним (крім приміського, екскурсійного);
- морським (крім приміського, екскурсійного);
- повітряним транспортом.

Страхові внески за цим видом страхування встановлюються законом і входять до ціни квитка.

Обсяг страхової відповідальності залежить від наслідків нещасного випадку. Страхова сума виплачується у зв'язку з втраченою здоров'я або настанням смерті застрахованого. *Дія страхового договору починається з моменту оголошення посадки на транспортний засіб і закінчується моментом зупинки та виходу застрахованого в пункті кінцевого призначення за межі території станції (вокзалу, аерофлоту і т. ін.).*

Під час зупинки та виходу пасажирів за межі станції дія страхового договору припиняється та відновлюється з поверненням на станцію.

Окрім пасажирів наземного транспорту за цим видом обов'язковому страхуванню підлягають також: працівники транспортних підприємств незалежно від форм власності та видів діяльності, які безпосередньо здійснюють транспортні перевезення, тобто водії, а також *кондуктори, електромонтери поїздів, працівники вагонів-ресторанів, механіки поїздів, працівники бригад медичної допомоги*. Ці суб'єкти вважаються застрахованими.

Страхувальниками за цим видом страхування є юридичні особи та громадяни — власники транспортних засобів, які страхують водіїв на час, коли вони обслуговують пасажирів.

Страхова сума встановлюється в розмірі 500 неоподатковуваних мінімальних доходів громадян.

Страхові платежі для пасажирів залізничного, морського, внутрішнього водного, автомобільного та електротранспорту в межах однієї області встановлюється в розмірі 2 %, а для маршрутів приміського сполучення — до 5 % вартості проїзду. Страхові платежі для водіїв становлять 1 % від страхової суми кожного застрахованого.

На відміну від страхування на наземних транспортних засобах, *особове страхування на повітряному транспорті* здійснюється за рахунок власників або експлуатантів повітряних суден.

Обов'язковому страхуванню підлягають: члени екіпажу, авіаційний персонал, що перебуває на борту авіаційного транспортного засобу, та пасажирів.

Страхова сума за цим видом страхування встановлюється в розмірі 1000 НМДГ.

Інші умови не відрізняються від умов страхування на наземних видах транспорту.

Інші види обов'язкового страхування від нещасних випадків здійснюються аналогічно описаним вище.

5.3. Добровільне страхування від нещасних випадків

Добровільне страхування здійснюється для тих суб'єктів, які не підпадають під обов'язкове страхування. Крім того, охоплені обов'язковим страхуванням від нещасних випадків можуть добровільно страхувати ризики, пов'язані з нещасними випадками, які не підпадають під обов'язкове для них страхування.

Страхові події для добровільного страхування від нещасних випадків ті самі, що й для обов'язкового: тимчасова втрата працездатності; інвалідність I—III груп; смерть застрахованого.

Страхувальником за *індивідуального* страхування може виступати як *громадянин*, так і *юридична особа*, а за *групового* — виключно *юридична особа*.

Страхувальник і *застрахований* є однією особою, якщо застрахований укладає страхову угоду і сплачує за себе страхові внески.

Страхувальник і *застрахований* є різними особами, якщо підписує договір і сплачує внески одна особа (страхувальник) на користь страхового захисту іншої особи (застрахованого).

Страхова сума, тобто грошова сума, на яку страховик зобов'язується надати захист застрахованій особі, визначається згодою сторін (страхувальника та страховика). Головним чинником для визначення страхової суми з цього виду добровільного страхування є фінансові можливості страхувальника.

Страховий тариф — оцінена страховиком ціна пов'язано з нещасним випадком ризику, взятого на страхування. Це грошова оцінка одиниці ризику.

Страховий платіж визначається як добуток страхової суми на страховий тариф.

Страховий тариф залежить від категорії страхувальників за групою ризику. У найзагальнішому плані всіх страхувальників можна поділити на чотири категорії:

- діти;
- дорослі;
- працівники, професії яких пов'язані з підвищеним ризиком щодо настання нещасних випадків;
- спортсмени.

Залежно від групи ризику тариф може бути вищим чи нижчим. Можливо також розрахувати один тариф, до якого будуть застосовуватись коефіцієнти (знижувальні чи підвищувальні).

У страховій компанії "Геліос" застосовують такі тарифи (відсотків від страхової суми):

- для дітей — 1,6;
- для дорослих — 2;
- для власників транспортних засобів — 2,2;
- для працівників ризикових професій — від 2,5 до 6 (залежно від рівня ризику)¹.

¹ Данченко Е. Что такое несчастный случай? // Страховое обозрение. — 2005. — № 1. — С. 16.

До *групи ризикових професій входять*: інкасатори; працівники карного розшуку; верхолази; працівники хімічних та інших шкідливих видів виробництва; рятувальні служби; гірники і т. ін. Спортсмени, особливо ті, що займаються екстремальними видами спорту, потрапляють в окрему групу ризику. Для них застосовують окремі тарифні ставки.

Страхові виплати зі страхування від нещасних випадків здійснюються згідно з правилами страхування, які чітко повинні бути прописаними в договорі.

У разі *тимчасової втрати працездатності*, що настала в результаті нещасного випадку, *застрахований* отримує 0,5 % від страхової суми (коефіцієнт може бути й іншим; його величина визначається договором). Як правило, в таких випадках застосовують часову франшизу. Якщо франшиза дорівнює шести дням, то з сьомого дня непрацездатності починаються виплати.

Якщо франшиза безумовна, то за перші шість днів втрати працездатності ніколи не відшкодовуються страховиком. Це, як зазначалось вище, своєрідна форма боротьби з шахрайством (взяття незаконного лікарняного тощо).

Якщо застрахований прохворів 10 днів і був застрахований на 5 тис. грн, то виплата здійснюється за 4 дні й дорівнює 100 гривень (0,5 % · 5 тис. грн · 4 дні = 100 грн).

У разі настання інвалідності I групи виплачується — 100 % страхової суми, II групи — 80 %, III групи — 50 % страхової суми.

У разі настання смерті страховик сплачує вигодонабувачеві 100 % страхової суми.

Особливістю цього виду страхування є те, що наслідки, спричинені нещасним випадком, можуть виявитись із часом. У зв'язку з цим страховик несе відповідальність за наслідки, пов'язані з нещасним випадком, який відбувся в період дії договору, *ще впродовж одного року після закінчення строку дії договору*, якщо буде доведено зв'язок наслідків у стані здоров'я застрахованого зі страховою подією, тобто нещасним випадком, що стався в період дії договору.

Страховик може запропонувати страхувальнику й інші правила страхування від нещасного випадку. Наприклад, страхові компанії мають список травм, оцінених у відсотках стра-

хової суми. Якщо страховий договір підписано за такими правилами, цей список має бути засвідченим у договорі і зберігатись у страховика та страхувальника. Наприклад, втрата фаланг пальців оцінюється в 15—20 % від страхової суми, перелом хребта — 80—90 % страхової суми і т. ін.

Другий варіант дає можливість значно швидше отримати страхові виплати у зв'язку з тим, що підставою для виплати є рентгенівський знімок, висновок лікаря. За *першим* варіантом застрахований повинен повністю видужати, закрити лікарняний, надати його страховику, і тільки тоді страховик приймає рішення про страхову виплату¹.

Страховання дітей та школярів. Здійснюється за принципом змішаного страхування. Школярі страхуються на період навчання в школі. Договори укладаються строком на один рік, а розмір тарифної ставки узгоджується з віком дитини.

Групове (колективне) страхування робітників та службовців за рахунок підприємства. За цим видом страхування страхувальником є підприємство або організація, де працюють особи, з небезпечними для здоров'я умовами праці. Виплата страхової суми здійснюється у зв'язку з втратою здоров'я або настанням смерті застрахованого внаслідок нещасного випадку. Перелік страхових нещасних випадків передбачається умовами договору. Якщо страхується група осіб, то договір укладається на основі списку осіб, що додається до нього.

Правила страхування передбачають обмеження страхової відповідальності, якщо втрата здоров'я чи смерть застрахованого пов'язана зі скоєнням ним злочину в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. Договори укладаються строком на один рік або на кілька місяців.

Для оформлення договору організація подає заяву, в якій наводиться або перелік посад і професій, які підлягають страхуванню, або список з прізвищами застрахованих.

¹ Данченко Е. Что такое несчастный случай? // Страховое обозрение. — 2005. — № 1. — С. 17—18.

Страхові внески з групового страхування приймаються одноразово. *Страховальнику* вручається *страхове свідоцтво*, єдине для всіх застрахованих.

Страховання від'їжджаючих за кордон від нещасних випадків. *Страховим випадком* є будь-яка раптова або несподівана подія, що відбулася з застрахованим та спричинила смерть, тілесні ушкодження, травми або розлад здоров'я застрахованої особи.

При страхуванні від нещасних випадків від'їжджаючих за кордон *не* вважаються страховими:

- 1) випадки, пов'язані з діями застрахованого, в яких правоохоронними органами встановлено склад злочину;
- 2) отруєння алкоголем, наркотиками, токсичними речовинами;
- 3) дії, що спричинили нещасний випадок, у зв'язку з виконанням їх (дій) у стані погіршеного психічного стану, зумовленого вживанням алкоголю, наркотиків, токсичних речовин;
- 4) навмисне заподіяння застрахованим собі тілесних ушкоджень;
- 5) самогубство або наслідки, спричинені спробою вчинити самогубство;
- 6) керування транспортними засобами або передача керування іншій особі, якщо застрахований або інша особа перебували в стані сп'яніння (алкогольного, наркотичного, токсичного);
- 7) наслідки, спричинені виконанням застрахованим будь-якої небезпечної роботи, пов'язаної з будь-якою справою, ремеслом чи професією, роботою за наймом, автогонками, аматорським чи професійним спортом, у тому числі альпінізмом, стрибками у воду з трампліна, підводним плаванням, спуском в печери, польотів, за винятком тих, коли застрахований є пасажиром, що оплатив проїзд регулярним авіарейсом чи ліцензованим чартерним рейсом за встановленим маршрутом, якщо додатковий ризик не було оплачено додатковою страховою премією;
- 8) випадки, спричинені форс-мажорними обставинами (війни, воєнні дії, акти громадянської непокорності, прямий вплив радіації).

Страховик звільняється від розгляду та відшкодування:

- моральних збитків;
- збитків, спричинених професійною помилкою лікаря чи іншою особою, що надавала послуги застрахованій особі;
- збитків, заподіяних майну застрахованої особи;
- додаткових затрат на медичні послуги, що перевищують звичайну вартість медичних та інших послуг у цій країні.

5.4. Страхування від нещасних випадків пасажирів

Порядок умови проведення обов'язкового страхування членів екіпажу і авіаційного персоналу.

Об'єкт страхування — життя та здоров'я членів екіпажу повітряного судна та авіаційного персоналу, що перебувають на борту повітряного судна перевізника та виконавця повітряних робіт.

Застрахованими вважаються зазначені вище особи з моменту вступу на борт повітряного судна з метою виконання польоту до моменту виходу з повітряного судна.

Страховальником з цього виду страхування є повітряний перевізник та виконавець повітряних робіт. До страхового поліса вносять список застрахованих осіб з зазначенням прізвищ та імен, який засвідчується підписами та печатками страховальника і страховика.

Страховим випадком вважається пов'язана з експлуатацією повітряного судна подія, внаслідок якої застрахована особа:

- загинула чи отримала тілесні ушкодження зі смертельним наслідком;
- отримала травми, які призвели до інвалідності;
- отримала травми, які призвели до тимчасової втрати працездатності або госпіталізації терміном більше ніж 48 годин строком 7 діб з моменту авіаційної чи наземної події.

Страхова сума за цим договором не повинна бути меншою ніж 50 тис. грн для кожної застрахованої особи.

Страховий тариф з цього виду обов'язкового страхування на один рік не повинен перевищувати 2 % установленної мінімальної страхової суми.

У разі настання страхового випадку страховальник зобов'язаний (в установленій договором строк) письмово повідомити страховика про настання страхового випадку та надати йому оригінал (або нотаріально засвідчені копії) таких документів:

- страхового поліса;
- платіжного доручення про сплату страхових внесків;
- сертифіката про придатність повітряного судна для польоту;
- завдання на політ;
- інших документів або відомостей, передбачених цим договором.

Зобов'язання страховика щодо страхового відшкодування такі:

1) якщо буде доведено наявність страхового випадку, то не пізніше як через 10 днів з дня отримання документів:

- у разі загибелі застрахованої особи або смерті, що сталась унаслідок страхового випадку, виплатити спадкоємцю відшкодування у розмірі страхової суми;
- у разі встановлення застрахованій особі інвалідності I групи — 100 %, II групи — 80, III групи — 60 % страхової суми;

2) якщо застрахований тимчасово втратив працездатність, страховик йому сплачує за кожен день 0,2 %, але загалом не більше 50 % страхової суми.

Обов'язкове страхування працівників замовника авіаційних робіт, осіб, пов'язаних із забезпеченням технологічного процесу під час виконання авіаційних робіт, та пасажирів, які перевозяться за його заявкою без придбання квитків.

Об'єкт страхування — майнові інтереси, пов'язані з життям та здоров'ям працівників замовника авіаційних робіт, осіб, пов'язаних із забезпеченням технологічного процесу під час виконання авіаційних робіт, та пасажирів, які перевозяться за заявкою замовника авіаційних робіт без придбання квитків. Зазначені особи вважаються застрахованими з моменту

вступу на борт повітряного судна з метою виконання польоту до моменту виходу з повітряного судна.

Страхувальник — фізична або юридична особа, яка є замовником авіаційних робіт і уклала відповідну угоду з виконавцем авіаційних робіт.

Страховий випадок із цього виду страхування — подія, пов'язана з експлуатацією повітряного судна, у разі якої застрахована особа:

- загинула чи отримала тілесні ушкодження зі смертельним наслідком;
- отримала травму, яка призвела до інвалідності;
- отримала травму, яка призвела до тимчасової втрати працездатності або вимагає госпіталізації на термін більше ніж 48 годин протягом 7 діб з моменту авіаційної чи наземної події.

Страхова сума повинна бути меншою ніж 40 тис. грн для кожної застрахованої особи.

У разі настання страхової події страхувальник у термін, обумовлений договором, повинен письмово сповістити про неї страховика та надати необхідні документи.

Страховик зобов'язаний не пізніше ніж через 10 днів з дня отримання необхідних документів та доведення страхової події здійснити одноразово виплати:

- у розмірі страхової суми спадкоємцю у разі загибелі страхової особи або смерті, зумовленої страховим випадком;
- у разі встановлення застрахованій особі інвалідності I групи — 100 % страхової суми, II групи — 80, для III групи — 60 %;
- у разі тимчасової втрати працездатності застрахованою особою — за кожен добу 0,2%, але не більше 50% страхової суми.

Страховий тариф з цього виду страхування на один рік не повинен перевищувати 2 % установленої мінімальної страхової суми.

Страхування пасажирів залізничного транспорту. При оформленні проїзду на залізничному транспорті з кожного пасажиря (крім осіб, що мають право на безкоштовний проїзд) стягується страховий збір з видачею страхового поліса.

Розмір страхового збору та страхових сум, порядок оформлення та видачі полісів встановлюються Положенням про обов'язкове особисте страхування від нещасних випадків на транспорті, яке затверджується постановою Кабінету Міністрів України.

Вважаються застрахованими без стягнення страхового збору пасажиря, що мають право на безкоштовний проїзд, пасажиря з приміськими квитками вартістю менше 50 копійок та діти, молодші п'яти років, які їдуть без проїзного документа разом із супровідником.

Розмір страхового збору при оформленні пільгових проїзних документів або безоплатних з доплатою визначається із суми, яку фактично сплачує пасажир.

Вартість страхового збору на проїзному документі зазначається окремою цифрою.

Висновки

1. Страхування від нещасних випадків — найпоширеніший вид особового страхування в Україні.
2. Нещасним випадком вважається раптова непередбачувана подія, що виникла мимо волі людини і спричинила тимчасову втрату працездатності (чи здоров'я), настання інвалідності I, II, III групи або смерть.
3. Особливості страхування від нещасних випадків: ризиковий характер страхування; неповернення страхових внесків застрахованому в разі настання страхової події; залежність виплаченої страхової суми від складності ушкоджень, отриманих від нещасного випадку.
4. Страхування від нещасних випадків може здійснюватися в індивідуальній (в одному полісі застрахована одна особа) та груповій (в один поліс внесено групу (список) застрахованих осіб) формах. У першому випадку страхувальником може бути як індивід, так і юридична особа, у другому — тільки юридична особа (роботодавець).
5. Страхування від нещасних випадків у формі обов'язкового страхування визначається законом, а добровільного — до-

говором між страхувальником і страховиком. Добровільному страхуванню підлягають особи та ризики, які не підпадають під обов'язкове страхування.

6. За добровільної форми страхування від нещасних випадків страхова сума визначається згодою страхувальника і страховика; страховий тариф визначається страховиком, виходячи з рівня та вартості ризику; страховий платіж — множенням страхової суми на страховий платіж; страхові виплати — з урахуванням ступеня ушкодження здоров'я чи загибеллю (смертю) застрахованого.

7. З метою обмеження шахрайства страховики застосовують часову франшизу, як правило, безумовну, яка звільняє страховика у разі тимчасової чи повної втрати працездатності застрахованого відшкодувати йому затрати за декілька перших днів лікування наслідків нещасного випадку.

8. З іншого боку, страховик, що здійснює страхування від нещасних випадків, несе відповідальність перед застрахованим ще протягом 1 року після закінчення строку дії договору, протягом якого відбувся нещасний випадок. Це пов'язано з можливими рецидивами хвороби, спричиненими нещасним випадком.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Індивідуальне та групове страхування від нещасних випадків; максимальний страховий тариф та максимальна страхова сума в обов'язковому особовому страхуванні; нещасний випадок; смертельний нещасний випадок; страхова сума при страхуванні від нещасних випадків; страховий тариф та страховий платіж при страхуванні від нещасних випадків; страхові події за страхування від нещасних випадків; страхування дітей та школярів; травма.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. До обов'язкового страхування від нещасних випадків відносять:

а) страхування персоналу ядерних установок від ризику іонізуючого впливу на їхнє здоров'я;

б) особове страхування медичних і фармацевтичних працівників на випадок інфікування ВІЛ під час виконання службових обов'язків;

в) страхування школярів;

г) страхування осіб, що беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

2. Обов'язкова форма страхування означає, що:

а) воно здійснюється на підставі договору між страхувальником і страховиком;

б) є примус страховика здійснити страхування страхувальником;

в) воно здійснюється на підставі закону і зобов'язує страхувальника застрахувати, а страховика — взяти на страхування ризики, визначені законом як обов'язкові;

г) держава здійснює страхування за свої кошти.

3. Добровільне страхування означає, що:

а) воно здійснюється на підставі закону;

б) держава визначає види добровільного страхування;

в) воно здійснюється на підставі добровільного вибору страхувальником страховика і асортименту страхових послуг за погодження умов страхування договором;

г) платником страхових внесків є держава.

4. До страхових подій зі страхування від нещасних випадків належать:

а) смерть застрахованого у зв'язку з хронічним важким захворюванням;

б) тимчасова втрата працездатності у зв'язку з епідемією грипу;

в) тимчасова втрата працездатності у зв'язку з нещасним випадком;

г) втрата працездатності у зв'язку з актами громадянської непокори.

5. За обов'язкового страхування від нещасних випадків відомчої та сільської пожежної охорони максимальна *страхова сума*:

а) не встановлюється;

б) встановлюється для кожного застрахованого окремо і прив'язується до заробітної плати на останньому місці роботи;

в) встановлюється єдина для всіх застрахованих і визначається Кабінетом Міністрів України;

г) встановлюється єдина і прив'язується до неоподаткованого мінімального доходу громадян.

6. За обов'язкового страхування пасажирів наземного транспорту від нещасних випадків на транспорті страхувальниками є:

а) транспортні підприємства;

б) держава;

в) місцеві органи влади;

г) самі пасажери.

7. Страхова сума за обов'язкового страхування пасажирів визначається:

а) у відсотках до ціни квитка;

б) за договором страхувальника і страховика;

в) законом і прив'язується до заробітної плати застрахованого на час підписання договору;

г) законом і прив'язується до неоподаткованого мінімального доходу громадян.

8. Безумовна часова франшиза за добровільного страхування від нещасних випадків це:

а) участь страхувальника у розподілі втрат від настання нещасного випадку, яка виявляється у звільненні страховика від відшкодування збитків у зв'язку із втратою працездатності від нещасного випадку на визначену договором кількість днів;

б) встановлений законодавчо строк, протягом якого страховик не несе відповідальності за наслідки, спричинені нещасним випадком;

в) звільнення страховика від відповідальності на певний період часу, поки не буде встановлено зв'язок травми з нещасним випадком;

г) всі відповіді правильні.

9. Продовження відповідальності страховика, що здійснює добровільне страхування від нещасних випадків, за умови їх настання, ще на рік після закінчення договору зумовлене:

а) бажанням страховика залучити до цього виду страхування більшу кількість страхувальників;

б) Законом України “Про страхування”;

в) тим, що наслідки, спричинені нещасним випадком, можуть виявитись із часом;

г) всі відповіді правильні.

10. Страхування школярів здійснюють:

а) школи;

б) держава;

в) самі школярі;

г) батьки, опікуни, родичі.

Література

1. *Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін.* Страхова справа. Інтегрований навч. комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: У 2 кн. — Кн. 2: Страхування. Страхові послуги. — К.: НВП “АВТ”; Х.: Вид. центр НТУ “ХП”, 2003. — С. 101—120.

2. *Гвозденко А.А.* Основы страхования: Учебник. — М.: Финансы и статистика, 1999. — С. 116—126.

3. *Горбач Л.М.* Страхова справа: Навч. посіб. — 2-ге вид., випр. — К.: Кондор, 2003. — С. 77—85.

4. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7.

5. *Кащенко О.Л., Борисова В.А.* Соціально-економічні основи страхування: Навч. посіб. — Суми: Університет. кн., 1999. — С. 61—63.

6. *Мачуський В.В.* Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 141—161.

7. *Плиса В.Й.* Страхування: Навч. посіб. — К.: Каравела, 2006. — С. 144—155.

8. *Ротова Т.А., Руденко Л.С.* Страхування: Навч. посіб. — К.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2001. — С. 215—230.

9. Страхование дело: Учебник / Под ред. проф. Л.И. Рейтмана. — М.: Банковский и биржевой науч.-консульт. центр, 1992. — С. 274—280.

10. Страхування: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 216—231.

11. *Шумелда Я.* Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006. — С. 190—197.

Розділ 6

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

6.1. *Необхідність, зміст та структура медичного страхування.*

6.2. *Обов'язкове медичне страхування.*

6.3. *Добровільне медичне страхування.*

6.1. Необхідність, зміст та структура медичного страхування

Природне право людини на отримання медичної допомоги при погіршенні (чи ушкодженні) стану здоров'я задовольняється через системи охорони здоров'я. Діяльність закладів охорони здоров'я має не тільки індивідуальну, а й досить відчутну соціальну спрямованість. Адже люди, контактуючи в соціумі, контактним чи безконтактним способом можуть суттєво впливати на фізичний та психічний стан інших людей. Тому у світовій практиці неможливо віднайти країни, де б суспільство було зовсім байдужим до системи охорони здоров'я. В *економічному аспекті* стан, ефективність та перспективи розвитку системи охорони здоров'я значною мірою залежать від системи фінансування цієї галузі економіки. Наразі є три основні види фінансування охорони здоров'я: державне (бюджетне), соціальне страхування та приватне медичне страхування.

Звісно, чистих форм на практиці не існує ні в природі, ні в суспільстві. Тому й фінансування охорони здоров'я здійснюються зазвичай у змішаній формі. Але залежно від того, яка форма фінансування є домінуючою, систему охорони здоров'я називають державною (Англія, Ірландія, Італія, Шотландія), обов'язкового медичного страхування (Австрія, Бельгія, Ні-

дерланди, Німеччина, Швеція, Японія) та змішаною (страхово-бюджетною) (США), де близько 90 % населення країни користуються послугами приватних страхових компаній¹.

Україна, здійснюючи ринкові трансформації в цій галузі, прагне сформувати змішану бюджетно-страхову систему фінансування охорони здоров'я. Не маючи власного досвіду змішаного фінансування охорони здоров'я, Україна переймає цей досвід у інших країн світу. Тому й ми розглянемо основні засади поєднання бюджетних та страхових коштів для надання населенню високоякісних послуг у галузі охорони здоров'я на прикладі тих країн, які вже мають у цій сфері належні успіхи.

Однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування, вважають Німеччину (1881 р.).

Німецькій моделі системи медичного страхування властиві такі риси:

- *децентралізація*, зміст якої полягає в тому, що в країні існує понад 1000 страхових кас: професійні, територіальні та ерзац-каси;
- обов'язковий характер медичного страхування;
- *головне завдання уряду* — створення умов для медичної допомоги та контроль за їх виконанням;
- розподіл відповідальності між урядом і страховими касами щодо реалізації активної політики обмеження зростання цін на медичні послуги. Страхові каси запроваджують жорсткі системи взаєморозрахунків з медичними закладами, вводять системи доплат застрахованим за ліки і т. ін.

Британська модель характеризується такими особливостями:

- високий рівень централізації. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 1/3 населення країни;
- превалювання бюджетної системи фінансування. Менше 10 % бюджету системи охорони здоров'я формується за рахунок роботодавців і понад 90 % — за рахунок податкових надходжень до бюджету;
- обов'язкове страхування здоров'я всіх працюючих. Дружини, що не працюють, можуть скористатися добровільними програмами медичного страхування;

- сплата пацієнтами 10 % вартості лікування;
- охоплення приватним страхуванням тих категорій осіб, які не підлягають обов'язковому страхуванню, та поширення приватного добровільного страхування на ті послуги, які не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я.

Американська модель медичного страхування характеризується такими ознаками:

- акумуляцією коштів у централізованому страховому фонді;
- розподілом коштів централізованого фонду на основі законодавчо встановленої форми розрахунків. Цією системою охоплюється понад 20 % населення;
- добровільним груповим страхуванням за місцем роботи охоплюється близько 60 % населення;
- добровільним страхуванням не за місцем роботи охоплюється близько 2 % населення;
- 15 % населення не мають доступу до медичного страхування.

Риси національної системи медичного страхування **Канади** такі:

- обов'язковість медичного страхування;
- понад 90 % всіх затрат на стаціонарне та амбулаторне лікування покривається із суспільних фондів. За рахунок прогресивного оподаткування покривається 25 % всіх затрат на охорону здоров'я;
- добровільним страхуванням охоплені тільки ті медичні послуги, які не покриваються національною системою страхування.

Японська модель медичного страхування характеризується:

- наявністю двох програм обов'язкового медичного страхування: державної та суспільної;
- охопленням медичним страхуванням усіх, хто працює на підприємствах з кількістю зайнятих п'ять і більше осіб, а також членів їх сімей;
- нарахування страхових премій (внесків) зі стандартного щомісячного заробітку;
- охоплення добровільним медичним страхуванням медичних послуг підвищеної комфортності.

¹ Нонко В. Іноземний досвід медичного страхування // Страхова справа. — 2001. — № 2 (2). — С. 67—70.

Із наведених вище моделей видно, що в дуже незначній кількості країн держава може дозволити собі взяти відповідальність щодо майже повного забезпечення медичної допомоги виключно на бюджетній основі. У більшості країн намагаються поєднувати різні системи фінансування системи охорони здоров'я. Це пояснюється насамперед тим, що в сучасних умовах зростає обсяг загроз здоров'ю громадян:

- глобалізаційні процеси поштовпили міграцію населення, що поширює невластиві цілим регіонам інфекційні захворювання;
- надзвичайно стрімкий темп життя, розвиток інформаційних технологій, окрім позитивних зрушень в економіці, породжують цілу низку стресових ситуацій, які негативно впливають на стан здоров'я населення;
- терористичні акти, надзвичайні техногенні аварії та ін. посилюють потребу в медичній допомозі;
- продовження тривалості життя супроводжується старінням населення, що породжує додаткові витрати на надання допомоги у зв'язку з хворобами старіння і т. ін.

Це, звичайно, тільки один бік справи. З іншого боку, бюджет будь-якої країни завжди обмежений, а тому його не вистачає на фінансування всіх суспільних благ. Окрім того, якщо держава перебирає на себе переважну частку відповідальності за стан здоров'я нації, про це перестають дбати роботодавці та самі громадяни. Саме тому переважна більшість країн світу застосовує змішані системи фінансування охорони здоров'я.

Звісно, мінімальна межа втручання держави в забезпечення медичної допомоги визначається необхідністю забезпечення життєво значущими послугами найбільш вразливих верств населення. Далі держава мусить створити умови, за яких роботодавці були б зацікавлені у створенні належних умов праці та відновлення здоров'я їх найманих працівників. Окрім того, завданням уряду є запровадження такої політики доходів, за якої громадяни могли б оплачувати високоякісні медичні послуги.

Якщо в країні створена така система фінансування закладів охорони здоров'я, де частка *держави* перевищує 70 % загального обсягу фінансових ресурсів, а решта припадає на *страхові компанії*, то таку систему називають *бюджетно-страховою*.

Також часто вживаються поняття *страхова медицина* та *медичне страхування*.

Страхова медицина — це система фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок *страхових фондів*.

Медичне страхування (Medical Insurance) — це форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів.

Медичне страхування здійснюється у двох формах: обов'язкового та добровільного.

6.2. Обов'язкове медичне страхування

Необхідність обов'язкового медичного страхування (ОМС) зумовлена потребою громадян в отриманні гарантованих державою рівня та обсягу медичних послуг, незалежно від рівня добробуту та соціального стану громадянина.

Принципи організації ОМС.

1. *Всезагальність* — всі громадяни країни незалежно від віку, статі, стану здоров'я, національності, місця проживання, рівня доходу, соціального становища і т. ін. мають право на отримання гарантованого державою рівня медичних послуг.

2. *Некомерційний характер* — отримані під час здійснення ОМС прибутки спрямовуються не туди, де вони швидше та інтенсивніше приростають, а власне на розширення страхових резервів для здійснення ОМС.

3. *Обов'язковість* сплати страхових внесків до фонду ОМС всіма юридичними особами та працюючими громадянами. Для непрацюючих осіб джерелом внесків до фонду ОМС є загальнодержавні фонди соціального страхування.

4. *Забезпечення державою доступності медичної допомоги* всім громадянам на визначеному законодавством рівні завдяки здійсненню контролю за збиранням, перерозподілом та використанням коштів фонду ОМС.

5. Встановлення законодавством розміру страхових платежів з ОМС, обсягу і порядку їх сплати.

6. Незалежність рівня страхового забезпечення від обсягу індивідуальних внесків застрахованого.

Обов'язкове медичне страхування реалізується через програми обов'язкового медичного обслуговування.

Предметом медичного страхування, незалежно від форми, в якій воно здійснюється, є майнові інтереси, пов'язані зі здоров'ям громадян.

Об'єктом медичного страхування є здоров'я.

Суб'єкти ОМС — страхувальники, застраховані особи; страховики; медичний заклад.

Страхувальники — це суб'єкти, що підписують договори страхування та сплачують страхові внески. Для працюючих **страхувальниками** є роботодавці (підприємства, організації, установи) та самі працівники, для непрацюючих — органи державного управління, виконавчої влади, місцеві адміністрації.

Застраховані — громадяни, на користь яких здійснюються платежі з ОМС і які, за умови настання страхової події, мають право на отримання безоплатної медичної допомоги в обсягах, визначених законодавством.

Страховики — це страхові організації (компанії), які отримали ліцензію на право здійснювати обов'язкове медичне страхування.

Медичний заклад — заклад охорони здоров'я, що надає застрахованим медичну допомогу, передбачену Програмою ОМС.

Програма ОМС спрямована на підтримання належного рівня здоров'я її учасників. Вона включає:

- перелік груп захворювань, травм та їх наслідків, лікування яких здійснюється за рахунок фондів ОМС;
- обсяги, методики та терміни лікування;
- профілактичні та реабілітаційні заходи;
- критерії якості медичних послуг та їхню вартість;
- відповідальність медичних закладів та медичних працівників за дотримання вимог та нормативів Програми ОМС.

Програма ОМС ґрунтується на законодавчо встановлених стандартах медичних послуг та нормативах використання ліків.

В Україні ще не прийнято Закону “Про обов'язкове медичне страхування”, немає чіткого розмежування між проектом

цього Закону та Законом України “Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування”. У зв'язку з цим є підстави стверджувати, що в Україні система ОМС перебуває тільки на початку становлення.

Обов'язкове медичне страхування має особливе значення, оскільки воно є всеохопним, всезагальним. Це надзвичайно важливо у зв'язку з тим, що будь-яка людина живе в соціумі, і як жива істота, має право на отримання допомоги у разі втрати здоров'я, незважаючи на те, чи може вона оплатити цю допомогу.

Але в такий спосіб суспільство не може забезпечити надання допомоги у разі захворювання, лікування якого вимагає надто великих затрат; надання висококомфортних умов лікування й та ін. Саме тому систему ОМС доповнює система добровільного медичного страхування (ДМС).

6.3. Добровільне медичне страхування

За призначенням **медичне страхування** є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Воно пов'язане з компенсацією громадянами витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги, та інших витрат, пов'язаних із підтримкою здоров'я:

- відвідуванням лікарів та амбулаторним лікуванням;
- придбанням медикаментів;
- лікуванням у стаціонарі;
- отриманням стоматологічної допомоги, зубним протезуванням;
- проведенням профілактичних та оздоровчих заходів тощо.

Суб'єктами добровільного медичного страхування є:

• **страхувальники** — окремі дієздатні громадяни, підприємства, що представляють інтереси громадян, а також благодійні організації та фонди;

• **страховики** — страхові компанії, що мають ліцензії на здійснення цього виду страхування;

- **медичні заклади**, що надають допомогу на засоби медичного страхування і мають ліцензію на здійснення лікувально-профілактичної діяльності, передбачену Програмою ДМС;

- **аптеки** — фармацевтичні установи, що забезпечують застраховану особу або медичний заклад медикаментами та матеріалами, необхідними для надання медичної допомоги, передбаченої договором ДМС;

- **асистуюча компанія**, яка є посередником між страховиком, медичним закладом та аптекою. Вона організує надання застрахованій особі медичної допомоги за Програмою ДМС.

Страхові фонди добровільного медичного страхування утворюються за рахунок добровільних страхових внесків:

- підприємств та організацій;
- різних груп населення;
- окремих громадян.

Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним і колективним.

За **індивідуального** страхування страхувальниками, як правило, є окремі громадяни, які уклали договір зі страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за рахунок власних грошових засобів.

За **колективного** страхування страхувальником, як правило, є підприємство, установа, яка укладає договір зі страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів тощо) за рахунок їхніх грошових засобів.

Страхові організації укладають угоди з профілактично-лікувальними закладами (незалежно від форм власності) про надання ними медичної допомоги застрахованим за певну плату, яку зобов'язується гарантувати страховик.

Страховий поліс із добровільного медичного страхування обумовлює обсяг надання медичних послуг, можливість вибору умов отримання медичної допомоги тощо. Програми добровільного медичного страхування розширюють можливості та поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги.

Договір з добровільного медичного страхування може, зокрема, передбачати:

- ширше право вибору застрахованим пацієнтом медичних установ, лікарів для обслуговування;

- поліпшення умов утримання застрахованого в стаціонарах, санаторіях, профілакторіях;

- надання спортивно-оздоровчих послуг та інших засобів профілактики;

- подовження тривалості післялікарняного патронажу та догляду за пацієнтом у домашніх умовах;

- діагностику, лікування та реабілітацію з використанням методів нетрадиційної медицини;

- розвиток системи сімейного лікаря;

- страхування виплат з тимчасової непрацездатності, вагітності, пологів та материнства на пільгових умовах за строками і розмірами грошових виплат;

- участь у цільовому фінансуванні технічного переозброєння й нового будівництва лікувально-профілактичних установ, підприємств з виробництва медичного устаткування, ліків з правом першочергового отримання послуг або продукції (протези, ліки, діагностика і т. ін.) цих підприємств та організацій.

Страховим ризиком за ДМС є певна подія, що має випадковий але вірогідний характер, на випадок якої здійснюється страхування.

Страховими ризиками за ДМС є:

- хвороба застрахованої особи;
- ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку;
- смерть застрахованої особи внаслідок хвороби під час перебування в медичному закладі.

Страховими випадками за правилами ДМС є:

- звернення застрахованої особи з метою надання медичної допомоги в період дії договору страхування до медичного закладу, який обслуговує Програму ДМС, у зв'язку з:

- гострим захворюванням;
- загостренням хронічного захворювання;
- травмою;
- отруєнням;
- наслідком нещасного випадку;

- звернення спадкоємців застрахованої особи у зв'язку з її смертю під час її перебування на лікуванні в медичному за-

кладі, пов'язаних з необхідністю покриття затрат у зв'язку з репатріацією померлої застрахованої особи тощо.

Страховими випадками не визнаються звернення застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку з:

- хворобою, на яку застрахована особа захворіла до набуття чинності договором ДМС;
- захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом протягом першого місяця дії страхового договору;
- новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, якщо діагноз встановлено медичним закладом протягом перших трьох місяців дії договору;
- вродженими хворобами;
- захворюваннями, пов'язаними з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності, якщо факт позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через три місяці з дня набуття чинності договором ДМС;
- захворюваннями, пов'язаними з вживанням застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, самолікування;
- захворюваннями, пов'язаними із самогубством (за винятком ситуації, за якої застрахований був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб);
- захворюванням, пов'язаним з масовими епідеміями.

Страхова сума, тобто максимальна грошова сума, в межах якої страховик зобов'язаний здійснити виплату у разі настання страхового випадку, визначається за згодою страховика та страхувальника в договорі про ДМС.

Тарифи на медичні та інші послуги з добровільного медичного страхування встановлюються за згодою страховика і медичної установи, що обслуговує застрахованих.

У табл. 6.1 наведено коефіцієнти короткостроковості, які використовують для визначення розміру страхового платежу шляхом множення величини річного страхового платежу на коефіцієнт короткостроковості.

Ці коефіцієнти використовують у разі здійснення страхування строком менше одного року.

Таблиця 6.1. Коефіцієнти короткостроковості залежно від періоду дії договору ДМС¹

Період дії страхового договору, місяці	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт короткостроковості	0,093	0,185	0,275	0,363	0,450	0,535	0,618	0,700	0,780	0,858	0,935	1,0

¹ Див.: Типові правила добровільного страхування медичних витрат // Страхова справа. — 2001. — № 2 (2). — С. 79.

Страховий платіж сплачується одноразово, якщо інше не передбачено договором, у строки, визначені договором, у готівковій або безготівковій формі.

Термін дії договору встановлюється за згодою сторін від 1 місяця до 1 року.

Розміри страхових внесків встановлюються на договірній основі страховика і страхувальника з урахуванням оцінки ймовірності захворювання страхувальника у зв'язку з віком, професією, станом здоров'я тощо.

За співіснування обов'язкового та добровільного медичного страхування держава повинна запровадити механізми, які б забезпечували неможливість реалізації програм добровільного медичного страхування за рахунок погіршення реалізації програм обов'язкового медичного страхування.

На вітчизняному ринку добровільного медичного страхування діють понад 90 страхових компаній, зокрема "Оранта", "Укрнафтатранс", "Українська охоронна страхова компанія", "АСТРА", "АВК", "Скайд", "Український страховий альянс" та ін.

Мета ДМС — гарантування громадянам (застрахованим особам) у разі настання страхового випадку оплати вартості медичної допомоги за рахунок коштів страхових резервів та фінансування профілактичних заходів.

Головні завдання ДМС:

- забезпечення охорони здоров'я населення;
- забезпечення відтворення населення;
- розвиток медичного обслуговування;
- фінансування системи охорони здоров'я;
- перерозподіл коштів, що використовуються на оплату медичних послуг, між різними верствами населення.

Особливості ДМС визначаються його місцем у системі соціально-економічних гарантій громадян:

- ДМС є однією з форм особистого страхування;
- воно є важливим ринковим компонентом, що доповнює системи обов'язкового загальнодержавного медичного страхування і соціального забезпечення;
- програми ДМС обираються за бажанням страхувальника і залежать від його платоспроможності;

- ДМС ґрунтується на принципі страхової солідарності, зміст якої полягає в тому, що застрахована особа отримує медичну допомогу у випадках та обсягах, що визначаються страховим договором згідно зі сплаченим страховим платежем. Перевищення вартості медичних послуг над внесками страхувальника є можливим, оскільки частина застрахованих, які внесли премії до страхової компанії, не потрапляють у страхову ситуацію і не користуються послугами медичних закладів.

Особливості договорів ДМС.

1. Предметом договору ДМС є зобов'язання страховика у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхової суми (або її частини) страхувальнику (застрахованому) на оплату вартості медичної допомоги (медичних послуг) певного переліку та якості в обсязі обраної страхувальником програми медичного страхування. Ці виплати здійснюються страховиком незалежно від суми, яку має отримати застрахована особа за державним соціальним страхуванням, соціальним забезпеченням, сум за договорами добровільного медичного страхування, укладеними з іншими страховиками, а також суми, що має бути сплачена як відшкодування заподіяної їй шкоди з боку третіх осіб згідно з цивільним законодавством України.

2. Одержувачем страхової виплати може бути не тільки застрахована особа, а й лікувальний заклад або *асистанська компанія*, яка забезпечує отримання допомоги (медичних послуг).

3. Договори ДМС передбачають обов'язковість конкретної застрахованої особи, майнові інтереси якої застраховано.

4. Договори мають тристоронній, а подекуди багатосторонній характер.

5. Територія дії договору ДМС не обмежується місцезнаходженням страховика.

З метою централізованого регулювання звернень застрахованих осіб за медичною допомогою страховики мають право створювати консультативно-диспетчерські пункти (КДП), які працюють цілодобово та без вихідних. Вони оснащені багатоканальним телефонним зв'язком, комп'ютерами з інформаційно-пошуковою системою, яка технологічно пов'язана з базою даних застрахованих.

Функції КДП такі:

- попередній запис застрахованого до лікаря по телефону;
- роз'яснення застрахованій особі її прав та можливостей, включаючи спірні та конфліктні ситуації;
- надання по телефону консультацій застрахованому та психологічної підтримки;
- організація швидкої та невідкладної допомоги застрахованим особам;
- організація розміщення застрахованої особи в стаціонарі як в екстрених ситуаціях, так і в плановому порядку;
- здійснення контролю за належним доглядом застрахованої особи тощо.

Одержання страхової виплати передбачає надання страховику таких документів:

- заяви на страхову виплату;
- страхового поліса;
- довідки-рахунка з медичної установи із зазначеннями: прізвища, ім'я та по батькові, точного діагнозу хвороби, дати звернення до лікаря за допомогою, терміну лікування, переліку наданих послуг з розбиттям їх за датою та вартістю, загальної суми до виплати;
- рецептів, виписаних лікарем у зв'язку із захворюванням, на придбання медикаментів зі штампом аптеки і зазначеною вартістю кожного препарату;
- направлення на проходження лабораторних досліджень у зв'язку з конкретною хворобою з переліком найменувань наданих послуг та їх вартості;
- документів, що підтверджують факт плати за лікування, медикаменти (розрахунок за одержання грошей, банківська квитанція із зазначеною сумою перерахування тощо).

Порядок здійснення страхової виплати безпосередньо лікувальному закладу та асистанській компанії визначається договорами між страховиком та лікувальним закладом чи асистанською компанією. Загальна сума страхових виплат за страхові події не може перевищувати страхової суми за договором страхування. Якщо страхувальник не повністю сплатив страховий платіж, страховик несе відповідальність у межах сплаченої частки страхового платежу.

Впродовж дії договору ДМС розмір страхової суми можна змінити з ініціативи страхувальника. Якщо страхова сума

збільшується, то величина доплат страхової премії ($D_{\text{сп}}$) розраховується за формулою

$$D_{\text{сп}} = (СП_2 - СП_1) \cdot K_{\text{к}},$$

де $СП_1$ та $СП_2$ — розмір страхових премій до та після зростання розміру страхової суми;

$K_{\text{к}}$ — коефіцієнт короткостроковості, який визначається за табл. 6.1 для кількості повних місяців, що залишилися до закінчення строку дії договору.

Такі зміни страхової суми та страхових платежів відображаються в додатковій угоді до чинного договору ДМС.

Асистанські компанії, як правило, виокремлюються з асистансу як підрозділу страхової компанії, що здійснює функції консультативно-диспетчерського центру, і мають значно ширші повноваження і можливості. Асистанські страхові компанії забезпечують організацію та координацію медичної, технічної, інформаційної, юридичної, повсякденної домашньої допомоги не тільки на всій території України, а й за кордоном.

В Україні однією з перших страхових компаній, яка утворила асистанський центр, була державна акціонерна страхова компанія (ДАСК) “Укрмедстрах”. Зараз цей центр став окремою компанією, яка підтримує найтісніші відносини з ДАСК “Укрмедстрах”. Його назва — “Асистанс-Центр “L.I.S.”. Він має статус офісу-кореспондента “Europe Assistance” — лідера світового асистансу, може надавати весь спектр допомоги застрахованим особам на європейському рівні.

З метою сприяння розвитку відкритого та рівнодоступного ринку медичного страхування в Україні в березні 1999 р. було створено Асоціацію “Українське медичне страхове бюро”, членами якої стали 28 страхових компаній України та інших юридичних осіб, які представляють 12 областей України, АР Крим та м. Київ.

Завдання Українського медичного страхового бюро (УМСБ):

- впровадження єдиних правил, вимог і стандартів діяльності;
- забезпечення необхідної допомоги страховим компаніям у здійсненні медичного страхування;

- надання допомоги в організації юридичного захисту прав страховиків та страхувальників;
- координація зусиль страховиків на ринку послуг медичного страхування.

Функції УМСБ:

- представлення інтересів своїх членів у відносинах з державними органами України, міжнародними організаціями тощо;
- розробка методології медичного страхування, стратегії і тактики його впровадження в Україні;
- сприяння розвитку інфраструктури медичного страхового ринку в Україні;
- аналіз чинного законодавства України з питань страхової діяльності та охорони здоров'я, підготовка пропозицій щодо його вдосконалення;
- залучення членів УМСБ до участі у виконанні державних програм з питань поліпшення медичної допомоги населенню через медичне страхування;
- вивчення та аналіз стану та перспектив розвитку медичного страхування в Україні та за її межами, пропагування ідеї медичного страхування серед населення України;
- сприяння залученню іноземних інвесторів до участі у програмах з медичного страхування та охорони здоров'я;
- проведення конференцій, семінарів та інших заходів науково-практичного характеру;
- здійснення іншої діяльності, що не суперечить чинному законодавству України.

Висновки

1. Медичне страхування — це форма особового страхування, яка гарантує надання громадянам медичної допомоги при настанні страхового випадку за рахунок нагромаджених страхових фондів.
2. Страхова медицина — це система фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок страхових фондів.
3. Є три основні види фінансування медицини: державне (бюджетне), за якого частка держави перевищує 70 % загаль-

ного фінансування, соціальне фінансування (за рахунок загальнодержавних фондів соціального страхування, які не надходять до бюджету) та приватне медичне страхування. Кожна країна, яка правило, використовує всі три види фінансування, комбінуючи їх у різних пропорціях.

4. Медичне страхування здійснюється у двох основних формах — як обов'язкове, зміст якого полягає в праві громадян на отримання гарантованого державного рівня та обсягу медичних послуг, незалежно від рівня добробуту та соціального стану громадянина, та добровільне, зміст якого полягає у праві громадян на отримання асортименту послуг і їх якості на рівні, що перевищують обсяг та якість медичних послуг, гарантованих державою. Добровільне медичне страхування оплачується самими громадянами-застрахованими або їх роботодавцями.

5. Принципи організації ОМС: всезагальність, некомерційний характер; обов'язковість сплати страхових внесків до фонду ОМС всіма юридичними особами та працюючими громадянами; встановлення законом розміру страхових платежів, обсягу та порядку їх сплати, а також рівня страхового забезпечення.

6. Суб'єкти ДМС — страхувальники, страховики, медичні заклади та аптеки, асистанські компанії.

7. Головні завдання ДМС: забезпечення охорони здоров'я населення та його відтворення; розвиток медичного обслуговування, фінансування системи охорони здоров'я; перерозподіл коштів на оплату медичних послуг між різними верствами населення.

8. Асистанські страхові компанії забезпечують організацію та координацію медичної, технічної, інформаційної, юридичної та повсякденної домашньої допомоги як на території України, так і за кордоном.

9. Особливості договорів ДМС такі: виплати з ДМС не залежать від виплат за соціальним загальнодержавним страхуванням, соціальним забезпеченням та виплат з ДМС іншими страховиками; страхову виплату може отримувати не тільки застрахований, а й асистанські компанії; договори мають як мінімум тристоронній, а то й багатосторонній характер; дія договору не обмежується територіально місцезнаходженням страховика.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Асистанська компанія; індивідуальне та колективне медичне страхування; консультативно-диспетчерські пункти; медичне страхове бюро; медичне страхування; моделі систем медичного страхування — німецька, британська, американська, японська; предмет ОМС; об'єкти ОМС; обов'язкове та добровільне медичне страхування; принципи організації ОМС; страхова медицина; страхова сума, страхові тарифи та страхові внески в добровільному та обов'язковому медичному страхуванні; страхові випадки за ДМС; страхові виплати в ОМС та ДМС; страхові ризики за ДМС; суб'єкти ОМС.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Розкрийте зміст та об'єктивну необхідність запровадження медичного страхування.
2. До рис німецької моделі медичного страхування не відносять:
 - а) децентралізацію;
 - б) обов'язковість;
 - в) розподіл відповідальності за реалізацію політики цін на медичні послуги між урядом та страховими компаніями;
 - г) високий рівень централізації.
3. До рис британської моделі медичного страхування не відносять:
 - а) децентралізацію;
 - б) обов'язковість;
 - в) превалювання бюджетної системи фінансування;
 - г) високий рівень централізації.
4. Зробіть порівняльний аналіз американської та канадської систем медичного страхування.

5. Японській системі медичного страхування властиві такі риси:
 - а) наявність державної та суспільної програм обов'язкового медичного страхування, які доповнюються добровільним страхуванням;
 - б) наявність значної частки населення, не охопленої медичним страхуванням;
 - в) охоплення обов'язковим медичним страхуванням всіх, хто працює на підприємствах з кількістю зайнятих п'ять і більше осіб, а також членів їх сімей;
 - г) всі відповіді правильні.
6. Страхова медицина — це:
 - а) форма особового страхування;
 - б) підвид страхування, що гарантує надання медичної допомоги за рахунок страхових фондів;
 - в) система фінансування закладів охорони здоров'я;
 - г) всі відповіді правильні.
7. До принципів організації ОМС не відносять:
 - а) всезагальність;
 - б) комерційний характер;
 - в) обов'язковість;
 - г) всі відповіді неправильні.
8. ДМС ґрунтується на принципах:
 - а) обов'язковості;
 - б) всезагальності;
 - в) добровільності;
 - г) всі відповіді правильні.
9. Страхувальниками ДМС є:
 - а) уряд;
 - б) окремі дієздатні громадяни, що хочуть і можуть оплатити цей страховий продукт;
 - в) підприємства, благодійні організації та фонди, що представляють інтереси громадян;
 - г) всі відповіді правильні.
10. Консультативно-диспетчерські пункти виконують функції:
 - а) організації швидкої допомоги застрахованій особі;
 - б) організації швидкої допомоги громадянину, що має потребу в медичній допомозі;

- в) здійснення контролю за належним доглядом застрахованої особи;
- г) надання медичної допомоги застрахованій особі.

Література

1. Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін. Страхова справа. Інтегрований навч. комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: У 2 кн. — Кн. 1: Страхування. Страхові послуги. — К.: НВП “АВТ”; Х.: Вид. центр НТУ “ХПІ”. — 2003. — С. 395—427; Кн. 2. — С. 86—100.
2. Базилевич В.Д., Базилевич К.С. Страхова справа. — 5-те вид. стер. — К.: Знання, 2006. — С. 140—148.
3. Загальнообов’язкове державне соціальне страхування та пенсійне забезпечення у цифрах і фактах / М-во праці та соц. політики України. Пенсійний фонд України. — К., 2003.
4. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7.
5. Плиса В.Й. Страхування: Навч. посіб. — К.: Каравела, 2006. — С. 156—162.
6. Ротова Т.А., Руденко Л.С. Страхування: Навч. посіб. — К.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2001. — С. 232—248.
7. Страховое дело. Учебник / Под ред. проф. Л.И. Рейтмана. — М.: Банковский и биржевой науч.-консульт. центр, 1992. — С. 286—290.
8. Страхування: Підручник / Керівник авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 232—246.
9. Шумелда Я. Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006. — С. 197—212.
10. Юрій С.І., Шаварина М.П., Шаманська Н.В. Соціальне страхування: Підручник. — К.: Кондор, 2006. — С. 343—382.

Розділ 7 ПЕНСІЙНЕ СТРАХУВАННЯ

- 7.1. Страхування ренти (ануїтетів).
- 7.2. Страхування додаткової пенсії.

7.1. Страхування ренти (ануїтетів)

Коли розкривався зміст страхування життя на дожиття застрахованої особи до обумовленого договором віку (дати), підкреслювалось, що страховик по закінченні строку дії договору здійснює одноразову виплату застрахованій особі в розмірі страхової суми. У випадку смерті застрахованої особи в період дії договору вигодонабувачеві здійснюється виплата в обсязі суми сплачених страхувальником страхових внесків, скоригованої на норму дохідності, передбачену страховим тарифом.

Якщо договір був підписаний на умовах здійснення страхової виплати у разі смерті застрахованої особи, то вигодонабувач отримує від страховика страхову суму в повному обсязі.

Страхування життя, що передбачає одноразову виплату страховиком страхової суми при дожитті застрахованого до зазначеного в договорі строку, називають *страхуванням капіталу*. У цій темі розглянуто ще один різновид страхування, який на відміну від страхування капіталу називають страхуванням ренти.

Страхування ренти за змістом є таким різновидом договорів страхування життя, за яким страховик зобов’язується здійснювати виплати страхового забезпечення при дожитті страхувальника чи застрахованої особи до віку, визначеного

договором, як правило, в обсязі фіксованої суми впродовж встановленого договором часового періоду. Інакше кажучи, *страхування ренти* передбачає виплату страхової суми не одноразово, а в розстрочку із зазначеною договором періодичністю. Це своєрідна форма доходу страхувальника (застрахованого) на нагромаджений резерв страхових внесків.

На перших порах запровадження страхування ренти страхувальник здійснював одноразовий страховий внесок, який страховик розміщував певним способом із метою отримання інвестиційного доходу. З часу, зазначеного в страховому договорі, страховик починав здійснювати розстрочені страхові виплати довічної ренти застрахованій особі, а у випадку смерті останньої — її правонаступникові (вигодонабувачеві).

Рента (лат. *reddita* — віддана назад, повернена) — у широкому розумінні — дохід від різного виду активів, а у вузькому, власне для страхування, — певна сума, яку страховик щорічно виплачує страхувальнику (застрахованому).

Щорічний рентний платіж також називають ануїтетом (лат. *annuitas*). У страхуванні *ануїтетом* називають договори (страхові поліси), що передбачають одноразову чи розстрочену сплату страхувальником визначеної страхової премії та отримання ним (страхувальником) права одержання щорічної страхової виплати певного обсягу впродовж визначеного часу.

Предметом страхування ренти (ануїтетів) є майнові інтереси застрахованих осіб, пов'язані з життям, працездатністю та пенсійним забезпеченням.

Суб'єктами страхування ренти (ануїтетів) є страховики, страхувальники, застраховані та вигодонабувачі (правонаступники).

Страховики — страхові компанії, що одержали ліцензії на право здійснювати страхування життя та пенсій на зазначених умовах.

Страхувальниками з цього виду страхування можуть бути:

- дієздатні громадяни, що підписали договір на свою користь чи на користь третіх осіб;
- юридичні особи, що підписують договори та сплачують страхові премії на користь третіх осіб.

Застраховані — це треті особи, на користь яких страхувальники підписали страховий договір та сплатили внески.

Вигодонабувачі (правонаступники) — в особовому страхуванні це особи, що визначаються страхувальником як отримувачі страхової суми у випадку смерті застрахованої особи. Цих суб'єктів ще називають *бенефіціаріями (beneficiary)*.

Страхова сума (sum Insured) у договорі страхування ренти — це сума страхового забезпечення (ануїтету), що визначається згодою страховика та страхувальника та підлягає виплаті страховиком застрахованій особі з визначеною договором періодичністю.

Договір страхування ренти набирає чинності після сплати страхувальником страхової премії.

Зобов'язання страховика зі страхових виплат настають виключно після сплати страхувальником страхових внесків (премій) у повному обсязі. У цьому полягає особливість договорів із страхування ренти.

Саме тому в цих договорах прийнято виділяти два періоди: 1) сплати страхових внесків; 2) виплати страхових ануїтетів. Подекуди між цими двома основними періодами може бути проміжна ланка — період очікування.

Періоди очікування — це час між закінченням сплати страхових внесків страхувальником та часом, що надає право застрахованому отримувати страхові ануїтети.

Наприклад, громадянин Коромисло уклав угоду зі страхування довічної ренти у віці 40 років. За цією угодою передбачається, що внески мають бути сплачені страхувальником за 15 років, а виплата страхових ануїтетів почнеться по досягненні страхувальником віку 60 років. У такому випадку період очікування буде 5 років.

Чинники, що впливають на величину страхових внесків при страхуванні ануїтетів:

- вік страхувальника на момент укладання угоди;
- стать;
- строк та періодичність сплати страхових внесків;
- наявність чи відсутність очікуваного (відстроченого) періоду;
- термін та періодичність страхових виплат;
- норма дохідності, що враховується при розрахунку страхового тарифу тощо.

Права страхувальника щодо змін у договорі страхування ануїтетів.

• Страхувальник має право змінити умови нагромадження страхових внесків. Так, якщо у страхувальника змінився обсяг доходу, він може змінити обсяг внесків та ануїтетів у бік зростання в разі зростання доходу та в бік зменшення у разі зменшення доходу. Якщо дохід страхувальника зменшився настільки, що він не має можливості в подальшому сплачувати внески, договір може бути змінено з метою припинення сплати страхових внесків та перегляду розміру ануїтету в бік зменшення згідно з фактичним обсягом нагромаджених резервів.

• У договорах страхування ануїтетів можна змінити періодичність сплати внесків — сплатити їх достроково чи розстрочити.

• Страхувальник чи страховик має право достроково припинити дію договору. Тоді страхувальник має право отримати *викупну суму*, розмір якої залежить від величини сплачених страхових внесків, строку дії договору та норми доходності. Здебільшого право страхувальника на отримання викупної суми реалізується через певний час після набуття сили страховим договором, за винятком договорів, згідно з якими страховий внесок сплачується одноразово.

• Договори страхування ануїтетів містять порядок розрахунку суми, на яку можуть претендувати спадкоємці та вигодонабувачі у разі смерті застрахованого в період, коли страхові виплати вже почали здійснюватись.

• Страхувальник може мати право на отримання позики в обсязі нагромадженої суми страхових резервів.

Види ануїтетів.

Негайний ануїтет — це договір, що передбачає одноразово сплачену страхувальником премію та негайні щорічні (чи з іншою періодичністю) виплати страховиком упродовж усього життя застрахованої особи. Строк цього договору не може бути завчасно визначений, оскільки застрахований може як дожити до досить похилого віку, так і вмерти на початку періоду отримання страхових виплат.

Гарантовані ануїтети — це різновид договору негайного ануїтету, в якому визначається мінімальний період страхових

виплат страховиком, незалежно від дати смерті застрахованого. Наприклад, якщо договір гарантує виплату ануїтету страхувальнику протягом 15 років, то за умови, що страхувальник проживе 20 років, він (страхувальник) буде отримувати страхові виплати протягом усіх 20 років, тобто впродовж усього свого життя. Якщо ж він помре через 5 років після сплати премії в повному обсязі, то страховик 5 років буде здійснювати страхові виплати йому (страхувальнику), а наступні 10 років — його спадкоємцям чи вигодонабувачам.

Відстрочений ануїтет — це договір, в якому визначається дата, з якої страховик зобов'язується розпочати здійснення страхових виплат застрахованій особі. Цей вид договорів обов'язково передбачає наявність відстроченого періоду. У разі смерті застрахованого у відстрочений період страховик, як правило, повертає премії з відсотковим доходом.

Особливості цього виду договорів:

- внески сплачуються одноразово чи в розстрочку;
- виплати здійснюються не відразу після повної сплати страхових премій, а тільки згодом.

Строкові ануїтети — це договори, за якими зобов'язання страховика зі страхових виплат встановлюється на обмежений період часу, наприклад, 5, 10, 15, 20 років. Після закінчення зазначеного в договорі терміну страховик звільняється від подальших страхових виплат, незважаючи на те, що застрахований продовжує жити.

Ануїтет зі зростаючою сумою — це вид договору, який враховує вплив на страхові виплати інфляції. За цими договорами виплати страхувальнику коригуються на рівень інфляції.

Ануїтети із захистом капіталу — це договори, за якими недоотримані страхувальником (застрахованим) виплати в обсягу різниці між сплаченими преміями та отриманими виплатами отримують спадкоємці (вигодонабувачі). Ці ануїтети, звісно, дорожчі від договорів, що не захищають від інфляційного знецінення страхових виплат.

Ануїтет для того, хто пережив смерть одного з членів подружжя, — вид договорів сумісного страхування життя та ануїтетів подружжя, за яким той, хто пережив свого партнера

(чоловік чи дружина), продовжує отримувати страхові виплати його (її) пари в повному або зменшеному обсязі.

Використання трастів. Оскільки страхування ануїтетів (ренти) довгострокове, виникає проблема інвестування страхових премій, отриманих від страхувальників. Страховики можуть використовувати з цією метою власні трасти.

Трасти — це регульовані законом угоди, за якими активи, що є власністю окремого індивіда чи групи індивідів, передаються під опіку довірених осіб, які управляють цими активами на користь їх власників.

Наприклад, у Великій Британії є пайові інвестиційні фонди (*unit trust*), які управляють активами страховиків. Вартість часток трасту визначається вартістю активів. Сума виплат застрахованої особи в разі смерті або по закінченні строку дії страхового договору залежить від вартості його часток в трасті, нагромаджених на момент страхової виплати.

У випадку одноразово сплаченої страхової премії виплата визначається множенням обсягу інвестицій на індекс, який залежить від віку застрахованого в момент його смерті. Якщо страхова премія сплачувалась у розстрочку, то застрахований отримує мінімальні виплати доходу від інвестиції.

Страховальники можуть купувати та продавати частки в трасті. Як правило, курс продавців вище курсу покупців на 4—5 %.

Використання бонусів. Здійснюючи страхування життя в країнах з розвинутою ринковою економікою, страховики подекуди мають надлишкові доходи, джерела яких пов'язані з такими причинами:

1) таблиці смертності відображають завищений рівень смертності у зв'язку з тим, що страховики користуються цими таблицями за минулий період, а з часом тривалість життя має тенденцію до зростання;

2) під час оцінки реальної вартості активів песимістично налаштовані страховики використовують занижену величину відсоткової ставки;

3) власники дохідних полісів сплачують вищі страхові премії;

4) здійснюється економія на управлінських витратах.

Оскільки в страховій компанії може утворитись надлишковий прибуток, він підлягає розподілу за напрямками: на приріст страхових резервів; виплати акціонерам; виплати власникам дохідних полісів.

Сума грошей, що виплачується страховиком власникам дохідних страхових полісів за рахунок інвестування страхових резервів зі страхування життя, називається бонусом (лат. *bonus* — добрий, хороший).

Види страхових бонусів.

Бонуси в зменшенні премії. Якщо страхувальник сплатив всі премії, то страховик здійснює виплати готівкою. Якщо сплачено не всі премії — внески страхувальника скорочуються на величину бонуса.

Стандартний простий бонус — це доповнення до всіх полісів, незалежно від віку страхувальника та строку дії договору. Надбавка за цим бонусом не виплачується готівкою, а надходить на приріст страхової суми. Виплата бонуса здійснюється разом зі страховою сумою.

Стандартний нагромаджувальний бонус передбачає розрахунок додаткової виплати на основі збільшеної страхової суми на величину бонуса. Бонус залежить від ринкової вартості інвестицій страхової компанії зі страхування життя на момент виплат. У зв'язку з цим величина бонуса може змінюватись аж до його відміни (у випадку негативних для страховика обставин).

Остаточний бонус виплачується по закінченні строку дії поліса та в разі смерті застрахованого в період дії договору як доповнення до основних виплат за договором.

Проміжні бонуси передбачають надбавку до страхової суми за умови, що строк дії договору закінчився або смерть застрахованого сталася в період між строками нарахування регулярних бонусів. Ці бонуси не залежать від раніше нарахованих бонусів. Як правило, ці бонуси менші за попередньо нараховані.

7.2. Страхування додаткової пенсії

Загальна характеристика пенсійної системи України. Пенсійне забезпечення громадян у переважній більшості країн світу здійснюється з трьох джерел:

- державної пенсійної системи (в межах загальнообов'язкового державного соціального страхування);
- недержавних пенсійних фондів;
- страхових компаній та інших фінансових організацій.

Державна система пенсійного забезпечення України охоплює всіх непрацездатних громадян похилого віку, інвалідів, осіб, що втратили годувальника, виплати яким здійснюються у формі пенсій, надбавок та підвищень до пенсій, компенсаційних виплат, додаткових пенсій.

Провідним органом у здійсненні централізованої пенсійної політики держави є Міністерство праці та соціальної політики України.

Джерела надходжень до Пенсійного фонду України:

- обов'язкові внески підприємств, установ і організацій;
- обов'язкові внески громадян;
- кошти державного бюджету та фондів соціального страхування;
- інші надходження.

В Україні наразі здійснюється реформування пенсійної системи. В результаті реформи має бути сформована трирівнева пенсійна система.

Перший рівень — *солідарна* система загальнообов'язкового державного пенсійного страхування, яка базується на принципах солідарності та субсидування. Виплати пенсій та надання соціальних послуг на цьому рівні здійснюються за рахунок пенсійного фонду.

Другий рівень — *накопичувальна* система загальнообов'язкового пенсійного страхування, яка ґрунтується на засадах нагромадження коштів на персональних рахунках застрахованих осіб у Накопичувальному фонді.

Третій рівень — система *недержавного пенсійного забезпечення*, яка ґрунтується на засадах добровільної участі гро-

мадян України, роботодавців та їх об'єднань у формуванні пенсійних нагромаджень з метою отримання одноразових, довічних чи розстрочених на визначений договором термін пенсійних виплат, які доповнюватимуть пенсії I та II рівнів.

Оскільки два перших рівні належать до загальнообов'язкового державного пенсійного забезпечення, вони в цьому підручнику не розглядаються. Об'єктом нашого дослідження є третій рівень — недержавне пенсійне страхування або страхування додаткової пенсії.

Недержавне пенсійне страхування.

Пенсійне страхування (англ. *pension insurance*) — це різновид особового страхування, за якого страхувальник одноразово чи в розстрочку сплачує страхові внески, а страховик бере на себе зобов'язання виплачувати застрахованій особі пенсію у вигляді одноразових, розстрочених на певний строк чи довічних періодичних виплат.

Страхування додаткової пенсії здійснюється страховими компаніями, банками та недержавними пенсійними фондами.

Пенсійні недержавні фонди за економічною природою є *ощадними інститутами*. Вони акумулюють грошові засоби у формі пенсійних внесків учасників фонду, інвестують їх, а дохід від інвестування розподіляють на потреби самого фонду (підприємницький дохід) та між його учасниками пропорційно до суми внесків. Вважається, що цих засобів має вистачити до кінця життя застрахованого.

З усього розмаїття страхового забезпечення, що здійснюється пенсійними фондами, виділяють три головних напрями:

- 1) індивідуальне страхування пенсій, коли клієнт страхує (“купує”) пенсію певного розміру;
- 2) індивідуальне страхування пенсії в страховій компанії чи пенсійному фонді, яке ґрунтується на нагромадженні індивідуальних засобів у страховій організації та отриманні пенсії, адекватної нагромадженій сумі;
- 3) групове страхування, коли пенсії учасників адекватні загальній сумі.

З 1 січня 2004 р. в Україні запроваджено добровільну систему недержавного пенсійного забезпечення (НПЗ), яка надає можливість учасникам *недержавних пенсійних фондів* (НПФ)

отримувати з часом додаткову пенсійну виплату з цієї системи. Функціонування цієї системи регламентується Законом України “Про недержавне пенсійне забезпечення”¹.

Суб’єкти недержавного пенсійного забезпечення:

- недержавні пенсійні фонди;
- страхові організації, які уклали договори страхування довічної пенсії, страхування ризику настання інвалідності або смерті;
- банківські установи, які уклали договори про відкриття пенсійних депозитних рахунків;
- вкладники та учасники пенсійних фондів;
- вкладники пенсійних депозитних рахунків;
- фізичні та юридичні особи, які уклали договори страхування довічної пенсії, страхування ризику настання інвалідності або смерті;
- засновники пенсійних фондів;
- роботодавці — платники корпоративних пенсійних фондів;
- саморегульовані організації суб’єктів, які надають послуги у сфері недержавного пенсійного забезпечення;
- органи державного нагляду і контролю у сфері недержавного пенсійного забезпечення;
- адміністратори пенсійних фондів;
- компанії з управління активами;
- зберігачі;
- аудитори;
- особи, які надають консультаційні та агентські послуги відповідно до цього Закону.

Недержавне пенсійне забезпечення здійснюється:

¹ Варто зазначити, що в Україні в перші роки її незалежності вже здійснювалися спроби запровадження страхування додаткової пенсії через систему недержавних пенсійних фондів (НПФ), які дуже швидко дискредитували себе. Причини, які призвели до цього, полягали в тому, що, по-перше, фонди з метою самореклами обіцяли надмірно низькі внески та досить високі пенсійні виплати; по-друге, деякі фонди почали здійснювати страхові виплати дуже рано, через кілька місяців після одержання внесків. Це прирікало їх на банкрутство. По-третє, НПФ формувались за принципом “піраміди”, що забезпечувало їм саморекламу в період їхнього становлення та позбавляло їх перспективи.

- **пенсійними фондами** шляхом укладання пенсійних контрактів між адміністраторами пенсійних фондів та вкладниками таких фондів відповідно до цього Закону;
- **страховими організаціями** шляхом укладання договорів страхування довічної пенсії, страхування ризику настання інвалідності або смерті учасника фонду відповідно до цього Закону та законодавства про страхування;
- **банківськими установами** відповідно до цього Закону та законодавства про банківську діяльність шляхом укладення договорів про відкриття пенсійних депозитних рахунків для накопичення пенсійних заощаджень у межах суми, визначеної для відшкодування вкладів Фондом гарантування вкладів фізичних осіб, що встановлюється згідно із Законом.

Принципи недержавного пенсійного забезпечення:

- законодавче визначення умов НПЗ;
- добровільність участі в НПЗ фізичних осіб, роботодавців, а також юридичних осіб, що створюють недержавні пенсійні фонди;
- економічна заінтересованість всіх учасників НПЗ;
- рівноправність усіх учасників пенсійного фонду, що беруть участь в одній пенсійній схемі;
- розмежування та відокремлення активів пенсійного фонду від активів його засновників і роботодавців — платників пенсійного фонду, адміністратора, компаній з управління активами, страхових організацій з метою унеможливлення банкрутства пенсійного фонду;
- визначення розміру пенсійної виплати залежно від суми пенсійних коштів, обліковуваних на індивідуальному пенсійному рахунку учасника фонду або застрахованої особи;
- гарантування фізичним особам реалізації прав, наданих їм цим Законом;
- цільове та ефективне використання пенсійних коштів пенсійним фондом;
- державне регулювання розміру тарифів на послуги, що надаються у системі НПЗ;
- відповідальність суб’єктів системи НПЗ за порушення норм, передбачених цим Законом та іншими нормативно-правовими актами;
- державне регулювання діяльності з НПЗ та нагляд за його здійсненням.

Недержавні пенсійні фонди не мають на меті отримання прибутку для його подальшого розподілу між засновниками.

Виключним видом діяльності для НПФ є недержавне пенсійне забезпечення. Здійснення НПФ діяльності, не передбаченої цим Законом, забороняється.

Закон України “Про недержавне пенсійне забезпечення” передбачає підписання пенсійного контракту між недержавним пенсійним фондом та його вкладником, який укладається від імені НПФ та згідно з яким здійснюється недержавне пенсійне забезпечення учасника (або декількох учасників) фонду за рахунок пенсійних внесків такого вкладника (ст. 55).

Права вкладника фонду (страхувальника пенсії). Кожний вкладник фонду має право укладати один або більше контрактів з одним або декількома НПФ на користь осіб, визначених Законом України “Про недержавне пенсійне забезпечення”.

Вкладник фонду має право в *одноосібному* порядку розірвати пенсійний контракт, який укладено з ним *особисто*, або вимагати зміни умов контракту. У разі розірвання контракту вкладники повинні укласти новий пенсійний контракт щодо участі в іншому пенсійному фонді, або укласти договір зі страховою організацією, або відкрити в банку пенсійний депозитний рахунок. При цьому пенсійні кошти вкладника фонду передаються за його рахунок до іншої фінансової установи, яка надає послуги з недержавного пенсійного забезпечення, в сумі, що обліковується на його індивідуальному пенсійному рахунку в пенсійному фонді й складається з пенсійних внесків, зроблених цим вкладником, та розподіленого на суму цих внесків інвестиційного прибутку (збитку), зменшених на суму витрат, пов’язаних із перерахуванням таких пенсійних коштів.

Розмір витрат на переведення пенсійних коштів обчислюється адміністратором за методикою, встановленою Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України.

Якщо пенсійний контракт розривається особою, внески на рахунок якої здійснюють на його користь інші вкладники, суми цих внесків та розподіленого на них інвестиційного прибутку (збитку) можуть бути вилучені з пенсійного фонду лише після розірвання пенсійних контрактів з такими вкладниками, за винятком випадків, передбачених ст. 65 цього Закону.

У разі припинення трудових відносин з роботодавцем-засновником або роботодавцем — платником корпоративного пенсійного фонду його учасник зобов’язаний розірвати пенсійний контракт з таким фондом та може укласти новий пенсійний контракт з адміністратором будь-якого іншого фонду, або укласти договір із страховою організацією, або відкрити в банку пенсійний депозитний рахунок. Пенсійні кошти учасника фонду передаються до іншого пенсійного фонду, страхової організації або на пенсійний депозитний рахунок банку за рахунок учасника фонду в сумі пенсійних внесків, розподіленого на суму цих внесків інвестиційного прибутку (збитку), зменшених на суму витрат, пов’язаних з перерахуванням цих коштів, обчислених за методикою, встановленою Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України, крім випадків припинення трудових відносин згідно з п. 1 частини першої ст. 40 Кодексу законів про працю України.

У разі припинення трудових відносин згідно з п. 1 частини першої ст. 40 Кодексу законів про працю України витрати на переведення пенсійних коштів учасника до іншого пенсійного фонду, страхової організації або на пенсійний депозитний рахунок банку здійснюються за рахунок роботодавця.

Укладання пенсійного контракту. Пенсійний контракт укладається у письмовій формі щонайменше в трьох примірниках, якщо контракт укладається з вкладником, який не є учасником відповідного пенсійного фонду, або у двох примірниках, якщо вкладник є учасником фонду.

Разом із примірником пенсійного контракту адміністратор повинен надати вкладнику та учаснику фонду:

- пам’ятку з роз’ясненням основних положень пенсійного контракту;
- копію зазначеної в пенсійному контракті пенсійної схеми;
- витяг з основних положень статуту пенсійного фонду та (або) на вимогу вкладника фонду — копію статуту пенсійного фонду.

У всіх примірниках пенсійного контракту робиться відмітка та фіксується дата надання документів, зазначених у цій частині.

Вимоги до пам'ятки з роз'ясненнями основних положень пенсійного контракту, а також до витягу з основних положень статуту пенсійного фонду встановлюються Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України.

Один примірник пенсійного контракту залишається в адміністратора.

Істотними умовами пенсійного контракту (ст. 56 Закону України "Про недержавне пенсійне забезпечення") є:

- паспортні дані вкладника фонду та його ідентифікаційний номер Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів (якщо вкладником є фізична особа) або повне найменування, місцезнаходження (юридична адреса) постійно діючого органу правління, реєстраційні та банківські реквізити вкладника фонду (якщо вкладником є юридична особа);
- паспортні дані учасника фонду та його ідентифікаційний номер Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів;
- посилання на обрану вкладником фонду пенсійну схему;
- строк дії пенсійного контракту, умови його зміни та розірвання;
- порядок розрахунків між пенсійним фондом та учасником фонду у разі дострокового розірвання пенсійного контракту або ліквідації пенсійного фонду;
- права, обов'язки, відповідальність сторін та порядок розв'язання спорів;
- розмір пенсійних внесків та умови його зміни.

У пенсійному контракті також можуть бути зазначені інші умови за згодою сторін.

Разом з пенсійним контрактом вкладнику (учаснику) фонду надається інформація про адміністратора, осіб, які здійснюють управління активами, та зберігача пенсійного фонду, яка включає їх реєстраційні, банківські реквізити та реквізити відповідних ліцензій.

Пенсійний контракт повинен відповідати положенням статуту пенсійного фонду і обов'язково містити **застереження** про те, що *держава не несе відповідальності за зобов'язаннями пенсійного фонду*.

Строк дії пенсійного контракту регламентується ст. 58 Закону "Про недержавне пенсійне забезпечення":

1. Пенсійний контракт набирає чинності з моменту його підписання вкладником фонду та адміністратором.

2. Дія пенсійного контракту вважається закінченою:

а) після повного виконання вкладником фонду своїх зобов'язань за пенсійним контрактом та укладання учасником (учасниками) фонду договору про виплату пенсії на визначений строк з пенсійним фондом;

б) після передачі пенсійних коштів учасника фонду страховій організації відповідно до укладеного учасником фонду договору страхування довічної пенсії;

в) після передачі пенсійних коштів учасника фонду банківській установі відповідно до укладеного учасником фонду договору про відкриття пенсійного депозитного рахунку;

г) у разі смерті учасника фонду та виконання передбачених у зв'язку з цим умов;

д) у разі ліквідації пенсійного фонду в порядку, передбаченому цим законом;

е) у разі заміни вкладником фонду пенсійного фонду на умовах та у порядку, передбачених цим Законом;

є) у разі ліквідації вкладника фонду — юридичної особи, без визначення його правонаступника;

ж) у разі дострокового розірвання контракту в порядку, передбаченому цим Законом;

з) в інших випадках, передбачених пенсійним контрактом згідно з цим Законом.

3. У разі прийняття рішення про заміну пенсійного фонду вкладник фонду зобов'язаний:

а) укласти пенсійний контракт з іншим пенсійним фондом або договір зі страховою організацією чи банківською установою;

б) надіслати адміністратору пенсійного фонду, участь у якому припиняється, заяву про розірвання пенсійного контракту та копію пенсійного контракту, укладеного з іншим пенсійним фондом, або договір із страховою організацією чи банківською установою.

Передача пенсійних коштів, належних учаснику фонду, здійснюється адміністратором у порядку, встановленому ст. 18 цього Закону.

4. У разі несвоєчасного перерахування пенсійних коштів учасника фонду адміністратор за власний рахунок сплачує учаснику фонду пеню в розмірі подвійної облікової ставки Національного банку України в розрахунок на один день від суми, що підлягає перерахуванню, за кожен день прострочення платежу, у порядку, визначеному Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України.

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України має право прийняти рішення щодо зменшення суми пені, нарахованої адміністратору, якщо затримка у перерахуванні пенсійних коштів учасника фонду сталася з поважних причин.

Зобов'язання сторін за пенсійним контрактом (ст. 57).

Зобов'язання адміністратора пенсійного фонду:

- здійснення недержавного пенсійного забезпечення учасника (учасників) фонду на умовах, визначених законодавством, пенсійною схемою та пенсійним контрактом;

- забезпечення ведення персоніфікованого обліку учасників фонду;

- надання учаснику фонду інформації про стан його індивідуального пенсійного рахунку;

- забезпечення відшкодування в установленому законом порядку учасникам фонду збитків, завданих унаслідок порушення законодавства та умов пенсійного контракту;

- дотримання і забезпечення дотримання законних інтересів вкладників та учасників пенсійного фонду, нерозголошення інформації про умови пенсійного контракту та розмір пенсійних коштів, які належать учаснику фонду, крім випадків, передбачених законом;

- виконання і забезпечення виконання інших обов'язків, визначених пенсійним контрактом, цим Законом та іншими нормативно-правовими актами з питань недержавного пенсійного забезпечення.

Зобов'язання вкладника фонду за пенсійним контрактом:

- сплата на користь учасника (учасників) фонду пенсійних внесків у порядку, встановленому законодавством, пенсійною схемою та пенсійним контрактом;

- відшкодування пенсійному фонду збитків, завданих унаслідок порушення вкладником фонду умов законодавства, пенсійної схеми та пенсійного контракту;

- виконання інших умов, визначених пенсійним контрактом.

Умови та порядок недержавного пенсійного забезпечення, що здійснюється пенсійними фондами, визначаються пенсійними схемами.

Пенсійні схеми розробляються з дотриманням вимог цього Закону та інших нормативно-правових актів з питань недержавного пенсійного забезпечення. Пенсійні схеми та зміни до них підлягають реєстрації в Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг України.

Пенсійний фонд може використовувати кілька пенсійних схем.

Пенсійна схема відображає:

- опис усіх видів та умов здійснення пенсійних виплат;
- порядок визначення розміру пенсійних виплат;
- строк, протягом якого здійснюються пенсійні виплати, та порядок їх здійснення;

- порядок та строки сплати пенсійних внесків, у тому числі можливість їх зміни за умовами пенсійного контракту;

- умови та порядок участі у пенсійній схемі;

- права та обов'язки вкладника, учасника фонду за цією пенсійною схемою;

- інші умови, що не суперечать законодавству.

Вкладники фонду мають право вільного вибору пенсійної схеми, якщо інше не передбачено законодавством, а також право на зміну пенсійної схеми, але не частіше одного разу на шість місяців.

Внесення змін до умов пенсійних схем дозволяється лише за умови їх реєстрації в Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг України. Пенсійний фонд має право запроваджувати нові пенсійні схеми, а також вносити зміни чи анулювати пенсійні схеми у разі:

- відсутності пенсійних контрактів, укладених за пенсійними схемами, що змінюються або анулюються;

- отримання письмової згоди всіх власників фонду, з якими укладені пенсійні контракти за пенсійною схемою, яка змінюється.

Порядок сплати та розміри пенсійних внесків до НПФ.

Пенсійні внески до пенсійного фонду сплачуються у розмірах та у порядку, встановлених пенсійним контрактом, відповідно до умов обраних пенсійних схем. Розміри сплачуваних до пенсійного фонду пенсійних внесків можуть змінюватися відповідно до умов обраних пенсійних схем.

Внески за страхуванням ризику настання інвалідності або смерті учасника фонду сплачуються у порядку, визначеному пенсійним контрактом. Рада пенсійного фонду має право встановити *мінімальний розмір пенсійних внесків — 10 % мінімальної заробітної плати у розрахунку на один місяць.*

Розмір пенсійних внесків до *корпоративного* або *професійного пенсійного фонду*, що сплачуються за кошти засновників цих фондів і роботодавців-платників, може визначатися у колективному договорі з урахуванням вимог цього Закону.

Засновники корпоративних та професійних пенсійних фондів і роботодавці-платники можуть пропонувати укладення обов'язкового для всіх учасників фонду договору страхування ризику настання інвалідності або смерті учасника фонду, відповідно до визначеного порядку укладання такого договору та розміру внесків на такий вид страхування. *Загальний розмір страхових внесків, які сплачуються за таким видом страхування, не може перевищувати 1 % розміру пенсійного внеску, сплаченого засновником або роботодавцем-платником за кожного учасника фонду.* Внески за цим видом страхування сплачуються у порядку, визначеному пенсійним контрактом.

Роботодавець, який здійснює перерахування внесків до відкритого пенсійного фонду від імені своїх працівників — учасників цього пенсійного фонду, може здійснювати внески з добровільного страхування ризику настання інвалідності або смерті учасника фонду. Розмір таких внесків не може перевищувати 1 % внесків, сплачуваних відкритому пенсійному фонду за кожного учасника фонду, за умови, що пенсійний фонд надає можливість придбати цей вид страхування як складову пенсійного контракту.

У разі прийняття фізичною особою внесків у пенсійному фонді на умовах, визначених законодавством, розмір таких

пенсійних внесків встановлюється згідно із законодавством про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування.

Максимальний розмір пенсійних внесків за пенсійними схемами недержавного пенсійного забезпечення *не обмежується.*

Пенсійні внески сплачуються лише у національній валюті України, а у випадках, передбачених законодавством України, в іноземній валюті за офіційним обмінним курсом Національного банку України, що діяв на момент сплати, шляхом готівкових та (або) безготівкових розрахунків. Юридичні особи сплачують пенсійні внески лише у безготівковій формі.

Пенсійні внески сплачуються шляхом зарахування відповідних грошових сум на поточні рахунки пенсійного фонду у зберігача.

Види договорів страхування додаткової пенсії. З НПФ може бути укладено договір страхування довічної пенсії або пенсії на визначений строк.

Пенсія *на визначений строк* розраховується зі строку не менше десяти років від початку здійснення першої виплати.

Довічні пенсії (довічні анuitети) виплачуються учасникам фондів страховими організаціями, з якими ці учасники уклали договір страхування довічної пенсії, за рахунок грошових коштів, перерахованих страховій організації. Договір страхування довічної пенсії укладається між учасником фонду та страховою організацією згідно із законодавством про страхування з урахуванням вимог, передбачених цим законодавством та пенсійним контрактом, після настання пенсійного віку, визначеного учасником фонду відповідно до цього Закону. Розмір довічної пенсії розраховує страхова організація, якій учасник фонду подає заяву та довідку адміністратора НПФ про обсяг належних йому (учаснику фонду) пенсійних коштів. Ці кошти можуть бути перераховані страховій організації повністю або частково. З урахуванням пенсійних коштів на основі актуарних розрахунків визначається розмір довічної пенсії.

На рис. 7.1 зображено види пенсійних виплат з НПЗ.

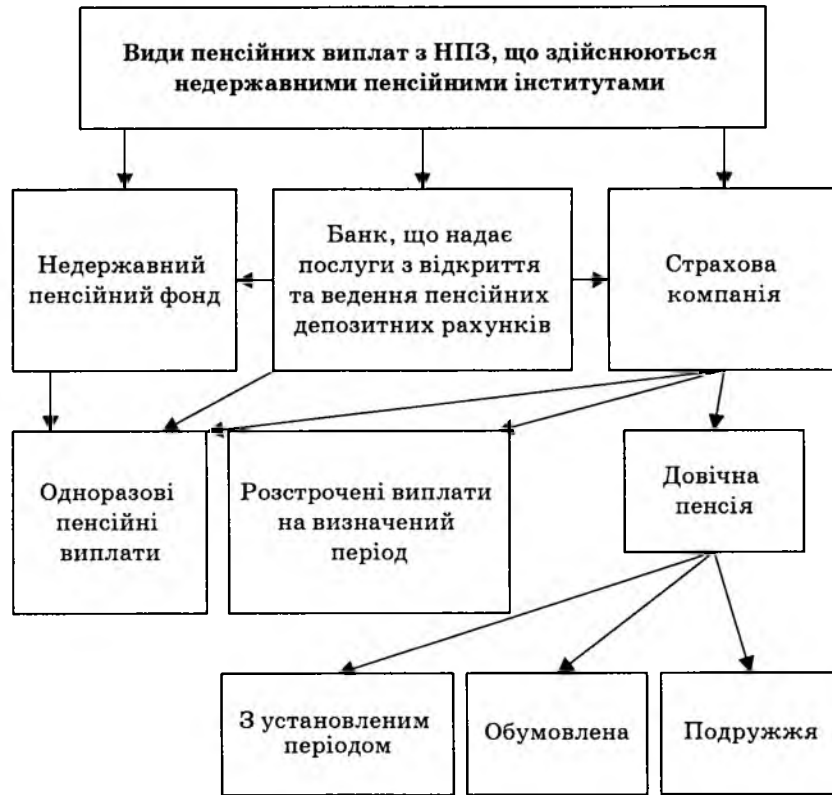


Рис. 7.1. Види пенсійних виплат з недержавного пенсійного забезпечення

Розміри пенсійних виплат визначаються на основі сум пенсійних коштів, що обліковуються на індивідуальному пенсійному рахунку учасника фонду, тривалості виплати та формули розрахунку величини пенсії на визначений строк згідно з методикою, затвердженою Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України.

Пенсійні виплати здійснюються у грошовій формі в національній валюті України.

Умови та строки здійснення пенсійних виплат пенсійними фондами (ст. 61). Підставами для здійснення пенсійних виплат пенсійними фондами є:

- досягнення учасником фонду пенсійного віку, визначеного відповідно до цього Закону;
- визнання учасника фонду інвалідом;
- медично підтверджений критичний стан здоров'я (онкозахворювання, інсульт тощо) учасника фонду;
- виїзд учасника фонду на постійне проживання за межі України;
- смерть учасника фонду.

Пенсійний вік, після досягнення якого учасник фонду має право на отримання пенсійної виплати, визначається за заявою учасника фонду, форма якої встановлюється Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України, крім випадків, коли пенсійний вік визначається пенсійним контрактом відповідно до закону, що встановлює обов'язковість відрахувань на недержавне пенсійне забезпечення для окремих категорій громадян.

Пенсійний вік, що визначається учасником фонду, може бути меншим або більшим від пенсійного віку, який надає право на пенсію за загальнообов'язковим державним пенсійним страхуванням, але не більше ніж на 10 років, якщо інше не визначено законами.

У заяві учасника фонду, в якій визначається дата настання його пенсійного віку з дотриманням обмежень, встановлених цією частиною, учасник фонду зобов'язаний вказати вид обраної ним пенсійної виплати. Заява подається адміністратору пенсійного фонду не пізніше ніж за два місяці до настання пенсійного віку, визначеного учасником фонду.

Учасник фонду має право змінити визначений ним пенсійний вік шляхом подання про це заяви адміністратору не пізніше ніж за 15 робочих днів до настання визначеного ним пенсійного віку.

Якщо учасник фонду має право на отримання пенсії по інвалідності за загальнообов'язковим державним пенсійним страхуванням, то він має право визначити свій пенсійний вік після настання інвалідності без урахування обмежень, встановлених частиною другою цієї статті, та подати заяву адміністратору.

Виплата пенсії на визначений строк, що здійснюється за рахунок коштів пенсійного фонду, розпочинається з дня досяг-

нення учасником фонду віку, визначеного в його заяві, зі здійсненням першої виплати протягом 45 робочих днів.

Відмова або затримка в здійсненні пенсійних виплат забороняється, крім випадків, передбачених законом. У разі відмови або затримки пенсійних виплат учасник фонду має право оскаржити дії осіб, які здійснюють пенсійні виплати, до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України або до суду. Порушення строків здійснення пенсійних виплат є підставою для застосування санкцій, встановлених законом.

Пенсійні виплати з пенсійного фонду здійснюються незалежно від отримання виплати за загальнообов'язковим державним пенсійним страхуванням або з інших джерел.

Одноразова пенсійна виплата (ст. 65) може здійснюватись на вимогу учасника фонду в разі:

- медично підтвердженого критичного стану здоров'я (онкозахворювання, інсульт тощо) або настання інвалідності учасника фонду;
- коли сума належних учаснику фонду пенсійних коштів на дату настання пенсійного віку учасника фонду не досягає мінімального розміру суми пенсійних накопичень, встановленого Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України;
- виїзду учасника фонду на постійне проживання за межі України.

Пенсійна виплата здійснюється одноразово також спадкоємцями учасника фонду адміністратором у випадках, передбачених цим Законом.

У разі смерті учасника його спадкоємці для отримання одноразової виплати подають адміністратору заяву та документи, які підтверджують їхнє право на отримання цієї виплати.

Одноразова пенсійна виплата визначається, виходячи із суми пенсійних коштів, які обліковуються на індивідуальному пенсійному рахунку учасника фонду на день подання заяви на отримання такої виплати, і має бути здійснена протягом п'яти робочих днів після отримання відповідної заяви та необхідних документів.

У разі порушення строку виплати, адміністратор за власний рахунок сплачує отримувачу пенсійної виплати, що здійс-

нюється одноразово, пеню в розмірі подвійної облікової ставки Національного банку України в розрахунок на один день від суми, що підлягала виплаті, за кожний день прострочення платежу, у порядку, визначеному Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України.

Оскільки НПФ використовує не тільки власні капітали у своїй економічній діяльності, а переважно залучені грошові засоби у формі пенсійних внесків учасників фонду, держава регламентує структуру та можливі способи розміщення активів НПФ (ст. 47—48).

Структура активів пенсійного фонду:

- активи в грошових коштах;
- активи в цінних паперах;
- інші активи згідно із законодавством.

Стаття 47 Закону визначає, у формі яких цінних паперів НПФ може зберігати свої активи:

1) цінні папери, погашення та отримання доходу за якими гарантовано Кабінетом Міністрів України, Радою міністрів Автономної Республіки Крим, місцевими радами відповідно до законодавства;

2) акції та облігації українських емітентів, що відповідно до норм законодавства пройшли лістинг та перебувають в обігу на фондовій біржі або в торговельно-інформаційній системі, зареєстровані у встановленому законодавством порядку, обсяги торгів за якими становлять не менше 25 % загальних обсягів торгів на організаційно оформлених ринках цінних паперів України (крім цінних паперів, на які здійснюється підписка згідно із законодавством);

3) цінні папери, погашення та отримання доходу за якими гарантовано урядами іноземних держав, при цьому встановлення вимог до рейтингу зовнішнього боргу та визначення рейтингових компаній здійснюються Державною комісією з цінних паперів та фондового ринку;

4) облігації іноземних емітентів з інвестиційним рейтингом, визначеним відповідно до пункту 3 цієї частини;

5) акції іноземних емітентів, що перебувають в обігу на організованих фондових ринках та пройшли лістинг на одній з таких фондових бірж, як Нью-Йоркська, Лондонська, Токійська, Франкфуртська, або у торговельно-інформаційній сис-

темі НАСДАК (NASDAQ). Емітент цих акцій повинен проводити свою діяльність не менше ніж протягом 10 років і бути резидентом країни, рейтинг зовнішнього боргу якої визначається відповідно до пункту 3 цієї частини.

Закон визначає цінні папери, в яких НПФ не може зберігати пенсійні активи пенсійного фонду:

1) цінні папери, емітентами яких є зберігач, особи, що здійснюють управління пенсійними активами, адміністратор (крім випадків, передбачених частиною другою статті 49 цього Закону), аудитор (аудиторська фірма) та особи, що надають консультаційні, агентські або рекламні послуги, з якими пенсійним фондом укладено відповідні договори, та їх пов'язані особи, засновники пенсійного фонду (крім випадків, передбачених частиною другою ст. 49 цього Закону);

2) цінні папери, які не пройшли лістинг фондової біржі або торговельно-інформаційної системи, які зареєстровані у встановленому порядку (крім цінних паперів, погашення та отримання доходу за якими гарантовано відповідно до законодавства державою, органами місцевого самоврядування або третіми особами);

3) цінні папери, емітентами яких є інститути спільного інвестування, якщо інше не встановлено нормативно-правовими актами Державної комісії з цінних паперів та фондового ринку;

4) векселі;

5) похідні цінні папери.

Пенсійні активи не можуть формуватися за рахунок коштів, отриманих на підставах, що суперечать законодавству. Пенсійні активи не можуть бути предметом застави і повинні використовуватись на цілі, передбачені ст. 48 цього Закону. На пенсійні активи не може бути звернене стягнення за зобов'язаннями засновників пенсійного фонду, роботодавців-платників, осіб, що здійснюють управління активами пенсійного фонду, адміністратора, зберігача такого фонду та страхової організації, з якою укладено договір страхування довічної пенсії учасником відповідного пенсійного фонду або договір страхування ризику настання інвалідності чи смерті учасника фонду. Обчислення та визначення чистої вартості активів пенсійного фонду, їх облік, зарахування здійснюються

адміністратором та особою, що здійснює управління активами такого пенсійного фонду, за методикою та у порядку, визначеними Державною комісією з цінних паперів та фондового ринку за погодженням із Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України.

У разі купівлі-продажу цінних паперів такі операції відображаються в обліку пенсійного фонду на кінець робочого дня, протягом якого здійснювалися ці операції.

На пенсійні активи не можуть бути звернені будь-які стягнення або застосована їх конфіскація, якщо вони сформовані за рахунок коштів, отриманих на підставах, що не суперечать законодавству.

Стаття 48 Закону регламентує використання пенсійних активів.

1. *Пенсійні активи, що накопичуються у пенсійному фонді, можуть бути використані виключно для цілей інвестиційної діяльності фонду, виконання зобов'язань фонду перед його учасниками та оплати витрат, пов'язаних зі здійсненням недержавного пенсійного забезпечення, а саме:*

1) інвестування відповідно до вимог цього Закону з метою отримання доходу на користь учасників фонду;

2) виконання договорів виплати пенсії на визначений строк, укладених з учасниками фонду, та для здійснення одноразових пенсійних виплат, передбачених цим законом;

3) оплати договорів страхування довічної пенсії та договорів страхування ризику настання інвалідності або смерті учасника фонду, укладених зі страховою організацією;

4) оплати послуг професійного адміністратора, включаючи оплату рекламних та агентських послуг, пов'язаних із функціонуванням пенсійного фонду, та витрат на оприлюднення інформації про його діяльність, передбаченої цим Законом;

5) сплати винагороди за надання послуг з управління активами пенсійного фонду;

6) оплати послуг зберігача;

7) оплати послуг з проведення планових аудиторських перевірок пенсійного фонду;

8) оплати послуг торговців цінними паперами (посередниками), витрат на ведення обліку та перереєстрацію прав власності на активи пенсійного фонду;

9) оплати інших послуг, здійснення яких передбачено цим Законом або нормативно-правовими актами з питань недержавного пенсійного забезпечення та на оплату яких можуть бути використані пенсійні активи.

Використання пенсійних активів для інших цілей забороняється.

2. Пенсійні активи не можуть включатися до ліквідаційної маси зберігача пенсійного фонду в разі визнання його банкрутом.

3. Корпоративний та професійний пенсійні фонди можуть укласти договір страхування ризику настання інвалідності або смерті учасника фонду для всіх учасників фонду за рахунок частини їхніх пенсійних внесків. Порядок укладення такого договору та розмір страхового внеску за таким видом страхування визначаються у колективному договорі.

Відкритий пенсійний фонд за бажанням учасників фонду може укладати договори страхування ризику настання інвалідності або смерті учасника фонду за рахунок частини їхніх пенсійних внесків. Розмір страхового внеску за таким видом страхування відповідно до цієї частини не може перевищувати 1 % розміру пенсійного внеску, сплачуваного учасником фонду або за учасника фонду, який виявив бажання брати участь у такому виді страхування.

Страхування ризику настання інвалідності або смерті учасника фонду відповідно до цієї частини здійснюється згідно з цим Законом та іншими нормативно-правовими актами з питань страхування.

Значення запровадження НПЗ. Впровадження недержавного пенсійного забезпечення дасть змогу перенести частину соціальної відповідальності держави на страхові компанії.

Підприємства виділятимуть кошти на створення соціальних гарантій для своїх працівників та додаткового пенсійного забезпечення через недержавну соціальну інфраструктуру на базі страхових компаній. Це сприятиме зростанню добробуту населення.

Розвиток *корпоративного страхування* повинен сприяти:

- відновленню довіри населення до національної грошової одиниці;

- відновленню довіри до довгострокових накопичувальних інструментів ринку;
- зростанню фінансової грамотності та культури населення.

Окрім того, запровадження НПЗ є важливим інструментом створення “довгих грошей”, що має значний позитивний вплив на економічне зростання та поліпшення добробуту населення країни.

Стан та перспективи розвитку НПЗ в Україні. Ринок послуг з НПЗ в Україні почав швидко розвиватись у зв'язку з завершенням розроблення в 2004 р. нормативно-правової бази функціонування суб'єктів НПЗ, яка відповідає міжнародним стандартам. Наразі в Україні діє близько 40 НПФ, більшість із яких є відкритими. Незважаючи на те, що частка корпоративних та професійних НПФ незначна, збереження податкових пільг для цих суб'єктів формує оптимістичні очікування щодо подальшого розвитку в Україні саме корпоративних НПФ.

Найбільшими НПФ в Україні є “ВСП”, “ІФД Капіталъ”, “Перший національний”, “Фармацевтичний”, “Укрсоцфонд” та ін. Як зазначалося вище, страхові компанії, що займаються пенсійним страхуванням, та банки, що акумулюють на пенсійних рахунках кошти страхувальників разом з недержавними пенсійними фондами, є основними суб'єктами НПЗ. Однак у Законі “Про недержавне пенсійне забезпечення” роль банків і страхових компаній з цього підвиду страхування не прописані. Зрозуміло, що ці три суб'єкти ринку, які надають послуги з пенсійного страхування, повинні конкурувати між собою.

Кожен суб'єкт, що бере участь у наданні послуг з пенсійного страхування, має свої переваги та недоліки. Споживач повинен обрати прийнятний для себе варіант, з урахуванням того, чим йому легше пожертвувати заради очікуваної вигоди.

Так, банківська система України забезпечує вищі відсотки за депозитами, ніж може забезпечити дохід від інвестування НПФ чи страхові компанії. Зате страхові компанії, крім пенсійного страхування, надають додаткові послуги зі страхування життя, які не надаються при розміщенні коштів на пенсійному рахунку в банках. Також система недержавного пенсійного забезпечення в НПФ ґрунтується на фіксації страхових внесків

(платежів), а майбутній дохід (розмір пенсійних виплат) залежить від вартості пенсійних активів і тому невизначений, тоді як страхування пенсії в страхових компаніях ґрунтується на гарантуванні визначеної договором пенсійної виплати. Пенсійні активи в НПФ слабкіше диверсифіковані, ніж у страховика. Тому друге місце щодо обсягу попиту на послуги з недержавно-пенсійного забезпечення займають страхові компанії.

Однак викладене вище не означає, що НПФ неефективні. Просто ті НПФ, які були створені на початку 90-х років, наразі перебувають у процесі реформування, а новостворені ще не набрали сили. Яка зі структур виявиться привабливішою, надійнішою та ефективнішою, покаже час.

Висновки

1. Страхування ренти (ануїтетів) є різновидом договорів зі страхування життя, за яким страховик зобов'язується сплачувати застрахованій особі виплати при дожитті її до визначеного договором терміну розстрочено, із зазначеною за угодою сторін періодичністю в обсязі нагромадженого індивідуального резерву страхових внесків. Страхові внески можуть сплачуватись одноразово або ж розстроченим платежем.

2. Об'єктом страхування ренти (ануїтетів) є майнові інтереси застрахованих осіб, пов'язані з життям; працездатністю та пенсійним забезпеченням.

3. Ануїтет може бути: негайним; гарантованим; строковим; відстроченим; зі зростаючою сумою; із захистом капіталу; для того, хто пережив смерть одного із членів подружжя, та ін.

4. З метою поєднання страхової та інвестиційної складових страховики, що здійснюють страхування ренти, використовують трастові угоди, згідно з якими активи страхувальника чи групи страхувальників передаються під опіку довірених осіб, які здійснюють управління цими активами на користь їх власників, що дає можливість збільшувати обсяг страхових виплат залежно від дохідності розміщення активів.

5. Грошова сума, що виплачується страховиком власникам дохідних страхових полісів за рахунок інвестування страхових

резервів із довгострокового страхування життя, називається бонусом. Бонуси бувають: прості, стандартні нагромаджувальні, остаточні та проміжні.

6. Різновид особового страхування, за якого страхувальник одноразово чи в розстрочку сплачує страхові (пенсійні) внески, а страховик бере на себе зобов'язання виплати застрахованій особі пенсії (одноразової, розстроченої чи довічної з певною періодичністю) називають пенсійним страхуванням. Недержавне пенсійне забезпечення здійснюється страховими компаніями, банками та недержавними пенсійними фондами.

7. НПЗ через НПФ здійснюється укладанням контракту між адміністратором пенсійного фонду та вкладниками цього фонду, який (контракт) ґрунтується на визначених обсягах внесків (платежів) страхувальника та на обсягах пенсійних виплат, що залежать від вартості пенсійних активів фонду.

8. НПЗ, що здійснюється через страхові компанії, передбачає підписання договорів страхування довічної пенсії, страхування ризику настання інвалідності або смерті, що ґрунтується на визначених обсягах пенсійних виплат застрахованому.

9. Банківські установи здійснюють НПЗ шляхом укладення договорів про відкриття пенсійних депозитних рахунків для нагромадження пенсійних заощаджень у межах суми, визначеної для відшкодування вкладів Фондом гарантування вкладів фізичних осіб.

10. Система НПЗ ґрунтується на принципах: законодавчого визначення умов НПЗ; добровільності; заінтересованості; рівноправності всіх учасників фонду, що беруть участь в одній пенсійній схемі; розмежуванні активів пенсійного фонду від активів його засновників і роботодавців; визначенні суми пенсійних виплат від суми пенсійних внесків; цільового використання коштів НПФ; державного регулювання розміру тарифів; відповідальності за порушення норм, передбачених законодавством; державного регулювання та нагляду за діяльністю за суб'єктами, що його здійснюють.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Ануїтет: негайний, гарантований, строковий, відстрочений, зі зростаючою сумою, із захистом капіталом, для того, хто пережив смерть одного з членів подружжя; бонус: простий, стандартний нагромаджувальний, проміжний, остаточний; недержавне пенсійне забезпечення (НПЗ); недержавні пенсійні фонди; пенсійне страхування; пенсійні виплати НПФ; пенсійні схеми; пенсійні фонди; період очікування; страхування капіталу; страхування ренти; суб'єкти НПЗ; траст.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Розкрийте поняття “рента” та “ануїтет” у страхуванні.
2. Що є предметом страхування ренти (ануїтетів)?
3. Назвіть основних суб'єктів страхування ренти (ануїтетів) та розкрийте їх функції.
4. Страхова сума в договорі страхування ренти (ануїтетів) визначається:
 - а) законодавством країни;
 - б) міжнародними нормами права;
 - в) страхувальником;
 - г) згодою страхувальника і страховика;
 - д) застрахованим;
 - е) страховиком.
5. Період очікування (відстрочений період) при страхуванні ренти (ануїтетів) це час між:
 - а) початком і закінченням дії пенсійного договору;
 - б) закінченням строку дії договору та початком здійснення страхових виплат;
 - в) закінченням сплати страхових внесків та часом, що надає право страхувальнику отримувати страхові виплати;
 - г) початком і кінцем здійснення страхових виплат страховиком.

6. До чинників, що не впливають на величину внесків при страхуванні ануїтетів, відносять:
 - а) стать страхувальника;
 - б) вік страхувальника;
 - в) строк та періодичність сплати внесків страхувальником;
 - г) громадянство страхувальника;
 - д) наявність (чи відсутність) відстроченого періоду.
7. За договором страхування ануїтетів страхувальник має право:
 - а) змінити обсяг внесків та ануїтетів;
 - б) розраховуватись нагромадженими страховими внесками за борги;
 - в) змінити довільно періодичність сплати внесків;
 - г) достроково припинити дію договору та отримати нагромаджені страхові резерви в повному обсязі.
8. До принципів НПЗ не належать:
 - а) всезагальність охоплення населення НПЗ;
 - б) законодавче визначення умови НПЗ;
 - в) рівноправність усіх учасників ПФ, що беруть участь в одній пенсійній схемі;
 - г) добровільність участі в НПЗ громадян, роботодавців та юридичних осіб, що створюють НПФ.
9. Вкладник НПФ має право:
 - а) укласти контракт тільки з одним фондом;
 - б) розірвати в одноосібному порядку пенсійний контракт і вимагати негайного повернення своїх нагромаджених грошових засобів;
 - в) розірвати в одноосібному порядку договір з ПФ та укласти новий договір з іншим ПФ, страховою компанією чи відкрити пенсійний рахунок у банку;
 - г) всі відповіді правильні.
10. Пенсійні внески до НПФ сплачуються у розмірах та порядку:
 - а) встановлених законодавством;
 - б) встановлених пенсійним контрактом, незалежно від обраної пенсійної схеми;
 - в) встановлених пенсійним контрактом відповідно до обраної пенсійної схеми;
 - г) всі відповіді неправильні.

11. Назвіть види договорів страхування додаткової пенсії та розкрийте їх зміст.

12. Яким чином держава регламентує структуру та можливі способи розміщення активів НПФ?

13. Розкрийте значення НПЗ для економічної системи.

Література

1. *Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін.* Страхова справа. Інтегрований навч. комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: У 2 кн. — Кн. 2: Страхування. Страхові послуги. — К.: НВП “АВТ”; Х.: Вид. центр НТУ “ХПІ”, 2003. — С. 365—367.

2. *Александрова М.М.* Страхування: Навч.-метод. посіб. — К.: ЦУЛ, 2002. — С. 149—150.

3. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. — 5-те вид., стер. — К.: Знання, 2006. — С. 116—139.

4. *Гвозденко А.А.* Основы страхования: Учебник. — М.: Финансы и статистика, 1999. — С. 83—84.

5. *Горбач Л.М.* Страхова справа: Навч. посіб. — 2-ге вид., випр. — К.: Кондор, 2000. — С. 73—76.

6. Загальнообов’язкове державне соціальне страхування та пенсійне забезпечення у цифрах і фактах / М-во праці та соц. політики України. Пенсійний фонд України, — К., 2003.

7. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7.

8. Закон України “Про недержавне пенсійне забезпечення” від 9 липня 2003 р. № 1057-IV // Відомості Верховної Ради України. — 2003. — № 47-48.

9. Страхование: принципы и практика: Учеб. пособие / Сост. Д. Бланд. — М.: Финансы и статистика, 2000. — С. 110—119.

10. Страхування: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 210—214.

11. *Шумелда Я.* Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006. — С. 189—190, 212—230.

Частина III

МАЙНОВЕ СТРАХУВАННЯ

Розділ 8. Страхування майнових інтересів фізичних та юридичних осіб.

Розділ 9. Транспортне страхування.

Розділ 10. Страхування підприємницьких ризиків.

Розділ 11. Страхування фінансово-кредитних ризиків.

Розділ 8

СТРАХУВАННЯ МАЙНОВИХ ІНТЕРЕСІВ
ФІЗИЧНИХ ТА ЮРИДИЧНИХ ОСІБ

- 8.1. *Зміст, структура та принципи майнового страхування.*
- 8.2. *Страхування майнових інтересів фізичних та юридичних осіб.*
- 8.3. *Вартісна оцінка майна, що підлягає страхуванню. Врегулювання вимог страхувальника щодо відшкодування збитків.*

8.1. Зміст, структура та принципи
майнового страхування

Галузева структура страхування, як свідчать попередні розділи підручника, пов'язана з об'єктами страхування. Стаття 4 Закону України “Про внесення змін до закону України “Про страхування” дає визначення майнового страхування саме через його об'єкти.

Майнове страхування (страхування майна) — це галузь страхування, предметом якого є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з володінням, користуванням і розпорядженням майном.

До майна відносять: 1) *матеріальні цінності*, речі, що перебувають у володінні, користуванні чи розпорядженні юридичних та фізичних осіб. Речове майно поділяють на дві групи: *нерухоме* (земля та прикріплені до неї об'єкти) і *рухоме* (транспортні засоби та інші речі, що можуть переміщуватись у просторі); 2) *майнові права і зобов'язання* фізичних і юридичних осіб щодо користування землею, водою, корисними копалина-

ми, іншими природними ресурсами, а також будівлями, спорудами, обладнанням і т. ін., товарними знаками, правами, торговельними марками тощо¹. До майна відносять гроші, цінні папери і т. ін.

Майнові інтереси (Owner of Interes) в юридичному плані — це відносини між особою (юридичною та фізичною) та різними видами майна, що ґрунтуються на законі, договорі чи інших правових засадах².

Законодавство України чітко визначає об'єктом майнового страхування саме майнові інтереси, а не майно, хоча в ст. 6 Закону “Про внесення змін до Закону України” “Про страхування” серед видів добровільного страхування називають страхування транспорту, вантажів, багажу, тобто майна.

У зв'язку з певною непослідовністю термінології в страховому законодавстві України вважаємо за необхідне ретельніше розглянути цю проблему. В словнику-довіднику “Страховий бізнес” Р.Т. Юлдашева зазначається, що саме *майно є об'єктом страхування*³. На цій самій позиції стоїть український автор навчального посібника “Страхування” Ярослав Шумелда⁴. На думку В.В. Мачуського, в страховому законодавстві України поняття об'єкта страхування ототожнюється з поняттям майнового інтересу⁵.

Отже, розглянемо співвідношення понять “майновий інтерес” і “майно”. Звісно, ці поняття не тотожні. Чи існує майно, з приводу якого не існує майнових інтересів? Чи будь-який майновий інтерес може бути застрахованим? І що врешті-решт є об'єктом страхування: майно чи майновий інтерес? Насамперед зазначимо, що майнове страхування здійснюється саме з приводу майна. Але страхування здійснюють люди, усвідом-

¹ Див. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Ринкова економіка: основні поняття і категорії: Навч. посіб. — К.: Знання, 2006. — С. 136—137.

² *Юлдашев Р.Т.* Страховий бізнес: Слов.-справ. — М.: АНКІЛ, 2005. — С. 192.

³ Там же. — С. 193.

⁴ *Шумелда Я.* Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006. — С. 101.

⁵ *Мачуський В.В.* Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 163.

люючи свою потребу в страховому захисті, тобто люди, що мають страховий інтерес. У Великій Британії діє закон (*The Marine Insurance (Gambling Policy) Act. 1909*), згідно з яким укладання страхової угоди без наявності страхового інтересу прирівнюється до азартних ігор, пов'язаних із шахрайством¹.

Чому так важливо, щоб страхувальник мав страховий інтерес щодо майна, яке підлягає страхуванню та в чому полягає зміст цього інтересу?

З одного боку, якби не було ризику зазнати певних втрат або завдати певної шкоди майну, що перебуває у власності чи користуванні, то не виникало б економічного інтересу в страховому захисті, а отже, не виникли б передумови для укладання страхових правовідносин. Для того щоб правовідносини стали реальними, необхідно, щоб ризик втрати, пошкодження чи загибелі майна був страховим.

Страховим ризиком визнається певна подія, з приводу настання якої відбувається страхування. Вона має ознаки ймовірності та випадковості настання. Це означає, що *страховим є тільки той ризик, за яким можна оцінити ймовірність настання страхового випадку, визначити розмір спричинених ним збитків, обчислити ціну страхової послуги та можливу частку страхового відшкодування*. Таким чином, страхувальник страхує свій майновий інтерес від вірогідного ризику, який може бути реалізованим, а може і не реалізуватись.

Економічний інтерес страхувальника якраз і полягає в тому, що йому вигідніше сплачувати страхові платежі в обмін на право отримувати відшкодування всього обсягу страхової суми (чи частки її) у разі настання страхового випадку, оскільки його страхові платежі страховику значно менші, ніж компенсація збитків з боку страховика.

Якщо особа не має страхового майнового інтересу, вона не буде звертатись до страховика. Але подекуди страхування здійснюють не заради задоволення майнових страхових інтересів, а заради наживи завдяки шахрайству в страхуванні. Наприклад, особа страхує об'єкт, у знищенні якого вона зацікавлена. Щоб запобігти поширенню таких випадків, у страхуван-

ні використовують розподіл відповідальності за спричинені страховою подією збитки між страховиком і страхувальником; звільняють страховика від відповідальності з відшкодування збитків, якщо буде доведено навмисність дій страхувальника, що спричинили страхову подію, та ін.

Пояснюється це тим, що інтерес у майновому страхуванні не може полягати в отриманні зиску, вигоди, приросту від володіння, розпорядження чи користування майном. **Страховий майновий інтерес** пов'язується в цьому виді страхування виключно зі збереженням майна та мінімізацією збитків від його пошкодження чи втрати.

Необхідно також зазначити, що не будь-який майновий інтерес може підлягати страхуванню.

Майнові інтереси, пов'язані з майном, вартість якого не можна визначити або втрату якого не можна ні довести, ні спростувати, не підлягають страхуванню. Крім того, слід зауважити, що суперечливість майнових інтересів страхувальника і страховика зумовлює віднесення до страхових тільки тих майнових інтересів, які страховик погоджується взяти на страхування за прийнятну для страхувальника плату (добровільне страхування майна), та ті, які закон зобов'язує страховика взяти, а страхувальника сплачувати визначену законодавством плату (обов'язкове страхування).

Нарешті, варто зрозуміти, що ж є об'єктом страхування: майно чи майновий інтерес? Зауважимо, по-перше, що страхуванню підлягає майновий інтерес не будь-якої особи чи групи осіб, зацікавлених у збереженні майна, а саме особи, яка має інтерес до збереження майна, що ґрунтується на законі, нормативному акті чи договорі. Наприклад, якщо громадянин Солов'яненко зацікавлений у тому, щоб дорога, по якій він їздить, була неушкодженою, він не може її застрахувати, оскільки вона не є об'єктом його власності чи оренди. По-друге, майновий інтерес має бути страховим. По-третє, без майна, що перебуває у володінні, розпорядженні чи користуванні не виникають і страхові майнові інтереси. Саме тому, визначаючи види обов'язкового та добровільного майнового страхування, а також підгалузі виду страхування, використовують поняття "майно", оскільки захист майнових інтересів пов'язаний саме з видом майна.

¹ Див.: Юлдашев Р.Т. Страховой бизнес: Слов.-справ. — М.: АНКІЛ, 2005. — С. 683.

Саме майно є об'єктом страхового захисту. Це означає, що при укладанні договору страхування необхідно розмежовувати поняття “предмет” і “об'єкт”. Предметом страхування є майновий інтерес, а об'єктом — майно (для майнового страхування)¹.

Структура майнового страхування. Майнове страхування можна структурувати (класифікувати) за різними критеріями. *Залежно від суб'єкта (страхувальника)* майнове страхування поділяють на *страхування майнових інтересів фізичних осіб* та *страхування майнових інтересів юридичних осіб*.

Значення класифікації за цим критерієм полягає в необхідності врахування специфіки щодо форми страхування (добровільне чи обов'язкове); умов визначення страхової суми та забезпечення страхового захисту; реалізації податкової політики тощо.

Залежно від майнового об'єкта у страхуванні майнових інтересів юридичних осіб виокремлюють: страхування будівель (виробничого, адміністративного, соціально-культурного та суспільного призначення); споруд (вежі, щогли, агрегати та інші виробничо-технологічні установи), інженерного та виробничо-технологічного обладнання (комунікаційні системи, апарати, верстати, передавальні та силові машини, інші механізми); господарських будівель (склади, сховища, гаражі, майданчики, огорожі і т. ін.); окремих приміщень (цехи, лабораторії, кабінети); інвентарю, технологічного обладнання, меблів; незавершеного будівництва; товарно-матеріальних цін-

¹ У зв'язку з цією проблемою варто зазначити, що до квітня 2007 р. в страховому законодавстві України не розмежовувалися поняття “предмет страхування” та “об'єкт страхування”. З 27 квітня 2007 р. внесено зміни до Закону “Про страхування” де термін “об'єкт” змінено на термін “предмет” у ст. 4 цього закону і, відповідно, ця стаття набула такого змісту: “предметом договору страхування можуть бути майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані: з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням (особисте [особове. — Авт.] страхування); з володінням, користуванням і розпорядженням майном (майнове страхування); з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної іншій особі (страхування відповідальності)”.

ностей (товари, сировина, матеріали), а також страхування фінансових та кредитних ризиків.

У *страхуванні майнових інтересів фізичних осіб* за цим критерієм виокремлюють: страхування житла, предметів домашнього вжитку, земельних ділянок, сільськогосподарських та інших тварин, грошових засобів; транспортних засобів і т. ін.

Подекуди одній й ті самі майнові об'єкти можуть страхуватись як юридичними, так і фізичними особами (автотранспортні засоби, сільськогосподарські культури та тварини тощо).

Наочно структура майнового страхування за суб'єктами та майновими об'єктами зображена на рис. 8.1.

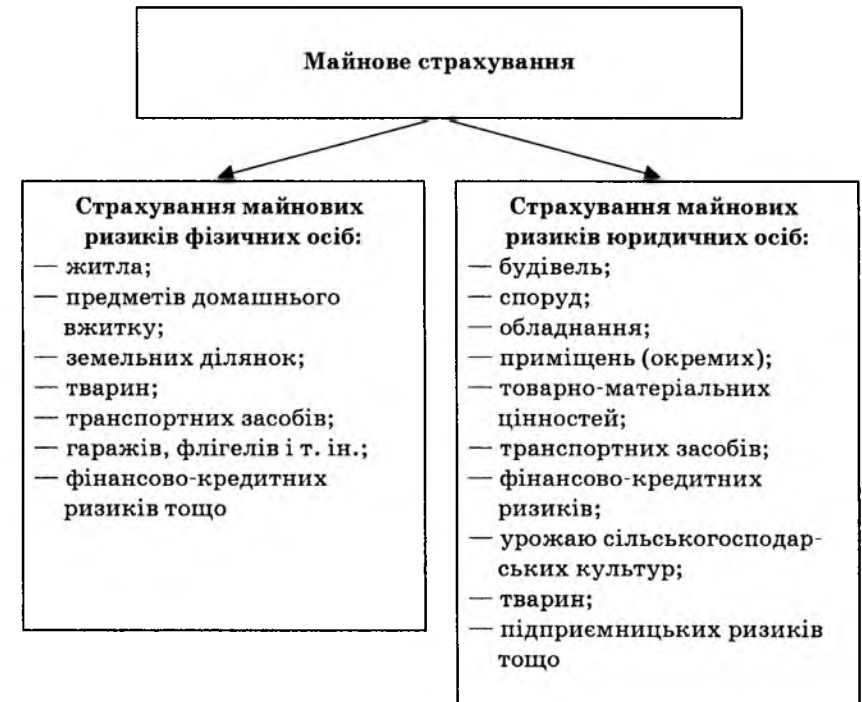


Рис. 8.1. Структура майнового страхування за суб'єктами та об'єктами

Форми майнового страхування: обов'язкове та добровільне.

За радянської доби майнове страхування поширювалось тільки на об'єкти особистого споживання. У зв'язку з цим все майно громадян поділялось на дві категорії:

- **перша категорія** — пріоритетне майно, втрата якого зачіпає інтереси не тільки власника-громадянина, а й суспільні інтереси (житло, сільськогосподарські тварини);
- **друга категорія** — майно, втрата якого зачіпає насамперед особисті інтереси громадян.

Втрата громадянами майна, віднесеного до першої категорії, не може не торкатися інтересів держави. З метою підвищення відповідальності громадян за збереження цього майна і забезпечення страхового захисту держава організовує *обов'язкове* страхування майна першої категорії, а інша його частина підлягає *добровільному* страхуванню.

Закон України “Про страхування” (1996 р.) не включає в перелік обов'язкового страхування майно громадян і називає тільки два різновиди *обов'язкового* страхування майна: страхування авіаційних суден та обов'язкове страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень у радгоспах та інших державних сільськогосподарських підприємствах.

Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” (2001 р.) розширює перелік видів обов'язкового страхування майна, зокрема, передбачає страхування врожаю зернових культур і цукрових буряків сільськогосподарськими підприємствами всіх форм власності (п. 11 ст. 7), долає бар'єри обов'язкового страхового захисту врожаю тільки державних сільськогосподарських підприємств.

Страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків у випадках та згідно з переліком тварин, встановленим Кабінетом Міністрів України (п. 30 ст. 7), посилює захист майнових інтересів селян.

Обов'язковим став страховий захист об'єктів космічної діяльності, майнових ризиків за угодою про розподіл продукції у випадках, передбачених Законом України “Про угоди про розподіл продукції”, майнових ризиків за промислової розроб-

ки родовищ нафти і газу у випадках, передбачених Законом України “Про нафту і газ” тощо.

Протягом останніх років до *обов'язкових видів майнового страхування включено*: страхування предмета іпотеки від ризиків випадкового знищення, пошкодження або псування; майна, переданого в концесію; будівельно-монтажних робіт (забудовником); ліній електропередач та перетворюючого обладнання передавачів електроенергії від пошкодження внаслідок стихійних лих та від протиправних дій третіх осіб. Окрім того, Цивільний кодекс України включає ще два види обов'язкового майнового страхування: об'єкта будівництва або комплексу робіт (ст. 881) та речей, прийнятих ломбардом (ст. 967).

Звісно, до добровільного належать усі види майнового страхування, що не охоплені обов'язковим страхуванням.

Класичні принципи майнового страхування:

- наявність страхового майнового інтересу в страхувальника;
- надання повної та достовірної інформації страхувальником щодо майна, що підлягає страхуванню, та зміни рівня майнових ризиків;
- відшкодування збитків у розмірі, що не перевищує страхової суми;
- перехід до страховика права страхувальника на відшкодування збитків, спричинених винним у настанні страхового випадку (суброгація);
- контрибуція, тобто розподіл відповідальності за збитки між страховиками, за умови страхування одного майнового ризику у двох або більшої кількості страховиків;
- настання страхової відповідальності страховика перед страхувальником виключно у разі настання страхової події, передбаченої страховим договором.

Стосовно останнього принципу вважаємо за доцільне навести реальний приклад зі страхової практики, який мав місце в США. Сім'я від'їжджала на 10 діб у відпустку і застрахувала дім на випадок потрапляння блискавки; від затоплення водою при повені; від затоплення водою у зв'язку з пошкодженням труб; від крадіжки. Повернувшись через 10 діб додому, господарі відчинили двері й побачили повний безлад у домі. М'які меблі були пошматовані, посуд побитий, дитячі іграшки по-

шматовані і т. ін. Вони звернулись до страховика. З'ясувалось, що господарі залишили відкритою квартиру, через яку в дім заскочила білочка. Знайти вихід із пастки, в яку вона потрапила, білка не змогла. Шукаючи вихід, білка пошматувала м'які меблі та іграшки, побила посуд і загинула без їжі та від стресу. Страховий поліс не передбачав такої страхової події й тому господарям було відмовлено у відшкодуванні збитків.

8.2. Страхування майнових інтересів фізичних та юридичних осіб

Добровільне страхування майна фізичних осіб (громадян).

З розвитком ринкової економіки вартісна оцінка майна, що перебуває у власності громадян, постійно зростає. Тому все відчутнішими для громадян (фізичних осіб) є втрати, зумовлені знищенням, пошкодженням чи крадіжками їхнього майна, що зумовлює зростання попиту з боку фізичних осіб на страховий захист своїх майнових інтересів, пов'язаних із володінням, розпорядженням та користуванням майном.

Об'єкти, з приводу яких виникають страхові майнові інтереси громадян, умовно поділяють на групи:

- будинки, дачі, квартири, господарські приміщення (ферми, хліви, теплиці, парники, гаражі, системи водопроводів та водовідведень і т. ін.);
- домашнє майно (меблі, телевізори, холодильники, комп'ютери, оздоблення квартир тощо); техніка домогосподарства (автомобілі, сільськогосподарська техніка та обладнання, машини та інструменти для здійснення підприємницької чи домогосподарської діяльності; спортивні знаряддя і т. ін.);
- унікальне майно (антикваріант, колекції картин, фотографій, марок, монет тощо).

Мінімальний строк страхування — два тижні, максимальний — рік.

Страховими подіями, з настанням яких страховик зобов'язується виплачувати страхове відшкодування, є знищення або пошкодження домашнього майна внаслідок:

- стихійного лиха (паводку, буревію, смерчу, цунамі, зливи, граду, землетрусу);
- пожежі, удару блискавки, вибуху;
- аварії систем опалення, водопостачання, каналізації;
- крадіжки зі зломом та пограбування.

Умови страхування. За загальним тарифом страхуються всі наявні у цьому господарстві предмети домашнього майна, крім тих, що приймаються за спеціальним тарифом.

З коефіцієнтом на страхування приймаються:

- вироби з дорогоцінних металів, дорогоцінних та напівдорогоцінних каменів;
- колекції, картини, унікальні предмети, якщо страхувальник має документи компетентної організації про оцінку їх вартості;
- комп'ютери, ксерокси, факси, телефакси та інша оргтехніка.

Особливою умовою цього виду страхування є те, що майно страхується тільки за умови страхування будівлі, в якій майно знаходиться. Крім того, дороге майно приймається до страхування з обов'язковим попереднім оглядом та оцінкою вартості цього майна з урахуванням його зносу.

Унікальне майно приймається до страхування виключно за умови забезпечення належних умов його зберігання (сигналізація, броньовані двері, захищені вікна, сейфи і т. ін.).

Без огляду страхування домашнього майна договір майнового страхування укладається за постійним місцем проживання страхувальника у разі, коли страхова сума за договором не перевищує 5000 грн. Для страхування дачного будинку, гаражів та інших будівель без попереднього огляду майна страхова сума не повинна перевищувати 1000 грн. За інших умов обов'язковими є попередній огляд та оцінка майна представником страховика.

Страхова сума визначається страховиком, узгоджується зі страхувальником з урахуванням кон'юнктури ринку. Майно може бути застраховане за відновною вартістю, яка визначається:

- для житла — за вартістю будівництва з урахуванням зносу та експлуатаційно-технічного стану;

- для меблів, одягу, предметів довгострокового користування (холодильників, пральних, кухонних комбайнів тощо) — відповідно до суми, необхідної для придбання предмета, аналогічного пошкодженому або знищеному.

Страхова сума кожного застрахованого предмета має бути не меншою від його дійсної вартості на момент укладання договору страхування (за винятком страхування за дробовою часткою).

Величина збитку визначається так:

- у разі знищення або викрадення предмета — його ринковою ціною, яка визначається страхувальником на момент укладання договору і погоджується зі страховиком;
- у разі пошкодження предмета — експертом страховика як різниця між ринковою ціною і вартістю цього предмета з урахуванням знецінення в результаті страхового випадку;
- витрати, пов'язані з рятуванням майна та обмеженням його пошкодження і знищення, відшкодовуються страховиком страхувальнику.

Страховик, який виплатив страхове відшкодування, має право вимагати компенсації від особи, винної за спричинені збитки.

У разі, коли страхувальнику повернуто украдену річ, він зобов'язаний повернути страховику отримане страхове відшкодування за вилученням витрат на ремонт або доведення до ладу поверненої речі. При цьому страхова сума за чинним договором зменшується на вилучену суму витрат ремонту та доведення до ладу речі.

Якщо страхувальник отримав від особи, винної за спричинені збитки, повне їх відшкодування, він втрачає право на отримання страхового відшкодування від страховика, якщо часткове — страховик виплачує належне страхове відшкодування за вилученням частини, отриманої від винуватця спричинених збитків.

Право позову до суду зберігається за страхувальником протягом трьох років.

Страхувальник, що здійснює страхування майнових ризиків, може застрахувати один і той самий ризик не тільки в одного, а у двох чи декількох страховиків. Таке страхування називається подвійним. За **подвійного страхування** загальна

страхова сума не повинна перевищувати **страхову вартість** майнового об'єкта. Такий порядок пояснюється, по-перше, тим, щоб уникнути здійснення майнового страхування з метою збагачення страхувальника. По-друге, це запобіжний захід щодо можливого знищення власного майна та отримання надмірної компенсації. У зв'язку з цим законодавства деяких країн забороняють подвійне страхування. У країнах, де його не заборонено законом, страхувальник зобов'язується надати кожному наступному страховику відомості про всі попередньо підписані договори щодо страхування певного виду майна від зазначених у договорі ризиків (подій). У разі настання страхової події кожний страховик несе відповідальність пропорційно страховій сумі за підписаним ним договором, але всі разом виплачені страхові відшкодування не повинні перевищувати страхової вартості застрахованого майна. Відшкодування збитків страхувальнику за таких умов здійснюється на пропорційній основі. Частка кожного страховика в покритті збитків визначається часткою страхової суми, за якою кожний зі страховиків несе відповідальність перед страхувальником. Наприклад, якщо страхова вартість будівлі оцінена в 600 тис. грн і страхувальник застрахував цю будівлю в трьох страхових компаніях, одна з яких несе відповідальність у межах страхової суми в 250 тис. грн, друга — 150 тис., а третя — 200 тис. грн, і будівля в результаті страхової події була знищена повністю, то перший страховик покриє $\frac{5}{12} \left(\frac{250}{600} \right)$, другий відповідно — $\frac{1}{4} \left(\frac{150}{600} \right)$, а третій — $\frac{1}{3} \left(\frac{200}{600} \right)$ від 600 тис. грн. Тобто перший страховик відшкодує 250 тис. грн, другий — 150 тис., а третій — 200 тис. грн. Якщо вартість застрахованого майна змінюється протягом дії страхового договору, страхувальник зобов'язаний повідомити про ці зміни страховика. Страхувальник також зобов'язаний повідомити страховика про зміну рівня ризику, якщо це передбачено законом чи страховою угодою.

У майновому страхуванні часто використовують **франшизи** — суми, від покриття збитків, за якими звільняється страховик. Застосування франшизи в страхуванні зменшує розмір страхової премії та водночас заохочує дбайливіше ставлення

страхувальника до збереження свого застрахованого майна. Використання франшизи в майновому страхуванні зменшує страхове відшкодування на величину франшизи.

Страхувальник — фізична особа (громадянин) може застрахувати домашнє майно від одного чи відразу від багатьох ризиків, які зазвичай групують за сферою поширення ризиків: від будь-яких страхових ризиків; від стихійних лих, від викрадення чи неправомірних дій третіх осіб тощо.

Обмеження з боку страховика щодо прийняття на страхування майнових інтересів громадян полягають у тому, що *поперше*, серед майна громадян виділяються такі його (майна) групи, які не виключаються повністю з переліку майнових об'єктів (документи, сімейний архів, рукописи, фотографії, кіноплівки, грошові знаки і т. ін.), але вимагають укладання угод за іншими правилами. Наприклад, щоб застрахувати фотографії чи домашній архів на період поїздки в довгострокове відраджження чи відпустку, страховик може вимагати обов'язкового зберігання цього майна у сейфах, запропонованих страховиком упродовж дії страхового договору. Договори, що вимагають особливих правил, називають додатковими.

Не підлягає страхуванню майно, що перебуває в аварійному стані, або будівлі, що знаходяться на території, якій загрожують сходження селевих потоків, повені та інші стихійні лиха, про настання яких було оповіщено в установленому порядку. Не приймаються до страхування цінні папери, готівкові гроші, такі інформаційні носії, як бухгалтерські книги, дискети, касети, плани, інші документи. Не підлягають страхуванню ділова деревина на лісосіках та під час лісосплаву.

Дія договору майнового страхування обмежена у просторі місцем проживання страхувальника або місцем, де знаходяться дача, дім, гараж чи інші об'єкти нерухомості. Якщо застраховане майно, що знаходилось у зазначених вище об'єктах, перевозиться в інше місце, договір з його страхування припиняється.

Договір з приводу страхування майнових інтересів укладається на основі письмової або усної заяви страхувальника. Страховик може здійснювати майнове страхування без попереднього огляду майна та з попереднім оглядом з тим, щоб заявлена страхувальником страхова сума відповідала реальній

вартості об'єкта страхового майнового інтересу страхувальника.

Розмір тарифної ставки визначається у відсотках від страхової суми. На величину тарифної ставки впливають такі чинники:

- обсяг відповідальності страховика (повна чи неповна);
- тип будівлі, в якій розміщене майно;
- вид майна, що підлягає страхуванню;
- умови безпеки будівлі та майна, що в ній знаходиться.

Страховики, що здійснюють страхування майнових ризиків, можуть надавати пільги у вигляді зниження тарифних ставок для страхувальників, які:

- впродовж дії декількох страхових договорів зі страхування майна не потрапляли в страхову ситуацію та не отримували відшкодування (знижки в розмірі 10—40 %);
- підписали страхові договори в цього страховика з інших видів страхування;
- здійснюють досить надійні попереджувальні заходи, спрямовані на захист застрахованого майна від небезпек.

Страхування майнових інтересів юридичних осіб. Як зазначалось у попередньому підрозділі, страхування майна юридичних осіб може бути обов'язковим і добровільним. Умови страхування, страхові суми, тарифи та обсяги відшкодування збитків за обов'язкового страхування майнових інтересів регламентуються законодавством. Ми розглянемо добровільне майнове страхування.

Цей вид страхування забезпечує страховий захист від пошкодження та загибелі майна внаслідок пожежі, удару блискавки, вибуху газу тощо. Відшкодуванню підлягають *збитки*, яких зазнав страхувальник, *вживаючи заходів, спрямованих на врятування майна, запобігання поширенню пожежі* тощо.

За додатковим договором страхування можуть бути застраховані можливі збитки внаслідок таких причин:

- стихійних лих — землетрусів, виверження вулканів, бурі, смерчу, паводку, повені, селевих потоків, тривалих снігопадів, граду, гірських зрушень, просадки ґрунту тощо;

- вибуху парових котлів, газосховищ, газопроводів, машин, агрегатів та інших аналогічних об'єктів;
- пошкодження застрахованого майна в результаті аварії водопроводу, каналізаційної та опалювальної системи, систем гасіння пожежі;
- пошкодження застрахованого майна внаслідок аварії електричної мережі та впливу електричного струму;
- крадіжки зі зломом та грабунку;
- биття скла, дзеркала, вітрин та з інших причин за домовленістю сторін.

Страхова сума визначається страховиком за погодженням зі страхувальником з урахуванням кон'юнктури ринку, особливостей конкретного об'єкта страхування і т. ін.

Основою для визначення страхової суми є дійсна вартість застрахованого майна на момент підписання договору, яка визначається за балансовою вартістю та вартістю придбання за вилученням зносу. Майно може бути застраховане і за відносною вартістю, яка визначається:

- для будівель та споруд — за вартістю будівництва будівлі (споруд) з урахуванням зносу та експлуатаційно-технічного стану;
- для устаткування, машин, інвентарю відповідно до суми, необхідної для придбання аналогічних предметів;
- для товарів власного виробництва — на основі витрат виробництва, але не вище від ціни їх реалізації;
- для сировини і товарів, якими страхувальник торгує і які знаходяться на складі, — за цінами, необхідними для їх закупівлі, але не вище від ціни, за якою їх могли продати на дату настання страхового випадку.

Страхування майна юридичних осіб може здійснюватись із використанням єдиного страхового поліса (*повне страхування*), що охоплює декілька видів майна, котре може знаходитись у різних географічних місцях. Таке страхування прийнятне для мережі магазинів, ресторанів і т. ін.

Поліси з майнового страхування, що включають в себе два чи більше види страхування, називають *пакетними*. При страхуванні майнових ризиків юридичних осіб пакетний поліс може охоплювати: страхування майна, страхування відповідальності, автомобільне страхування тощо.

Майнове страхування юридичних осіб у вигляді страхування в сільському господарстві, на транспорті, а також страхування фінансових і підприємницьких ризиків буде висвітлено в наступних темах. Наразі необхідно розглянути проблему відшкодування збитків у разі настання страхової події.

8.3. Вартісна оцінка майна, що підлягає страхуванню. Врегулювання вимог страхувальника щодо відшкодування збитків

В основі врегулювання вимог страхувальника щодо відшкодування збитків страховиком лежить проблема реальної вартісної оцінки майна та вартісної оцінки збитків, зумовлених настанням страхової події. Вартісна оцінка майна здійснюється, як зазначалось у попередньому підрозділі, за балансовою вартістю. Якщо у приватного підприємця не ведеться баланс, майно приймається на страхування за оціночною або договірною вартістю. Оціночну вартість, як правило, встановлюють експерти. Вона не повинна перевищувати ринкової вартості.

Заставлене та орендне майно також приймається до страхування за оціночною вартістю.

Страхове відшкодування з настанням страхового випадку стосовно застрахованого майна підприємства сплачується тільки після того, як повністю виявлено причини та розмір збитків. Після отримання всіх необхідних належним чином оформлених документів на страхову подію та збитки, спричинені нею, страховик зобов'язаний у строк, що не перевищує 30 днів, виплатити відшкодування.

У випадку втрати або пошкодження майна внаслідок небачності страхувальника страхове відшкодування зменшується на 30 %.

Якщо за фактами знищення або пошкодження майна відкрито кримінальну справу, то страховик сплачує 30 % страхового відшкодування, а решту 70 % — після закінчення розслідування.

Страхове відшкодування виплачується:

- *у випадку повної загибелі майна* — в розмірі *дійсної* (відновної) *вартості* з вирахуванням зносу та вартості залишків майна, придатного для подальшого використання, але в *межах страхової суми*;

- *у разі часткового пошкодження майна* — в розмірі різниці між заявленою страховою сумою та вартістю залишків майна, придатних для подальшого використання, а за страхування за відновною вартістю — в розмірі витрат на його відновлення, але *не більше страхової суми*.

Витрати на відновлення включають:

- витрати на придбання матеріалів та запасних частин для ремонту;

- витрати на оплату ремонту;

- витрати на доставку матеріалів до місця ремонту та інші затрати, необхідні для доведення пошкодженого майна до стану, що був перед настанням страхового випадку.

Після виплати страхового відшкодування до страховика переходять права страхувальника, які той має щодо особи, відповідальної за спричинені збитки, в межах виплаченої страхової суми.

Виплата страхового відшкодування не проводиться, якщо страхувальнику відшкодовують збитки треті особи. Страховик зобов'язаний виплатити відшкодування в розмірі різниці між сумою збитків та сумою, відшкодованою третіми особами.

Приклад

Припустимо, що підприємець застрахував офіс із майном від крадіжки зі зломом у страховій компанії на суму 200 тис. грн. Водночас цей офіс перебував під охороною за допомогою засобів сигналізації і був оцінений у 400 тис. грн. Під час дії цих договорів з офісу було викрадено майна на суму 500 тис. грн. Органи внутрішніх справ виплатили 400 тис. грн згідно з договором про охорону квартири. Страхова компанія на основі переліку викраденого майна, представленого страхувальником та підтвердженого органами МВС, визнала збиток у розмірі 400 тис. грн і відшкодувала страхувальнику 100 тис. грн. Сума страхового відшкодування визначається як різниця між сумою збитку та сумою, виплаченою органами МВС. Якщо се-

ред викрадених були незастраховані речі, зі страхового відшкодування вилучається їхня вартість.

Дія страхового договору припиняється за згодою сторін чи по закінченні дії страхового договору. В односторонньому порядку дія договору може бути призупинена у разі:

- виконання страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі до закінчення строку дії договору;

- несплати страхувальником платежів у встановлені строки;

- ліквідації страховика;

- визнання судом договору недійсним з моменту його укладання.

Висновки

1. Майнове страхування — це галузь страхування, об'єктом якої є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з володінням, користуванням і розпорядженням майном.

2. Майно — це матеріальні цінності (речі), що мають форму нерухомого та рухомого майна, та майнові права і зобов'язання фізичних і юридичних осіб.

3. Майнові інтереси в юридичному аспекті — це відносини між особою (фізичною та юридичною) та різними видами майна, що ґрунтуються на законі, договорі чи інших правових засадах.

4. Страховий ризик — це подія, що має ознаки випадковості та вірогідності настання, з приводу якої відбувається страхування.

5. Страховий майновий інтерес є обов'язковою передумовою укладання страхової угоди. Цей інтерес не може полягати в отриманні вигоди чи зиску від страхування. Він полягає тільки у збереженні майнового стану.

6. Залежно від суб'єкта (страхувальника) майнове страхування поділяють на страхування майнових інтересів фізичних і юридичних осіб.

7. До класичних принципів майнового страхування відносять такі: наявність страхового майнового інтересу в страхувальника; повна та достовірна інформованість страховика з боку страхувальника щодо майна, що підлягає страхуванню та ризиків, пов'язаних з майном; відшкодування збитків при настанні страхової події, передбаченої договором, у межах страхової суми; суброгація; контрибуція.

8. Страховими подіями при страхуванні майнових інтересів, пов'язаних з володінням, користуванням та розпорядженням домашнім майном є: стихійні лиха; пожежі, удар блискавки, вибух; аварії системи водопостачання, каналізації; крадіжки зі зломом та пограбування.

9. Страхова сума при здійсненні майнового страхування не може перевищувати відновної (дійсної) вартості майна.

10. Якщо одне й те саме майно застраховане від різних чи однакових ризиків у декількох страховиків, загальна страхова сума не повинна перевищувати дійсної вартості об'єкта.

11. За подвійного страхування кожний страховик несе відповідальність на пропорційній основі в межах страхової суми, що не перевищує дійсної вартості застрахованого майна.

12. При страхуванні майна юридичних осіб (особливо для торговельних мереж) використовують повне страхування, яке охоплює декілька видів майна, що знаходиться в різних географічних місцях.

13. Страхове відшкодування з майнового страхування як для юридичних, так і для фізичних осіб визначається: у випадку повної загибелі майна — в розмірі дійсної (відновної) вартості з урахуванням зносу та вартості залишків майна, придатного для подальшого використання, але в межах страхової суми. У разі часткового пошкодження майна — в розмірі різниці між заявленою страховою сумою та вартістю майна, придатного для подальшого використання.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Майно; майнове страхування; майновий страховий інтерес; об'єкт майнового страхування; основний та додатковий договори страхування майна; пакетні страхові поліси; повне майнове страхування; подвійне страхування; предмет майнового страхування; пропорційне майнове страхування; страховий ризик; суб'єкти майнового страхування.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Розкрийте зміст та співвідношення понять “майно”, “майновий інтерес”, “страховий майновий інтерес”.
2. Дайте визначення майнового страхування, назвіть його предмет, об'єкти і суб'єкти.
3. Розкрийте зміст правил страхування домашнього майна та майна юридичних осіб.
4. Страхова сума в майновому страхуванні визначається:
 - а) виключно домовленістю сторін без будь-яких обмежень;
 - б) домовленістю сторін, але в межах дійсної вартості майна;
 - в) максимальною величиною, яку через страхові платежі може оплатити страхувальник;
 - г) мінімальною величиною, яку погоджується прийняти на страхування страховик.
5. Страховик звільняється від виплати страхового відшкодування збитків, заподіяних майновим інтересам страхувальника у разі:
 - а) відсутності в страховика коштів для відшкодування збитків;
 - б) коли пошкодження майна не пов'язане з страховою подією;

- в) всі відповіді правильні;
 - г) всі відповіді неправильні.
6. У разі знищення або викрадення майна збиток визначається у розмірі:
- а) заявлених збитків страхувальником;
 - б) його відновної вартості;
 - в) дійсної його вартості з урахуванням зносу, якщо майно застраховано за загальним договором;
 - г) всі відповіді неправильні.
7. Строк договору майнового страхування може бути:
- а) безстроковим;
 - б) як правило від 2 тижнів до 1 року;
 - в) від 3 до 5 років;
 - г) всі відповіді правильні.
8. Без попереднього огляду представником страховика майно фізичної особи приймається до страхування у разі:
- а) особистої довіри страховика до страхувальника;
 - б) коли страхова сума за договором не перевищує 50 тис. грн;
 - в) коли страхова сума за договором не перевищує 5 тис. грн;
 - г) всі відповіді неправильні.
9. Розкрийте зміст поняття “пакетний поліс” та доцільність його придбання страхувальником.
10. У яких випадках використовують основні договори з майнового страхування і за яких умов виникає потреба у додаткових договорах?

Література

1. *Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін.* Страхова справа. Інтегрований навч. комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: У 2 кн. — Кн. 1: Страхування. Страхові послуги. — К.: НВП “АВТ”; Х.: Вид. центр НТУ “ХПІ”, 2003. — С. 171—180; 185—189; 192—195.
2. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. — 5-те вид., стер. — К.: Знання, 2006. — С. 57—65.

3. *Базилевич В.Д.* Страховий ринок України. — К.: Т-во “Знання”, КОО, 1998. — С. 93—97.

4. *Горбач Л.М.* Страхова справа: Навч. посіб. — 2-ге вид., випр. — К.: Кондор, 2003. — С. 133—137.

5. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7.

6. *Кащенко О.Л., Борисова В.А.* Соціально-економічні умови страхування: Навч. посіб. — Суми: Університет. кн., 1999. — С. 22—27.

7. *Мачуський В.В.* Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 162—164.

8. *Плиса В.Й.* Страхування: Навч. посіб. — К.: Каравела, 2006. — С. 182—193.

9. Страхование: принципы и практика: Учеб. пособие / Сост. Д. Бланд. — М.: Финансы и статистика, 2000. — С. 74—75; 79—80; 84—85.

10. Страхування: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 357—375.

11. Страхование от А до Я / Под ред. Л.И. Корчевской, К.Е. Турбиной. — М.: ИНФРА-М, 1996. — С. 294—301.

12. *Шумелда Я.* Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006. — С. 101—116; 139—140.

13. *Юлдашев Р.Т.* Страховой бизнес: Слов.-справ. / Р.Т. Юлдашев. — М.: АНКІЛ, 2005. — С. 441, 505, 605.

Розділ 9 ТРАНСПОРТНЕ СТРАХУВАННЯ

9.1. Автомобільне страхування.

9.2. Страхування водних транспортних засобів.
Морське страхування.

9.3. Авіаційне страхування.

9.4. Страхування вантажів на різних видах
транспортних засобів.

Чим глибший поділ праці у суспільстві, тим більшою мірою посилюється взаємозалежність між людьми як у межах однієї країни, так і у світі загалом. Саме завдяки розвитку транспортних шляхів сполучення та транспортних зв'язків людство може споживати будь-які блага, вироблені в найвіддаленіших місцях планети. Туристичний бізнес, перевезення товарів, міграція трудових ресурсів — усе це здійснюється завдяки використанню транспортних засобів. Авіаційний і залізничний, водний та автомобільний транспорт, вирішуючи низку найнагальніших проблем економічного та й загалом суспільного буття, породжують все нові ризики. Захист майнових інтересів юридичних і фізичних осіб від можливих втрат, пов'язаних із використанням, володінням та розпорядженням транспортними засобами, має здійснювати транспортне страхування, яке є різновидом майнового страхування.

Транспортне страхування (*Transport Insurance*) — це сукупність видів страхування від небезпек, що виникають на суходопутних, водних та повітряних шляхах сполучення у зв'язку з перевезенням пасажирів чи багажовантажу. Майновими об'єктами транспортного страхування є: автомобілі різних ти-

пів, залізничні потяги, повітряні та морські судна та вантажі, що ними перевозяться. Страхування транспортних засобів називають *каска*, страхування вантажів — *карго*, а одночасне страхування транспортних засобів та вантажів, що ними перевозяться, — *каска-карго*.

9.1. Автомобільне страхування

Як показує практика найбільш розвинених країн світу, найпоширенішими видом майнового страхування є страхування автотранспортних засобів. У США, скажімо, на цей вид страхування припадає близько 45 % загального збору премій за майновим страхуванням. З одного боку, це пояснюється стрімким зростанням чисельності власників автотранспортних засобів, з іншого — високим рівнем небезпеки цього виду транспорту. Статистичні дані свідчать, що кількість загиблих на 1 млрд пасажиро-кілометрів становить: для автотранспорту — 16 осіб, для повітряного — 6,5, для залізничного транспорту — 1,2 особи.

Одночасно з транспортним засобом можуть бути застраховані (за бажанням страхувальників) водій та пасажир, додаткове устаткування до транспортного засобу, вантаж, який на ньому перевозять.

Автострахування має таку структуру:

- страхування “авто-каска”;
- страхування цивільної відповідальності;
- страхування від усіх видів ризиків;
- страхування автомобілів на час ремонту, паркування та зберігання в гаражах;
- страхування експортно-імпортних вантажів;
- страхування вантажів при перевезеннях внутрішнього сполучення;
- страхування від нещасних випадків під час ДТП.

Страхування цивільної відповідальності буде розглянуто нижче.

Фізичні особи страхують засоби транспорту, як і домашнє майно, добровільно. Юридичні особи, що використовують ав-

тотранспортні засоби для перевезення вантажів, пасажирів та багажовантажів, страхують транспортні засоби на таких самих засадах, як і фізичні, але для того, щоб застрахувати вантаж чи пасажирів, має бути застрахованим автотранспортний засіб. Окрім того, для юридичних осіб страховий тариф зі страхування транспортного засобу, як правило, нижчий, оскільки юридичні особи страхують більшу кількість транспортних засобів, а тому вірогідність настання страхової події для кожної застрахованої транспортної одиниці менша.

До **автотранспортних засобів** відносять: легкові, вантажні, вантажопасажирські, мікроавтобуси, мотоцикли, моторолери, мотоколяски, мопеди, трактори та мінітрактори.

Страхування від усіх видів ризиків передбачає найповніше страхове покриття. Воно забезпечує відшкодування збитків, спричинених втратою або пошкодженням застрахованого транспортного засобу, фізичними травмами людей та пошкодженням майна третьої сторони.

При страхуванні автомобілів приватних власників, крім перерахованих уже ризиків, додаються ще відшкодування бенефіціару (правонаступнику) в разі смерті страхувальника всієї капітальної суми, за фізичних каліцтв — затрати на лікування, а також на покриття збитків від пошкодження багажу та інших предметів, що знаходились у салоні автомобіля.

Страхування “авто-каско” передбачає страховий захист від будь-яких збитків, котрі можуть виникнути внаслідок пошкодження, повної загибелі або втрати автотранспортного засобу чи окремих його частин за настання обумовлених у страховому полісі подій. Цей вид страхування поширюється на всі автотранспортні, водні та наземні види транспортних засобів.

Страхування “авто-каско” може бути повним або частковим.

За повного страхування “авто-каско” власник транспортного засобу отримує страховий захист від збитків унаслідок пошкодження застрахованого об’єкта у випадку аварії, зіткнення з будь-яким іншим предметом, пожежі, самозагорання, перевертання, стихійного лиха, вибуху, протиправних дій і т. ін., за вилученням збитків експлуатаційного характеру.

За часткового страхування “авто-каско” страхове покриття забезпечується лише в разі пожежі, вибуху двигуна, викра-

дення, пошкодження транспортного засобу під час викрадення, стихійного лиха.

За умовами страхування “авто-каско” страховик *не відшкодовує збитків*, якщо:

- вони є наслідком навмисних дій страхувальника, членів його сім’ї або осіб, у розпорядженні котрих перебував транспортний засіб;
- вони є наслідком воєнних дій, громадських заворушень, страйків;
- вони конфісковані, арештовані, знищені за розпорядженням влади;
- засіб експлуатувався у несправному стані;
- водій був у стані алкогольного або наркотичного сп’яніння;
- засіб використовувався з метою навчання водіння (автомобіль);
- встановлено природний знос транспортного засобу або його окремих вузлів.

Страхування автомобілів за умов ремонту, паркування та зберігання у гаражах. За збереження автомобілів своїх клієнтів відповідальність несуть власники автотранспортних гаражів та паркових стоянок. У зв’язку з цим пропонують два види страхового захисту:

1) на час транспортування автомобіля до гаража, майстерні чи стоянки (якщо автомобіль не доставляють безпосередньо його власники);

2) на період перебування автомобіля на відповідальності власників гаражів, майстерень, стоянок — від всіляких ризиків.

У разі настання страхового випадку страховик відшкодовує затрати на переміщення автомобіля до ремонтної майстерні та доставку його страхувальнику після ремонту. У разі викрадення або пошкодження автомобіля в гаражі або на стоянці страхове відшкодування отримує власник гаража або стоянки.

Відшкодування збитків, завданих власникові транспортного засобу в результаті ДТП, як правило, здійснюється після ремонту на основі пред’явленої страхувальником накладної-рахунка, за якою страховик оплачує виконані роботи.

У практиці деяких країн страховик надає безплатно автомобіль у користування страхувальнику на період ремонту його власного автомобіля.

При страхуванні транспортних засобів найчастіше використовують два види полісів: поліс з оголошеною вартістю та відкритий поліс.

Поліс з оголошеною вартістю містить чітко обумовлену і фіксовану суму страхового відшкодування, яка має бути сплаченою у разі настання страхового випадку, і умовами договору не передбачено перегляд та уточнення цієї суми після виникнення збитків.

Відкритий поліс передбачає визначення суми страхового відшкодування після виникнення страхової події шляхом оцінки суми збитку.

Прикладом поліса з оголошеною вартістю є поліс зі страхування “авто-каско”, а поліса з відкритою вартістю — “страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів”.

Страхова сума при страхуванні автотранспортного засобу визначається на основі заяви страхувальника та документів, що підтверджують вартість автотранспортного засобу, причепів до нього та додаткового обладнання, якщо такі мають місце.

Страхування автомобіля має певні особливості. Правилами страхування автомобіля передбачається можливість укладання договору за умови:

1) власної участі страхувальника у відшкодуванні збитків (франшиза), розмір якої обирає сам страхувальник;

2) відшкодування без урахування знижки на знос запасних частин, що потребують заміни в разі їх пошкодження (з додатковою оплатою). Величина додаткового платежу при цьому визначається в розмірі 5 % від страхової суми — якщо строк експлуатації автомобіля не перевищує 5 років, 10 % — зі строком експлуатації 5—8 років, 20 % — від 8 до 12 років, 30 % — від 12 років;

3) відшкодування вартості втрати товарного вигляду внаслідок страхової події, обумовленої в укладеному договорі (також зі сплатою додаткового платежу), але за умови, що автомобіль застрахований за дійсною вартістю. Доплата в цьому ви-

падку “прив’язується” до оцінки дійсної вартості і визначається в розмірі: 20 % — коли термін експлуатації не перевищує 5 років, 15 % — від 5 до 9 років, 10 % — від 8 до 12 років, 5 % — понад 12 років.

9.2. Страхування водних транспортних засобів. Морське страхування

До водних транспортних засобів відносять маломірні водні судна, різноманітні човни, яхти, катамарани і т. ін.

Страхування водних транспортних засобів ґрунтується переважно на тих самих засадах, що й автомобільних. За основу страхової оцінки судна береться сума, запропонована страхувальником, яка не має перевищувати його дійсної вартості.

Договір страхування може бути укладено на одній з перелічених далі умов, яка (умова) визначає обсяг відшкодування збитків та величину страхових платежів залежно від обсягу відповідальності, взятої страховиком:

- з відповідальністю за загибель та пошкодження;
- з відповідальністю за повну загибель з урахуванням витрат на врятування;
- без відповідальності за пошкодження, крім випадків загибелі.

Договір страхування цього виду укладається на окремий рейс або на певний строк.

Страхування морських суден. Переважна більшість зовнішньоекономічних перевезень здійснюється за допомогою морського транспорту. Основні вимоги, що пред’являються до договорів морського страхування, відображено в Кодексі торговельного мореплавства (КТМ) України 1995 р. У міжнародному плані керуються Законом про морське страхування (*Marine Insurance Act*) 1906 р. (Англія).

Об’єкти морського страхування:

- морські судна (каско);
- вантажі (карго);

- фрахт;
- контейнери;
- відповідальність судновласників перед третіми особами.

Страховання суден та вантажів здійснюється за стандартними умовами (застереженнями), запропонованими Інститутом лондонських страховиків. Ці застереження стосуються обмежень навігаційного порядку. Так, морському судну забороняється входити в небезпечні води, особливо в зимовий період, і т. ін.

Групи страхових ризиків при страхуванні морських суден:

- відповідальність за загибель та пошкодження судна;
- без відповідальності за пошкодження, крім випадку краху (загибелі) судна;
- без відповідальності за окрему аварію;
- відповідальність тільки за повну загибель судна, включаючи витрати на його спасіння;
- відповідальність тільки за повну загибель судна.

1. Якщо судно застраховане за умовами відповідальності за загибель та пошкодження судна, відшкодуванню підлягають такі збитки:

- від пошкодження чи фактичної загибелі судна, спричиненої вогнем, блискавкою, бурєю, посадкою судна на мілину, зіткненням з іншим судном чи з нерухомими або плаваючими об'єктами, а також нещасними випадками, що виникли під час завантаження чи розвантаження палива, вибуху на борту судна та за його межами;

- пов'язані з поломкою валів, з прихованими дефектами корпусів машин та котлів, а також з необачністю та помилками капітана, механіка та інших членів команди чи лоцмана;

- від пошкодження судна, спричиненого заходами щодо його спасіння;

- від зникнення судна безвісти;

- які судновласник одного судна має відшкодувати іншому судновласнику;

- із загальної аварії;

- всі витрати, зумовлені заходами щодо порятунку судна, зменшення збитків та встановлення його розміру, якщо збиток відшкодовується за умовами страхування.

За цією групою ризиків збитки від пошкодження відшкодовуються, як правило, із застосуванням *тривідсоткової франшизи*.

Без франшизи названі збитки відшкодовуються *тільки тоді*, коли їх причиною стали *зіткнення з іншим судном, посадка на мілину, пожежа та вибух*.

Збитки від повної загибелі судна завжди відшкодовуються без франшизи.

2. Якщо судно застраховане за умовами *без відповідальності за пошкодження, крім випадків краху*, то обсяг відповідальності страховика перед страхувальником обмежений. За умови повної загибелі страховик відшкодовує збитки у повному обсязі, а збитки від пошкодження відшкодовуються виключно за умов краху, посадки на мілину, пожежі, вибуху та зіткнення.

3. Якщо судно застраховане за умовами *без відповідальності за окрему аварію*, то відшкодуванню підлягають збитки від повної фактичної або конструктивної загибелі судна з причин, зазначених у пункті 1.

4. Якщо судно застраховане за умовами *відповідальності тільки за повну загибель судна*, включаючи витрати щодо порятунку, то відшкодуванню підлягають збитки від повної загибелі судна, зникнення судна безвісти та витрати, пов'язані зі спасінням судна.

5. Застраховане за умовами *відповідальності тільки за повну загибель* судно передбачає відшкодування тільки за умов повної загибелі судна та за умови зникнення судна безвісти.

В усіх вищезазначених *випадках страховик звільняється від відшкодування збитків за умови*, якщо:

- аварія є наслідком навмисних дій або необачності страхувальника, вигодонабувача або їх представника;

- мала місце непристосованість судна для цього виду плавання (неморехідність судна);

- мала місце зношеність судна, його старість;

- без відома страховика, але з відома страхувальника на судно були завантажені вибухові вантажі;

- судно було знищено або пошкоджено мінами, торпедами, бомбами та іншими знаряддями війни, актами громадянсь-

кої непокори, було конфісковане, арештоване або знищене за рішенням влади;

- мала місце втрата фрахту.

Викладене вище не означає, що втрата фрахту, збитки, пов'язані з воєнними діями, страйками і т. ін., не можуть бути відшкодовані, оскільки не підлягають страхуванню. Ці ризики можуть бути застраховані, але за додаткову плату.

Договір страхування морського судна підписується на основі письмової заяви страхувальника, в якій обов'язково мають бути вказані відомості:

- про об'єкт страхування;
- тип, рік побудови судна і т. ін.;
- умови страхування;
- страхову суму;
- період страхування.

Стосовно періоду страхування варто зазначити, що судно може бути застраховане на *один рейс* або на *певний строк*.

Якщо страхування на *один рейс*, то вказують порти, куди заходить судно, якщо на певний строк, то вказують його тривалість та передбачувані райони плавання.

Строк відповідальності страховика починається з 24-ї год і закінчується о 24-й год тих чисел, які вказані в договорі (якщо судно страхують на певний строк).

Якщо судно страхують на один рейс, відповідальність страховика починається з моменту віддання швартових або зняття з якоря в порту відправлення і закінчується в момент пришвартування або поставлення на якір у порту призначення.

Припинення відповідальності страховика за збитки, спричинені страховими подіями. Якщо судно виходить за межі території, обумовленої договором, або змінює рейс без попереднього повідомлення про це страховика, то відповідальність останнього за збитками, пов'язаними зі страховими подіями, припиняється. Якщо зміни маршруту були вимушеними, з метою уникнення розірвання договору страховиком у одноосібному порядку, необхідно повідомити про обставини, що змінилися, страховика, надавши згоду на сплату додаткової страхової премії.

Якщо відхилення від маршруту було зумовлене необхідністю уникнути зіткнення з іншим судном (чи іншим об'єктом), або необхідністю порятунку життя людей, воно не вважається таким, що порушує договір страхування. Пояснюється це тим, що міжнародна конвенція зобов'язує капітанів суден надавати допомогу будь-якій особі, якій на морі загрожує небезпека.

Якщо в період дії договору відбулися зміни в ризику для морського судна, страхувальник мусить про них повідомити страховика, і той вправі вимагати додаткову плату за змінені умови страхування. Якщо страхувальник відмовляється від сплати додаткової премії, дія договору припиняється в одноосібному порядку з боку страховика з моменту зміни рівня ризику.

Обов'язки страховика при настанні страхової події. При настанні страхової події страхувальник зобов'язаний:

- вживати заходи, спрямовані на уникнення чи обмеження збитків;
- документально засвідчити наявність страхової події;
- капітан мусить зробити заяву про морський протест, якщо причиною аварії є стихійне лихо.

Після того як страховик здійснив відшкодування збитків страхувальнику, всі претензії, які страхувальник має до третьої особи, переходять до страховика.

9.3. Авіаційне страхування

Авіаційне страхування в Україні є обов'язковим. Згідно з чинним законодавством авіаційне страхування здійснюють страхові компанії, які є членами Авіаційного страхового бюро.

Авіаційне страхове бюро (АСБ) створене відповідно до Закону України "Про страхування" і ст. 103 Повітряного кодексу України діє на підставі Положення про АСБ, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 квітня 1998 р. № 561.

Основні завдання АСБ:

- координація взаємодії суб'єктів українського ринку страхування авіаційних ризиків;
- вивчення і прогнозування національного ринку авіаційного страхування;
- максимальне використання можливостей українських страхових компаній при розподілі авіаційних ризиків;
- підготовка і розповсюдження методичних рекомендацій страховими компаніями;
- участь у підготовці кадрів та підвищенні кваліфікації фахівців зі страхування;
- представлення авіаційних страховиків України на міжнародній арені.

АСБ об'єднує 52 страхові компанії, які діють на ринку авіаційного страхування України. Серед них ВАТ СК "Алькона", ЗАТ СК "Інтер-Поліс", ВАТ "Народна фінансово-страхова компанія", "Гарант Ре", АЗТ "Перша міжнародна страхова компанія", НАСК "Оранта", АТ АСК "Енергополіс", АТЗ СК "Лемма" та ін.

Порядок та умови проведення обов'язкового авіаційного страхування регламентується Повітряним кодексом України, Законом України "Про страхування", постановою Кабінету Міністрів України "Про порядок і умови проведення обов'язкового авіаційного страхування" від 13 липня 1998 р. № 1083.

Обов'язкове авіаційне страхування включає:

- страхування членів екіпажу і авіаційного персоналу;
- страхування працівників замовника авіаційних робіт, осіб, пов'язаних із забезпеченням технологічного процесу під час виконання авіаційних робіт, та пасажирів, які перевозяться за його заявкою без придбання квитків;
- страхування відповідальності повітряного перевізника і виконавця повітряних робіт щодо відшкодування збитків, заподіяних пасажиром, багажу, пошти, вантажу, прийнятим до перевезення, іншим користувачам повітряного транспорту та третім особам;
- страхування відповідальності експлуатанта повітряного судна за збитки, які можуть бути завдані ним під час виконання авіаційних робіт;
- страхування авіаційних суден.

Загальні умови обов'язкового авіаційного страхування:

1. Збитки, що можуть виникнути внаслідок однієї авіаційної події, розглядаються як один страховий ризик стосовно одного повітряного судна.

2. **Страховою подією** вважаються нещасний випадок або кілька випадків, що призводять до тілесних ушкоджень і (або) пошкодження майна та є несподіваним і ненавмисним для страхувальника.

3. Непоширення обов'язкового авіаційного страхування на ризики, якщо повітряне судно:

- здійснює у несправному стані політ, не дозволений керівництвом з льотної експлуатації повітряного судна;
- використовується з метою, що заборонена законодавством або відрізняється від зазначеної у договорі.

4. Обов'язкове авіаційне страхування не поширюється на ризики:

- впливу радіації та радіоактивного забруднення;
- у разі війни, викрадення, арешту;
- у разі, коли для зльоту чи посадки використовується аеродром, що не відповідає вимогам для цього типу повітряного судна, за винятком форс-мажорних обставин;
- якщо кількість пасажирів або маса вантажу, що перевозяться повітряним судном, перевищує максимальну пасажиромісткість або максимальну вантажопідйомність, встановлені відповідно до вимог льотної експлуатації цього типу повітряного судна, а також за умови порушення порядку розміщення вантажу або пасажирів.

5. Якщо **страховий випадок відбувся**, його **розслідування здійснює страховик або за його дорученням — аварійний комісар**, який має право доступу і до матеріалів, і до об'єктів розслідування згідно із законодавством України. Строк розслідування страхового випадку не повинен перевищувати 30 діб. А у виняткових випадках його продовжують ще на 30 діб.

6. **Максимальні страхові тарифи** на всі види обов'язкового авіаційного страхування застосовуються тільки до страхових сум та лімітів відповідальності, установлених на території України.

Усе викладене поширюється на українських експлуатантів, а **на іноземних** — щодо мінімальних страхових сум під час виконання польотів у повітряному просторі України.

З набранням чинності цієї Постановою втрачає чинність постанова Кабінету Міністрів України “Про внесення змін і доповнень до Постанови Кабінету Міністрів України від 2 березня 1993 р. № 155 щодо страхування пасажирів повітряного транспорту та членів екіпажів повітряних суден” від 28 червня 1995 р. № 469.

Обов’язкове страхування авіаційних суден.

Предмет страхування — майнові інтереси страхувальника, пов’язані з володінням та використанням повітряного судна, що не суперечать законодавству України.

Страховальник — юридична або фізична особа — власник повітряного судна або повітряний перевізник (виконавець повітряних робіт), що експлуатує це судно на законних підставах.

Повітряне судно як об’єкт обов’язкового страхування повинне мати:

- реєстраційне посвідчення про державну реєстрацію цивільного повітряного судна;
- сертифікат про придатність судна до польотів;
- документ, що засвідчує право власності (оренди) на повітряне судно;
- інші документи, яких вимагають державні органи регулювання повітряного транспорту.

Страхові випадки:

1) загибель повітряного судна, що може виникнути з моменту запуску двигунів до вимкнення двигунів після завершення польоту, внаслідок авіаційної події. **Загибеллю** вважають повну втрату повітряним судном здатності здійснювати політ у зв’язку з руйнуванням основних елементів несучих конструкцій (планера) або у разі, коли компетентна комісія довела неможливість чи економічну недоцільність ремонту цього судна;

2) зникнення судна безвісти. Судно вважається таким, що зникло безвісти, якщо воно, застраховане обов’язковим страхуванням, здійснюючи плановий політ, не прибуло в пункт призначення і заходи щодо його розшуку протягом 60 діб не дали результатів;

3) втрата повітряного судна у зв’язку з вимушеною посадкою на важкодоступну та непридатну для евакуації цього повітряного судна місцевість;

4) цілковите руйнування повітряного судна внаслідок авіаційної події, з урахуванням зникнення безвісти.

Інші страхові випадки можуть передбачатися з оплатою додаткової страхової премії за тарифами, встановленими страховиком.

У договорі обов’язкового страхування страхувальник має право визначити особу, яка отримає страхове відшкодування.

У разі настання страхового випадку страхувальник у термін, обумовлений договором, повинен письмово повідомити страховика про страховий випадок і надати страховику всі необхідні документи.

Страхові тарифи з цього виду обов’язкового страхування на один рік для повітряних суден з максимальною злітною вагою 15 000 кг встановлено у розмірі 6 %, для суден з максимальною злітною вагою меншою ніж 15 000 кг — до 8, для вертольотів — до 10 % страхової суми.

Якщо заподіяна шкода компенсована іншими особами у повному обсягу, страховик звільняється від виплати відшкодування.

Якщо треті особи здійснили частину компенсаційних витрат, та страховик сплачує **різницю** між сумою, що підлягає відшкодуванню страховиком та величиною компенсації.

Якщо повітряне судно застраховано декількома страховиками (співстрахування), збитки відшкодовуються у розмірі, що не перевищують частку кожного страховика в загальній сумі за всіма договорами.

За бажанням пасажира чи іншого користувача повітряного транспорту можливе добровільне страхування шляхом укладання відповідного договору.

У авіаційному страхуванні використовують **шедулярні** договори, які вмщують інформацію про учасників договору страхування, експлуатантів, вигодонабувачів, про екіпажі та повітряні судна, що приймаються на страхування, а також про страхові суми; франшизи; строки страхування тощо. Іноді як шедула може використовуватися складена за стандартною формою заява страхувальника.

9.4. Страхування вантажів на різних видах транспортних засобів

Загальна характеристика страхування вантажів. Оскільки власники транспортних засобів та власники вантажів, що перевозяться, можуть бути різними суб'єктами, у страховій справі використовують відокремлено страхування транспортних засобів — “каска” та страхування вантажів, що перевозяться цими засобами, — “карго”.

Договір страхування вантажу може укладатися на таких умовах:

- 1) з відповідальністю за всі ризики;
- 2) з відповідальністю за окрему аварію;
- 3) без відповідальності за пошкодження, крім випадків загибелі.

За договором, укладеним за першою умовою (з відповідальністю за всі ризики), відшкодуванню підлягають збитки від пошкодження або повної загибелі всього вантажу або його частини з будь-яких причин, окрім воєнних ризиків, впливу (прямого або опосередкованого) радіації, необачності та навмисних дій страхувальника, а також ризиків, пов'язаних зі специфікою вантажу та його транспортуванням. Деякі з них можуть бути застраховані за додаткову премію.

За договором, укладеним за другою умовою, відшкодовуються збитки від пошкодження чи повної загибелі всього або частини вантажу внаслідок зникнення судна або іншого транспортного засобу, зіткнення або загибелі суден, літаків та інших транспортних засобів чи від удару їх об нерухомі або плавучі об'єкти, посадки судна на мілину, провалу мостів, вибуху, пожежі, пошкодження судна кригою, а також унаслідок заходів, спрямованих на рятування або гасіння пожежі, тобто всі необхідні й доцільні витрати щодо рятування вантажу та зменшення збитку, якщо збиток відшкодовується за умовами страхування.

За договором, укладеним за третьою умовою (без відповідальності за пошкодження, крім випадків загибелі), відшкодо-

вуються ті самі збитки, що й за відповідальності за окрему аварію. Відмінність полягає лише в тому, що в цьому разі відшкодовуються тільки збитки від *повної загибелі всього або частини вантажу*, тоді як у попередньому випадку — від *пошкодження* чи повної загибелі всього або частини вантажу.

І за другою, і за третьою умовами не покриваються збитки за тими самими видами ризиків, що і в першому випадку.

Відповідальність страховика за договором страхування починається з моменту, коли вантаж буде взято зі складу в пункті відправлення для перевезення, і триває доти, доки вантаж не доставлять вантажоотримувачу на склад, зазначений у полісі, але не пізніше 60 днів після розвантаження морського судна в кінцевому порту призначення.

Страхування вантажів, що перевозяться автомобільним транспортом підприємств. Цей вид страхування застосовується підприємствами, що використовують власний транспорт для перевезень. Для кожного транспортного засобу з його назвою та номерним знаком встановлюється страхова сума, що відповідає максимально можливій вартості вантажу. Якщо вартість вантажу перевищує зазначену, то в разі настання страхового випадку відшкодування буде здійснюватись відповідно до правил для страхування нижче страхової вартості. За цим видом страхування встановлюється *жорстка страхова премія*, величина якої визначається видом вантажу, що підлягає транспортуванню.

Страхування перевезень власним транспортом підприємства не охоплює страхування від усіх ризиків. Страховий захист за цим видом страхування поширюється тільки на збитки у зв'язку з нещасним випадком з транспортним засобом, пожежею, ударом блискавки, вибухом, форс-мажорними обставинами, стихійними лихами, крадіжкою транспортного засобу, крадіжкою зі зломом. Виключаються всі ризики ушкодження, крім випадків, зумовлених застрахованими ризиками.

Страхування експонатів виставки. Цей вид страхування є за змістом змішаним страхуванням, що поєднує страхування *вантажів і статичних ризиків*. Це страхування забезпечує

страховий захист по ризику транспортування майна на виставку впродовж виставки та зворотного транспортування.

Майновими об'єктами, з приводу яких відбувається страхування майнових інтересів, є експонати виставки, включаючи стенди та устаткування стендів.

Страховий захист із попереднього зберігання та монтажу, тривалості експонування та демонтажу з наступним зберіганням надається аналогічно страхуванню товарів за внутрішні перевезень.

Збитки від витікання рідини, поломки, відставання фарби, лаку, емалі, викривлення, подряпин, здирання включаються у страховий договір додатково.

Якщо експонати виставляються під відкритим небом, для відповідальності страховика існують обмеження.

Відповідальність за втрату чи пошкодження багажу (вантажобагажу) на залізничному транспорті. Відповідальність за втрату чи пошкодження багажу (вантажобагажу) на залізничному транспорті регламентується Правилами перевезень пасажирів, багажу, вантажобагажу та пошти залізничним транспортом України, які набули чинності з 30 листопада 1998 р.

Згідно із зазначеними вище правилами перевізник несе відповідальність перед пасажиром чи відправником вантажобагажу за виконання перевезень на всьому шляху до видачі багажу (вантажобагажу), за збиток внаслідок повної втрати або пошкодження багажу (вантажобагажу).

Залізниця *не відповідає* перед власником багажу за пошкодження або незадовільний стан продуктів, що швидко псуються, предметів, що б'ються, та крихких, запакованих пасажиром серед інших предметів багажу, якщо при цьому немає якихось зовнішніх пошкоджень упакування, що стали причиною псування багажу.

Залізниця несе відповідальність за повну чи часткову втрату або пошкодження багажу (вантажобагажу) у таких випадках:

- якщо обставинам, які спричинили збитки, залізниця не могла запобігти;
- якщо пошкодження вантажу зумовлені особливими його (вантаж) природними властивостями;

- якщо пасажир або відправник вантажобагажу здав до перевезення заборонені предмети під неправильним, неточним або неповним найменуванням;

- якщо багаж і вантажобагаж, які допускаються до перевезення на особливих умовах, були здані до відправлення під неправильним, неточним або неповним найменуванням чи без дотримання встановлених цими Правилами положень. Доведення того, що втрата, пошкодження багажу чи вантажобагажу виникли з причин, викладених вище, покладається на залізницю.

Якщо вантажобагаж за своїми природними властивостями схильний до втрати ваги під час перевезення, то перевізник несе відповідальність, незалежно від відстані фактичного перевезення, лише за ту частину втрати ваги, яка перевищує норми природної втрати.

Ці обмеження не беруться до уваги, якщо відправником чи одержувачем буде доведено, що втрата ваги не спричинена природними властивостями вантажобагажу.

У разі повної або часткової втрати багажу, зданого до перевезення без оголошеної вартості, залізниця сплачує пасажирові вартість багажу чи втраченої його частини, але не більш як 2,50 грн за кожен втрачений кілограм ваги. Виплата грошей здійснюється на станції призначення відразу після складання та підписання комерційного акта, але не пізніше однієї доби з дати прибуття поїзда, з яким була частина багажу (або мав бути весь багаж), не рахуючи загальних вихідних та святкових днів.

У разі *втрати багажу* чи вантажобагажу з *оголошеною цінністю* залізниця сплачує відшкодування в обсягу оголошеної суми цінності, а якщо залізниця доведе, що оголошена цінність перевищує дійсну вартість, то відшкодування сплачується у розмірі *дійсної вартості*.

У разі часткової втрати багажу чи вантажобагажу, прийнятого з оголошеною цінністю, перевізник сплачує, відповідно, частину оголошеної цінності за кожен втрачений кілограм.

Якщо багаж або вантажобагаж, прийнятий з оголошеною цінністю, пошкоджено, залізниця відшкодовує суму, яка становить частину оголошеної цінності, що відповідає відсотку зниження їхньої цінності внаслідок пошкодження. У разі від-

мови отримувача від часткового отримання багажу (вантажобагажу) залізниця здійснює повне відшкодування у розмірі оголошеної цінності.

Розмір відшкодування у разі втрати або пошкодження вантажу з оголошеною вартістю не повинен перевищувати:

- суми компенсації за повну втрату у разі втрати (зіпсування) всього багажу чи вантажобагажу;
- суми відшкодування за втрату частини, якщо внаслідок пошкодження знеціненою є тільки частина багажу чи вантажобагажу.

У випадках **повного відшкодування** за втрачений багаж (вантажобагаж) залізниця повертає повністю провізні та інші платежі, сплачені пасажиром. У випадках **часткового відшкодування** залізниця сплачує провізні та інші платежі відповідно до частки втрати багажу чи вантажобагажу.

Страховання вантажів, що перевозяться морським транспортом. Договір морського страхування вантажу здійснюється на основі письмової заяви страхувальника, в якій мають бути відображені такі відомості:

- точне найменування вантажу;
- кількість місць;
- маса вантажу;
- рід упаковки;
- номер та дата коносаментів або інших перевізних документів;
- назва, рік побудови, прапор і тоннаж судна;
- спосіб розміщення вантажу (насіпом, наливом, навалом, у трюмі, на палубі);
- пункт відправлення вантажу;
- пункт призначення вантажу;
- дата відправлення вантажу;
- страхова сума вантажу;
- умови страхування.

Якщо **страхова сума**, оголошена страхувальником, **нижча від вартості застрахованого інтересу** (страхової вартості), страховик відповідає за збитки пропорційно відношенню страхової суми до страхової вартості.

Якщо страхова сума, зазначена в договорі морського страхування, перевищує страхову вартість, договір є недійсним щодо тієї частки страхової суми, яка перевищує страхову вартість.

Якщо інтерес застрахований у кількох страховиків, що разом перевищують страхову вартість, усі страховики відповідають лише в межах страхової вартості, відповідальність кожного окремого страховика здійснюється пропорційно страховій сумі за укладеним ним договором морського страхування.

Види відповідальності зі страхування вантажу за міжнародних перевезень такі ж, як і для внутрішніх перевезень:

- з відповідальністю за всі ризики;
- з відповідальністю за окрему аварію;
- без відповідальності за пошкодження, крім випадків загибелі.

Їм відповідають різні групи тарифних ставок.

Умови відповідальності “за всі ризики” найширші, проте вони все ж не покривають усіх ризиків.

За умовами **відповідальності за всі ризики** вилучаються зі страхування ризики, пов’язані:

- з пошкодженням і загибеллю вантажу від знарядь війни, піратських дій;
- конфіскацією та арештом за вимогою властей;
- радіацією;
- навмисними діями та необачністю страхувальника або його представника;
- порушенням правил перевезення, зберігання, невідповідності упаковки і т. ін.;
- впливом трюмного повітря або основних властивостей вантажу;
- вогнем та вибухом, за умови, що на судно без відома страховика були завантажені вибухонебезпечні та вогненебезпечні речовини;
- недостачею вантажу при непошкодженій упаковці;
- пошкодженням вантажу гризунами, червами, комахами;
- запізненням доставки вантажу та падінням цін.

Якщо вантаж страхується з відповідальністю **за окрему аварію**, то збитки від цієї аварії не підлягають розподілу між

судном, вантажем і фрахтом. За них відповідає той, хто їх зазнав, або той, на кому лежить відповідальність за їх спричинення.

До збитків від окремої аварії належать збитки, які не визначаються загальною аварією, а саме:

- вартість викинутого за борт вантажу, що самозайнявся, і вантажу, що перевозився на судні всупереч правилам і звичаям торговельного мореплавства;
- збитки, заподіяні (будь-яким чином) під час гасіння пожежі на борту судна, внаслідок дії диму або зігрівання;
- збитки, заподіяні обрубанням уламків або частин судна, знесених чи загублених у результаті нещасного випадку;
- витрати, пов'язані з переміщенням або вивантаженням вантажу, палива чи предметів постачання в порту відправлення чи заходження або в місці сховища, коли пошкодження судна виявлено в порту відправлення або заходження, за умови, що протягом рейсу не трапилося ніякого нещасного випадку чи іншої надзвичайної події, пов'язаної з таким пошкодженням, а також коли такі витрати було здійснено виключно з метою переукладання вантажу через зміщення під час рейсу, якщо тільки таке переукладання не є необхідним заради загальної безпеки;
- витрати на заробітну плату та утримання екіпажу судна, а також на паливо і предмети постачання, зроблені за період ремонту пошкодження судна, навіть за умови, що ремонт був зумовлений потребою безпечного продовження рейсу у випадках, коли пошкодження судна виявлено в порту відправлення або заходження, за умови, що протягом рейсу не трапилося ніякого нещасного випадку, пов'язаного з таким пошкодженням:
- будь-які збитки або витрати, яких зазнали судно або вантаж унаслідок збільшення тривалості рейсу (збитки від простою, зміни цін тощо).

Якщо вантаж страхується за умовою “без відповідальності за пошкодження, крім загибелі”, то перелік збитків, що страхуються і підлягають відшкодуванню, такий самий, що і “за окрему аварію”, але не відшкодовуються збитки за пошкодження.

Збитки від *загальної аварії* розподіляються між *судном, фрахтом і вантажем пропорційно їхній вартості*.

Під *фрахтом* у цьому випадку розуміють також плату за перевезення пасажирів і багажу.

Загальна аварія — це подія, що зумовила збитки, яких зазнано внаслідок зроблених навмисно і розумно надзвичайних витрат або пожертвувань з метою врятування судна, фрахту і вантажу, що провозиться на судні, від загальної для них небезпеки.

Відносини, пов'язані з загальною аварією, регулюються законодавством держави, в порту якої судно закінчило рейс після події, що спричинила загальну аварію, якщо інше не встановлено угодою сторін.

Якщо всі особи, інтереси яких зачіпає загальна аварія, належать до України, застосовується законодавство України.

Порядок розподілу загальної аварії, якщо вона розподіляється в Україні, регулюється правилами Кодексу торговельного мореплавства України.

Збитками, що належать до загальної аварії (ст. 279), є:

— збитки, спричинені викиданням вантажу або приладдя судна за борт, а також збитки від пошкодження судна чи вантажу під час здійснення заходів для загального порятунку, зокрема внаслідок проникнення в трюм води через відкриті для викидання вантажу люки або інші зроблені для цього отвори;

- збитки, зумовлені гасінням пожежі, включаючи збитки від затоплення судна, що загорілося;
- збитки, заподіяні навмисною посадкою судна на мілину і зняттям такого судна з мілини;
- збитки від пошкодження двигунів, інших машин чи котлів судна, що знаходяться на мілині, заподіяні внаслідок спроби зняти судно з мілини;
- надзвичайні витрати, пов'язані з перевантаженням вантажу, палива або предметів постачання з судна в ліхтери, з найманням ліхтерів та зі зворотним завантаженням на судно у разі посадки судна на мілину;
- збитки від пошкодження або загибелі вантажу, палива чи предметів постачання, заподіяні переміщенням їх на судні, вивантаженням із судна, зворотним завантаженням і укладан-

ням, а також під час зберігання у тих випадках, коли самі витрати на виконання цих операцій визначаються загальною аварією;

- витрати, здійснені з метою отримання допомоги, як за договором про рятування, так і без нього, тією мірою, якою рятувальні операції проводилися з метою запобігання небезпеці для судна, фрахту і вантажу;

- збитки від забруднення довкілля, що виникло внаслідок загальної аварії;

- втрата фрахту, спричинена втратою вантажу, у тих випадках, коли втрата вантажу відшкодовується в порядку розподілу загальної аварії, при цьому з фрахту виключаються витрати, що були б здійснені перевізником вантажу для його отримання, але внаслідок пожертвування здійснені не були.

Стаття 280 Кодексу торговельного мореплавства України визначає перелік витрат, що прирівнюються до загальної аварії. Головні з них такі.

1. Витрати, спричинені вимушеним заходженням судна в місце сховища або повернення у порт відправлення внаслідок нещасного випадку чи іншої надзвичайної обставини.

2. Витрати, пов'язані з виходом судна з початковим вантажем або його частиною з місця сховища або з порту відправлення, куди воно було змушене повернутися.

3. Витрати, пов'язані з переміщенням вантажу, палива або предметів постачання в порту відправлення, заходження чи місця сховища, здійснені заради загальної безпеки.

4. Витрати на зберігання, включаючи обґрунтоване страхування, на зворотне завантаження та укладання вантажу, палива і т. ін., вивантажених або переміщених заради безпеки. Але якщо судно визнане непридатним до плавання, якщо воно не продовжило свого початкового рейсу, витрати на зберігання приймаються на загальну аварію до дати визнання судна непридатним до плавання або відмови від рейсу чи до дати закінчення вивантаження вантажу, якщо судно буде визнане непридатним до плавання або відмовилося від рейсу до такої дати.

5. Витрати на заробітну плату та утримання екіпажу судна, на паливо і предмети постачання, зроблені у зв'язку з продовженням цього рейсу в результаті заходження судна в місце

сховища або перевезення його в порт відправлення, за обставин, зазначених у пунктах 1 і 3 цієї статті.

6. Витрати на заробітну плату та утримання екіпажу судна, що виникли під час затримки судна в інтересах загальної безпеки в будь-якому місці внаслідок нещасного випадку чи іншої надзвичайної обставини або для ремонту пошкоджень, заподіяних такою обставиною, якщо цей ремонт є необхідним для забезпечення продовження рейсу. Витрати на паливо, предмети постачання і портові витрати, що виникли під час затримки, відшкодовуються у порядку розподілу загальної аварії, *за винятком витрат, що виникли через ремонт, який не приймається на загальну аварію.*

7. Передбачені в пунктах 1—6 цієї статті витрати, спричинені необхідністю переходу судна з місця сховища в інше місце через неможливість здійснити ремонт у першому місці сховища, а також витрати на такий перехід, включаючи тимчасовий ремонт і буксирування.

8. Вартість тимчасового ремонту судна, проведеного з метою загальної безпеки в порту відправлення, заходження або в місці сховища, а також вартість тимчасового пошкодження, що приймаються на загальну аварію. Однак вартість тимчасового усунення випадкових пошкоджень, необхідних тільки для завершення цього рейсу, відшкодовується лише у межах тих відвернутих витрат, що були б віднесені до загальної аварії, якби такого усунення не було виконано.

9. Усі надзвичайні витрати, здійснені замість інших витрат, що були б віднесені до загальної аварії; однак вони відшкодовуються лише в межах відвернутих витрат незалежно від економії, отриманої будь-яким з учасників загальної аварії внаслідок таких замісних витрат.

Розрахунок щодо розподілу загальної аварії називається *диспашею*. Він здійснюється за заявою зацікавлених сторін.

Як зазначається у ст. 289 Кодексу торговельного мореплавства, сторона, яка вимагає розподілу загальної аварії, зобов'язана *довести*, що заявлені збитки або витрати *повинні бути визнані загальною аварією*.

Усі матеріали, на підставі яких складається диспаша, мають бути доступними для огляду, і диспашер, на вимогу заці-

кавлених осіб, зобов'язаний за їх рахунок видати їм засвідчені копії цих матеріалів.

За складання диспаші справляється збір, що включається в диспашу і розподіляється між усіма учасниками пропорційно часткам їхньої участі у загальній аварії. Розмір і порядок справляння збору встановлюється Міністерством транспорту України за погодженням з Міністерством економіки (ст. 290).

Зацікавлені особи можуть оскаржити диспашу в судовому порядку протягом шести місяців з дня її одержання.

Якщо диспашу не оскаржено у зазначені терміни або оскаржено, але залишено судом у силі, стягнення за нею може бути зроблено шляхом здійснення нотаріального виконавчого напису (на основі пред'явленої диспаші та довідки про нескасування судом диспаші).

У процесі визначення виду аварії, обчислення розмірів загальної аварії та складання диспаші диспашер у разі неповноти закону керується міжнародними звичаями торговельного мореплавання (ст. 293).

Зведення цих правил та звичаїв у визначенні загальної аварії відображається в Йорк-Антверпенських правилах 1974 р.

Відшкодування збитків за загальною аварією. Загальна вартість майна, що бере участь у покритті збитків за загальною аварією, називається *контрибуційним капіталом*.

Збитки від пошкодження або загибелі вантажів, завантажених на судно без відома судовласника або його агентів, а також від пошкодження і загибелі вантажів, що навмисно були здані для перевезення під неправильним найменуванням, не розподіляються у порядку, визначеному для загальної аварії.

Однак, якщо ці вантажі було врятовано, їх *власники зобов'язані* брати участь на загальних підставах у внесках, пов'язаних із загальною аварією.

Власники вантажів, вартість яких у момент здавання для перевезення була зазначена нижчою їхньої дійсної вартості, беруть участь у внесках, пов'язаних із загальною аварією, відповідно до дійсної вартості вантажів, але отримують відшкодування збитків лише відповідно до їхньої зазначеної вартості (ст. 282).

Обсяг збитків від пошкодження або втрати пожегтованого вантажу, що відшкодовуються у порядку розподілу загальної аварії, визначається відповідно до вартості на момент розвантаження, яка визначається за рахунком, виставленим одержувачеві вантажу, а в разі відсутності рахунка — за його відвантажувальною вартістю. Вартість на момент розвантаження включає вартість страхування і фрахту, крім тих випадків, коли фрахт перебуває на ризику інших інтересів, ніж вантаж.

У разі продажу пошкодженого вантажу, збитки, що відшкодовуються, визначаються як різниця між його вартістю у непошкодженному стані і чистою виручкою від його продажу (ст. 284).

Визначення загальної вартості майна у зв'язку з загальною аварією. Контрибуційні внески, пов'язані з загальною аварією, вираховуються з дійсної чистої вартості на момент закінчення рейсу, за винятком внесків за вантаж, що вираховуються з вартості вантажу на момент розвантаження, яка визначається за рахунком, виставленим одержувачеві вантажу, а в разі відсутності рахунка — з відвантажувальної вартості. *Вартість вантажу* включає вартість страхування і фрахт, крім випадків, коли фрахт перебуває на ризику інших інтересів, ніж вантаж, за вирахуванням із неї вартості витрати або пошкодження, завданих вантажу до моменту розвантаження включно.

Вартість судна визначається без урахування позитивного або негативного ефекту бербоут (або тайм-чартеру).

До цих вартостей додається сума, що відшкодовується за загальною аварією за пожертвування майна, якщо тільки ця сума вже не включена. Із суми фрахту або проїзної плати, що перебувають на ризику судовласника, виключаються заробітна плата і витрати на утримання екіпажу, які б не довелося сплачувати, якби судно і вантаж повністю загинули за обставин, що спричинили загальну аварію, і які були віднесені до загальної аварії.

Крім того, з вартості майна виключаються всі додаткові витрати, здійснені щодо цього майна після загальної аварії, за винятком тих, які належать до загальної аварії.

Вантаж і власне майно пасажирів, на яке не було видано коносамент, не беруть участі у внесках, пов'язаних із загальною аварією (ст. 287).

У разі настання будь-якого страхового випадку під час рейсу, пов'язаного зі стихійним лихом, *капітан судна* з метою зняття з себе відповідальності за можливі пошкодження вантажу чи судна в першому порту заявляє компетентним державним органам *морський протест*.

Заява про морський протест повинна вміщувати опис обставини події та заходів, вжитих капітаном для забезпечення цілості довіреного йому майна.

У морському страхуванні для доведення інтересу в застрахованому вантажі слід пред'явити:

- коносаменти та інші перевізні документи;
- фактури і рахунки;
- чартери та коносаменти (за страхування фрахту).

Наявність страхової події підтверджується:

- морським протестом;
- випискою з журналу судна;
- достовірними відомостями про вихід судна з останнього порту та очікуваної дати прибуття судна в черговий порт, якщо судно зникло безвісти.

Для доведення обсягу претензій щодо збитків пред'являють:

- аварійний сертифікат;
- акти експертизи;
- документи, що засвідчують здійснені витрати;
- обґрунтований розрахунок і диспашу, в разі наявності вимог щодо виплати частки в загальній аварії.

Страхування морських ризиків в Україні мають право здійснювати тільки члени Морського страхового бюро України (МСБ). Договори морського страхування, укладені не з членами МСБ (у тому числі з іноземними страховиками), є недійсними.

Морське страхове бюро України створене в червні 1998 р. відповідно до ст. 12 Закону України “Про страхування”, ст. 242 Кодексу торговельного мореплавства України. Воно діє на підставі Положення про МСБ, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 квітня 1998 р. № 561.

Основні завдання МСБ:

- координація діяльності національних страховиків у галузі страхування на морському транспорті;
- дослідження та прогнозування національного ринку страхових послуг у галузі торговельного мореплавства;
- організація співробітництва з підприємствами, їх об'єднаннями та іншими організаціями, які експлуатують або обслуговують засоби морського транспорту;
- підготовка та внесення на розгляд державних органів пропозицій щодо законодавчих та інших нормативних актів з морського страхування, розроблення рекомендацій з методології здійснення відповідних видів морського страхування;
- сприяння впровадженню прийнятних у міжнародній практиці умов морського страхування та форм уніфікованих полісів;
- збирання, аналіз та оприлюднення статистичних даних щодо збитків на морському транспорті;
- розроблення програм та методів страхування морських ризиків, заходів щодо запобігання страховим випадкам;
- організація та проведення консультацій з технічних, економічних та юридичних питань, пов'язаних з класифікацією страхових випадків, визначення розміру збитків та страхового відшкодування;
- організація та проведення науково-практичних заходів з питань страхування на морському транспорті, забезпечення методичними матеріалами, інформаційне забезпечення страховиків і страхувальників;
- видання бюлетенів і довідників, проведення навчання, підвищення кваліфікації, організація конференцій, семінарів тощо;
- представництво інтересів страховиків — членів Бюро у міжнародних об'єднаннях страховиків.

На початку ХХІ ст. членами МСБ України є понад 100 страхових компаній, зокрема СК “Азов”, “Алькона”, “АСКА”, “Вексель-ФСА”, “Велта”, “Гарант-АВТО”, “Інтер-Поліс”, “Дніпрофлот”, “Енергополіс”, “ІНТО”, “Кримська страхова компанія”, “Страхова група “ТАС”, “Міська страхова компанія”, “Морська страхова компанія”, “Гарант Ре”, “Народно-фінансова страхова компанія” та ін.

Обов'язкове страхування відповідальності повітряного перевізника і виконавця повітряних робіт щодо відшкодування збитків, заподіяних пасажиром, багажу, пошти, вантажу, прийнятих до перевезення, іншим користувачам повітряного транспорту та третім особам.

Предмет страхування — майнові інтереси страхувальника, що виникають унаслідок зобов'язання відшкодувати у порядку, встановленому законодавством, пасажиром, власнику вантажу, іншим користувачам повітряного транспорту та третім особам збитки, пов'язані з експлуатацією повітряного судна.

Страховальник — повітряний перевізник, що має право здійснювати пасажирські та вантажні перевезення.

Страхові випадки:

- авіаційна подія за участю повітряного судна страхувальника, внаслідок якої настає його цивільна відповідальність за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю пасажирів, а також їхньому майну;

- факт пошкодження, псування або заподіяння іншої шкоди багажу, пошти, вантажу, за які страхувальник (повітряний перевізник чи виконавець повітряних робіт) несе відповідальність за контрактом на перевезення (за багажною квитанцією або пасажирським квитком);

- заподіяння шкоди іншим користувачам повітряного транспорту та третім особам.

Страхова сума (ліміт відповідальності страховика) за шкоду, заподіяну:

1) пасажиром:

— під час виконання польотів у межах України, не повинна бути меншою суми, еквівалентної 20 тис. дол. США за офіційним курсом гривні до долара США, визначеним НБУ на день здійснення польоту, за кожне пасажирське крісло і відповідно до кількості пасажирських крісел, передбаченої сертифікатом цього судна. Страховик сплачує зазначену страхову суму кожній потерпілій особі;

— під час виконання *міжнародних польотів*, — перебувати у межах та здійснюватись на умовах, передбачених міжнародними угодами або законодавством країни, на території якої виконуються пасажирські перевезення;

2) *пошти, вантажу або багажу*, не повинна бути меншою від суми, еквівалентної 20 тис. дол. США за офіційним курсом гривні щодо долара США, визначеним НБУ на день здійснення польоту, за кілограм. За речі (ручна поклажа), що знаходяться у пасажира, — суми, еквівалентної 400 дол. США (за тими самими умовами);

3) *іншим користувачам повітряного транспорту та третім особам:*

- для повітряного судна з максимальною злітною вагою:
 - понад 2000 кг — 200 тис. грн;
 - від 2001 до 6000 кг — 500 тис. грн;
 - від 6001 до 25 000 кг — 1000 тис. грн;
 - від 25 001 до 50 000 кг — 5000 тис. грн;
 - від 50 001 до 100 000 кг — 15 000 тис. грн;
 - понад 100 000 кг — 20 000 тис. грн.

Під час виконання міжнародних польотів страхова сума (ліміт відповідальності страховика) встановлюється в межах, передбачених міжнародними угодами або законодавством країни, на території якої виконуються повітряні роботи.

Таке страхування здійснюється відповідно до уніфікованих умов Об'єднання лондонських страховиків або інших умов, що застосовуються у міжнародній практиці.

Якщо загальний розмір шкоди за одним страховим випадком перевищує зазначений розмір страхової суми, відшкодування кожній потерпілій особі пропорційно зменшується.

Якщо пасажир з дозволу авіаційного перевізника перебуває на борту повітряного судна без квитка і не застрахований згідно з Положенням про порядок і умови проведення обов'язкового страхування працівників замовника авіаційних робіт, осіб, пов'язаних із забезпеченням технологічного процесу при виконанні авіаційних робіт, та пасажирів, які перевозяться за його заявкою без придбання квитків, страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.

У разі настання страхової події страхувальник зобов'язаний у строк, зазначений у договорі, письмово повідомити страховика про її настання та надати необхідні документи:

- страховий поліс;
- платіжне доручення про сплату страхових внесків;

- сертифікат про придатність повітряного судна до польотів;
- завдання на політ;
- письмову претензію пасажирів, власників вантажу, третіх осіб або їх правонаступників та документи про розмір збитків (висновки державних та відомчих комісій, обґрунтовані суми збитків);
- страховий акт (сертифікат);
- корінці авіаквитків та багажних квитанцій пасажирів повітряного судна;
- документи на перевезення вантажів та пошти;
- документи реєстрації події з повітряним судном, включаючи завдання польоту.

Страховий тариф із цього виду страхування на один рік не може перевищувати:

- 2 % страхових сум, визначених договором обов'язкового страхування відповідальності за відшкодування збитків, завданих пасажиром, багажу, пошти, вантажу;
- 1 % страхових сум, визначених договором обов'язкового страхування інших користувачів повітряного транспорту та третіх осіб.

Обов'язкове страхування відповідальності експлуатанта повітряного судна за збитки, які можуть бути заподіяні при виконанні експлуатаційних робіт.

Об'єкт страхування — майнові інтереси страхувальника, що виникають внаслідок зобов'язання відшкодувати в порядку, встановленому законодавством, збитки, завдані третім особам під час виконання авіаційних робіт.

Страхувальник — виконавець авіаційних робіт, що експлуатує повітряне судно на законних підставах.

Страховий випадок — авіаційна подія за участю повітряного судна страхувальника, внаслідок якої настає його цивільна відповідальність за заподіяну шкоду життю та здоров'ю третіх осіб, їхньому майну, майну юридичних осіб.

Страхова сума (ліміт відповідальності) для польотів, що виконуються у межах України, не повинна бути меншою ніж: для повітряного судна з максимальною злітною вагою до

2000 кг — 200 тис. грн, від 2001 до 6000 кг — 500 тис. грн, понад 6000 кг — 1000 тис. грн.

Для міжнародних польотів страхова сума визначається міжнародними угодами або законодавством країни, на території якої виконуються авіаційні роботи.

Якщо загальний розмір шкоди за одним страховим випадком перевищує загальний розмір страхової суми, відшкодування кожній потерпілій особі пропорційно зменшується.

Страховий тариф із цього виду обов'язкового страхування на один рік не повинен перевищувати 1 % страхової суми, визначеної договором обов'язкового страхування.

Висновки

1. Транспортне страхування пов'язане з відшкодуванням збитків у зв'язку з страховими подіями, що виникають на сухопутних, водних та повітряних шляхах сполучення у зв'язку з перевезенням пасажирів та вантажу.

2. Каско — страхування власне транспортного засобу; карго — страхування вантажів; каско-карго — одночасне страхування транспортних засобів та вантажів, що ними перевозяться.

3. Страхування “авто-карго” — це страхування автотранспортних засобів. Воно може бути повним та частковим.

4. Поліс з оголошеною вартістю зобов'язує страховика у разі настання страхової події виплатити фіксовану договором суму страхового відшкодування. За відкритим полісом після виникнення страхової події визначається сума збитку, що підлягає відшкодуванню страхувальнику з боку страховика.

5. Страхова сума при страхуванні авто-каско визначається на основі заяви страхувальника та документів, що підтверджують вартість автотранспортного засобу.

6. Страхування водних транспортних засобів ґрунтується в основному на тих самих засадах, що й автомобільних. Страхова оцінка судна не повинна перевищувати його (судна) дійсної вартості.

7. Майновими об'єктами морського страхування є: морські судна (каско); вантажі (карго); фрахт; контейнери; відповідальність власників перед третіми особами.

8. Морське страхування здійснює страховий захист морських суден від ризиків: з відповідальністю за загибель та пошкодження судна; без відповідальності за пошкодження, крім випадку краху (загибелі) судна; без відповідальності за окрему аварію; з відповідальністю тільки за повну загибель судна; з відповідальністю тільки за повну загибель судна, включаючи витрати на його порятунок.

9. Обов'язкове авіаційне страхування в Україні здійснюється страховиками, які визнані такими згідно із законодавством України, одержали в установленому порядку ліцензії на здійснення цього виду страхування і є членами Авіаційного страхового бюро.

10. Страховою подією для майнового страхування є один або кілька нещасних випадків, що зумовили тілесні ушкодження та (або) пошкодження майна і є несподіваними та ненавмисними для страхувальника.

11. Обов'язкове страхування авіаційних суден захищає інтереси страхувальника (власника повітряного судна, повітряного перевізника, що експлуатує судно на законних підставах).

12. Страховими випадками з авіаційного обов'язкового страхування є: загибель повітряного судна, зникнення судна безвісти; втрата судна у зв'язку з вимушеною посадкою в місці, неприйнятному для евакуації судна; цілковите руйнування повітряного судна.

13. Страхування вантажів (карго) можливе за умовами: з відповідальністю за всі ризики; з відповідальністю за окрему аварію; без відповідальності за пошкодження, крім випадків загибелі.

14. При страхуванні перевезень, що здійснюються власним транспортом підприємства, страхова премія (жорстка) встановлюється залежно від величини та виду вантажу.

15. Страхові події для перевезень, що здійснюються власними транспортними засобами підприємства: нещасний випадок з транспортним засобом; пожежа, удар блискавки, вибух,

форс-мажорні обставини, крадіжка транспортного засобу; крадіжка зі зломом.

16. Страхування експонатів виставки та ярмарки включає страхування вантажів та статичних ризиків, пов'язаних зі збереженням та експонуванням виставки, включаючи стенди та устаткування стендів.

17. На залізничному транспорті перевізник несе відповідальність перед пасажиром чи відправником багажу (вантажобагажу) за виконання перевезень на всьому шляху аж до видачі багажу (вантажобагажу), за збиток внаслідок повної втрати або пошкодження багажу (вантажобагажу).

18. Відшкодування збитків може бути повним (за втрачений багаж) та частковим (відповідно до частки втраченого багажу).

19. Страхування вантажів на морському транспорті здійснюється: з відповідальністю за всі ризики; з відповідальністю за окрему аварію; без відповідальності за пошкодження, крім випадків загибелі.

20. Збитки від загальної аварії розподіляються між судном, фрахтом і вантажем пропорційно до їхньої вартості. Збитки за окрему аварію несе той, хто їх зазнав, або той, на кому лежить відповідальність за їх спричинення.

21. Страхування відповідальності повітряного перевізника і виконавця повітряних робіт щодо відшкодування збитків, заподіяних пасажирам, багажу, пошти, вантажу, прийнятних до перевезень, здійснюють страховики — члени Авіаційного страхового бюро. Страхувальником є перевізник, що має законне право здійснювати пасажирські та вантажні перевезення.

22. Страхова сума (ліміт відповідальності страховика) під час виконання міжнародних польотів встановлюється міжнародними угодами або законодавством країни, на території якої виконуються повітряні угоди. Під час виконання внутрішніх польотів страхова сума за цим видом обов'язкового страхування визначається законодавством країни.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Авіаційне страхове бюро (АСБ); авіаційне страхування; відкритий поліс; відповідальність за втрату чи пошкодження вантажу на залізничному транспорті; загальна аварія; загибель повітряного судна; заява про морський протест; контрибуційний капітал; шедулярні договори; морське страхове бюро (МСБ); окрема аварія; повна та часткова загибель вантажу; поліс з оголошеною вартістю; пошкодження вантажу; страхування автомобільних перевезень (авто-карго); страхування автотранспортних засобів (авто-каско); страхування вантажів, що перевозяться морським транспортом; страхування вантажів; страхування відповідальності повітряного перевізника щодо збитків, заподіяних пасажирам, багажу, пошті, вантажу на повітряному транспорті; страхування водних (внутрішніх) транспортних засобів; страхування експонатів виставки; страхування морських суден; транспортне страхування.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Дайте визначення транспортного страхування та розкрийте його структуру.
2. Дайте визначення та розкрийте сутність потреби в розмежуванні страхування каско та карго.
3. Дайте характеристику повного та часткового страхування авто-каско.
4. Страхова сума при страхуванні авто-каско визначається:
 - а) заявою страховальника щодо страхової оцінки транспортного засобу;
 - б) документами, що засвідчують вартість автотранспортного засобу;

в) заявою страховальника та документами, що підтверджують вартість транспортного засобу;

г) всі відповіді неправильні.

5. Укладання договору страхування, автомобіля, що перебуває в експлуатації менше п'яти років, у зв'язку з втратою товарного вигляду внаслідок страхової події, за умови, що автомобіль застрахований за дійсною вартістю, потребує додаткової плати страховальника у розмірі:

а) 20 % від оцінки дійсної вартості;

б) 15 % від оцінки дійсної вартості;

в) 10 % від оцінки дійсної вартості;

г) 5 % від оцінки дійсної вартості.

6. Які збитки за страхування судна за умовами відповідальності за загибель та пошкодження відшкодовуються без франшизи:

а) від пошкодження судна, спричинені заходами щодо його спасіння;

б) пов'язані з поломкою валів;

в) спричинені зіткненням з іншим судном;

г) від пошкодження судна, що виникли в результаті нещасного випадку при завантаженні палива?

7. Страховик звільняється від відшкодування збитків при страхуванні морських суден за умови:

а) повної загибелі судна;

б) зникнення судна безвісти;

в) неморехідності судна;

г) всі відповіді правильні.

8. Обов'язкове авіаційне страхування мають право здійснювати:

а) всі страхові компанії, що отримали ліцензії на здійснення майнового страхування;

б) страховики, що є членами АСБ;

в) страховики, що отримали ліцензію на здійснення транспортного страхування;

г) всі відповіді правильні.

9. Обов'язкове авіаційне страхування не поширюється на ризики, коли:

а) повітряне судно здійснює політ у несправному стані;

б) судно зникло безвісти;

- в) повітряне судно цілковито зруйноване;
- г) всі відповіді правильні.

10. Страхові тарифи з обов'язкового страхування повітряних суден залежать від:

- а) страхової суми;
- б) максимальної злітної ваги;
- в) максимальної злітної ваги та страхової суми;
- г) всі відповіді неправильні.

11. Шедулярні договори — це договори, що вміщують інформацію про:

- а) майновий об'єкт страхування;
- б) учасників договору страхування, експлуатантів, вигодонабувачів, екіпажі та повітряні судна, страхові суми, франшизи, терміни страхування і т. ін.;
- в) про майнові інтереси страхувальника;
- г) всі відповіді правильні.

12. Залізниця несе відповідальність за повну або часткову втрату чи пошкодження багажу (вантажобагажу):

- а) здійснюючи перевезення на всьому шляху до видачі багажу;
- б) за продукти, що під час перевезення зіпсувались у зв'язку з тим, що мають короткий строк зберігання;
- в) за побиті продукти, упакування яких здійснював пасажир;
- г) всі відповіді неправильні.

13. Якщо при страхуванні вантажів, що перевозяться морським транспортом, страхова сума, оголошена страхувальником, нижча від страхової вартості, то страховик відповідає за збитки:

- а) в обсязі страхової суми;
- б) в обсязі страхової вартості;
- в) пропорційно відношенню страхової суми до страхової вартості;
- г) немає правильної відповіді.

14. Якщо страхова сума, зазначена в договорі морського страхування перевищує страхову вартість, то страховик відповідає за збитки:

- а) у межах страхової суми;
- б) у межах страхової вартості;

в) звільняється від відповідальності за застраховане майно;

- г) всі відповіді неправильні.

15. Якщо вантаж за міжнародних перевезень застраховано за умовами відповідальності за всі ризики, то страховик несе відповідальність за ризики, пов'язані з:

- а) пошкодженням вантажу гризунами;
- б) нестачею вантажу при неушкодженій упаковці;
- в) радіацією;

г) повною втратою багажу (багажовантажу) у зв'язку із загибеллю судна.

16. За умови відповідальності за всі ризики страховик не несе відповідальності за ризики:

- а) пов'язані з конфіскацією та арештом за вимогою властей;
- б) за умови зникнення судна безвісти;
- в) за умови зіткнення суден;
- г) всі відповіді правильні.

17. Виберіть із переліку збитків ті, які належать до загальної аварії:

- а) вартість викинутого за борт вантажу, що самозайнявся;
- б) вартість викинутого за борт вантажу, що перевозився на судні всупереч правилам і звичаям торговельного мореплавства;
- в) збитки, заподіяні під час гасіння пожежі на борту судна;
- г) збитки, спричинені викиданням вантажу або приладдя судна за борт для загального порятунку судна.

18. Виберіть із переліку збитків ті, що не належать до загальної аварії:

- а) збитки від забруднення довкілля що виникло внаслідок загальної аварії;
- б) збитки, зумовлені гасінням пожежі, включаючи збитки від затоплення судна, що загорілося;
- в) збитки, заподіяні навмисною посадкою на міліну та зняттям такого судна з міліни;

г) збитки, заподіяні обрубанням уламків або частин судна, знесених чи загублених у результаті нещасного випадку.

19. Морське страхування в Україні мають право здійснювати страховики, які:

а) мають ліцензію на право здійснювати транспортне страхування;

б) є членами МТБ;

в) мають ліцензію на право здійснення майнового страхування;

г) немає правильної відповіді.

20. Страхова сума за обов'язкового страхування відповідальності повітряного перевізника за збитки, заподіяні пасажиром під час виконання польотів у межах України, встановлюється у розмірі:

а) не менше 10 тис. дол. США за офіційним курсом гривні до долара США на день здійснення польоту;

б) не менше 15 тис. дол. США за офіційним курсом НБУ на день здійснення польоту;

в) не менше 20 тис. дол. США за офіційним курсом НБУ на день здійснення польоту;

г) немає правильної відповіді.

Література

1. *Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін.* Страхова справа. Інтегрований навч. комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: У 2 кн. — Кн. 1: Страхування. Страхові послуги. — К.: НВП “АВТ”; Х.: Вид. центр НТУ “ХПІ”, 2003. — С. 505—583.

2. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. — 5-те вид., стер. — К.: Знання, 2006. — С. 66—73, 228—263.

3. *Горбач Л.М.* Страхова справа: Навч. посіб. — 2-ге вид., випр. — К.: Кондор, 2003. — С. 107—111.

4. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7.

5. *Кащенко О.Л., Борисова В.А.* Соціально-економічні умови страхування: Навч. посіб. — Суми: Університет. кн., 1999. — С. 48—50.

6. Кодекс торговельного мореплавства України // Голос України. — 1995. — № 127-128.

7. *Мачуський В.В.* Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 169—202.

8. Повітряний кодекс України від 4 травня 1993 р. № 3167-ХІІ // Законодавство України про страхування: Зб. нормат. актів. — К.: Атіка, 1999. — С. 61—62.

9. Справочник по страхованию в промышленности: Пер. с нем. / Под ред. Н.А. Никологорского. — М.: Страховой полис: ЮНИТИ, 1994. — С. 183—220.

10. Страхование: принципы и практика: Учеб. пособие / Сост. Д. Бланд. — М.: Финансы и статистика, 2000. — С. 89—98.

11. Страхування: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 306—356.

12. Страхование от А до Я / Под ред. Л.И. Корчевской, Е.Е. Турбиной. — М.: ИНФРА-М, 1996. — С. 314—374.

13. *Шумелда Я.* Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006. — С. 116—120.

Розділ 10

СТРАХУВАННЯ ПІДПРИЄМНИЦЬКИХ РИЗИКІВ

- 10.1. Місце страхування в страховому захисті підприємництва.
- 10.2. Різновиди страхування підприємницьких ризиків.
- 10.3. Страхування підприємницької діяльності в промисловості.
- 10.4. Страхування в системі управління підприємницьким ризиком в аграрному бізнесі.

10.1. Місце страхування в страховому захисті підприємництва

Будь-яка підприємницька діяльність, як відомо, пов'язана з несподіванками, ступінь яких залежить від можливості підприємця прогнозувати політичну й економічну ситуацію, розраховувати фінансову окупність проектів, вибирати партнерів по бізнесу, оперативно реагувати на зміни ринку й приймати ефективні управлінські рішення. Однак передбачити всі несподіванки, що супроводжують підприємницьку діяльність, як правило, неможливо, а тому завжди є ризик збитків або неотримання наміченого прибутку. Одним зі способів захисту від таких ризиків є підписання зі страховою компанією договору страхування.

Для страхування втрат від ризику страхувальник і страховик укладають договір страхування. У практиці страхування ризиків підприємництва найбільш поширеними є майнове страхування, страхування відповідальності, страхування фінансово-кредитної діяльності та особисте страхування.

Майнове страхування — це сфера страхування, в якій об'єктом страхових відносин є майно в різних видах (основні і оборотні фонди) та фінансові ризики. Майно найчастіше страхується на випадок знищення або пошкодження в результаті стихійного лиха, пожеж, аварій, крадіжок зі зломом тощо.

Страхування фінансових ризиків у структурі галузевого ринку займає поки що незначну частку. За договором страхування фінансових ризиків застрахувати можна угоди: купівлі-продажу, обміну, поставки, перевезення, лізингу, комісії, підряду, товарного кредиту, надання послуг, виконання робіт тощо. Об'єктом страхування може бути ризик невиконання зобов'язань за договором унаслідок виникнення форс-мажорних обставин, ризик невиконання фінансових зобов'язань самим страхувальником або його партнером.

Однією зі специфічних форм страхування фінансових ризиків є хеджування, яке дає змогу виключити або обмежити ризики фінансових операцій внаслідок несприятливих змін курсу валют, цін на товари, послуги, відсоткових ставок і т. ін. у майбутньому.

Останнім часом широкого застосування в підприємницькій діяльності набуває страхування відповідальності. Страхування відповідальності — це галузь страхування, де об'єктом є відповідальність перед третіми юридичними або фізичними особами, котрі можуть зазнати збитків унаслідок будь-якої дії або бездіяльності страхувальника.

Договір страхування відповідальності, укладений страхувальником і страховою компанією, захищає насамперед інтереси страхувальника від фінансових витрат, які можуть бути покладені на нього законом або судом, у зв'язку із завданими ним збитками третій особі.

Відповідальність підприємства передбачає широкий спектр ситуацій від його відповідальності за непогашення кредитів до відповідальності за екологічне забруднення, спричинення збитку природі та жителям району через неправильну технологію своєї діяльності. У випадку спричинення страхувальником шкоди здоров'ю або майну третіх осіб, страховик згідно з законом або за рішенням суду здійснює відповідні виплати, що компенсують заподіяну шкоду.

Перед укладанням договору страхування, страхова компанія оцінює ступінь ризику за інформацією, наданою підприємством-страхувальником або іншою уповноваженою особою (документи, які свідчать про фінансовий стан позичальника, техніко-економічне обґрунтування заходів, які кредитуються, копії контрактів, під які надається кредит тощо).

Розмір страхового платежу залежить від ступеня ризику, суми, кредиту та відсоткової ставки, строку користування кредитом та виду забезпечення кредитного зобов'язання.

Момент, коли виникає зобов'язання страховика відносно страхової виплати, визначається конкретними умовами страхування. Страховим випадком під час страхування фінансового ризику банку визнається неповернення позичальником кредитних коштів та відсотків за користування ними по закінченні певного строку. Причинами настання страхової події можуть бути: неспроможність позичальника виконувати свої фінансові зобов'язання внаслідок банкрутства та/або форс-мажорних обставин.

Страхувальник зобов'язаний повідомити страховика про факт страхового випадку у встановлений договором строк. Страховик повинен провести з'ясування обставин страхового випадку, у встановлений договором термін скласти страховий акт та виплатити страхове відшкодування чи письмово відмовити у виплаті. Невиконання зобов'язання страхувальника щодо повідомлення про неповернення кредиту в зазначений термін може призвести до відмови у виплаті страхового відшкодування. Страхове відшкодування сплачується в межах страхової суми.

В умовах ринку особливого значення набуває страхування від комерційних, технічних, правових та інших ризиків. При страхуванні комерційних ризиків об'єктом страхування є комерційна діяльність страхувальника, яка передбачає інвестування грошових та інших ресурсів у виробництво, роботи чи послуги та отримання доходу від цих вкладень. Відповідальність страхової організації полягає у відшкодуванні втрат страхувальнику, які виникли внаслідок несприятливої, непередбаченої зміни кон'юнктури ринку та погіршення умов здійснення комерційної діяльності.

Метою підприємницької діяльності є отримання прибутку, тому важливого значення набуває страхування на випадок можливої втрати очікуваного прибутку або недоотримання доходу.

Об'єктом добровільного страхування ризику втрати прибутку є втрата прибутку страхувальником унаслідок:

- падіння обсягів виробництва (товарообігу), спричиненого факторами, зазначеними в основному договорі;
- додаткових витрат, які спрямовані на уникнення чи зменшення темпів падіння виробництва (товарообігу) та його поновлення.

Страхова сума визначається страхувальником у межах запланованого (очікуваного) прибутку впродовж періоду, на який укладається договір страхування.

Кожний страховик встановлює для себе певний розмір страхової суми, яку може залишити на власному утриманні. Якщо передбачувана сума страхування перевищує цей максимум, страховик може взяти на себе тільки частину цієї суми, надаючи страхувальнику право застрахуватися на суму, якої йому бракує в інших страховиків. Така форма страхування називається співстрахуванням. Однак у цьому випадку страхувальник змушений мати справу з різними страховиками, як правило, за різних умов і тарифів.

До страхування вдаються, коли вичерпані всі можливості збереження ризиків у економічно розумних межах, адже страхування передбачає відмову від частини своїх доходів на користь страховика.

10.2. Різновиди страхування підприємницьких ризиків

Підприємницький ризик — це ризик, що виникає за будь-яких видів підприємницької діяльності, пов'язаних із виробництвом продукції, товарів і послуг, їхньою реалізацією; товарно-грошовими й фінансовими операціями; комерцією й здійсненням науково-технічних проектів. Він пов'язаний як із

зовнішніми факторами, що впливають на підприємницьку діяльність, так і з внутрішніми факторами самого підприємницького виробництва.

За страхування підприємницької діяльності об'єктом страхування є ризики збитків у цій діяльності внаслідок порушення зобов'язань контрагентами підприємця або ризики втрат у випадку зміни умов діяльності з незалежних від підприємця обставин, включаючи ризик неотримання прибутку.

Розглянемо характеристику основних видів підприємницьких ризиків.

Виробничі ризики пов'язані з виробництвом продукції, товарів, виконанням робіт і наданням послуг, у процесі яких керівники підприємств вирішують проблеми неповного використання сировини, матеріалів, зростання собівартості, збільшення трудових витрат і т. ін.

Комерційні ризики — збитки, втрати, що виникають у процесі реалізації готової продукції, товарів і послуг, зроблених підприємствами. Це ризики продажу на ринках; ризики, пов'язані з транспортуванням реалізованих активів, із платоспроможністю контрагентів і т. ін.

Інвестиційний ризик — можливість виникнення фінансових втрат у процесі здійснення інвестиційної діяльності, що поділяється на реальне й фінансове інвестування. У зв'язку з цим виокремлюються ризик реальних інвестицій, пов'язаний з інвестиційними проектами, і ризик фінансового інвестування, зумовлений фінансовими операціями з цінними паперами, валютою, кредитними інструментами та ін.

Кредитний ризик — небезпека несплати позичальником основного боргу й відсотків, що належать кредиторів.

Ризик банкрутства — повна втрата економічним суб'єктом власного капіталу в результаті неправильного вибору способу вкладення капіталу й нездатності розраховуватися за взятими на себе зобов'язаннями.

Діловий ризик — небезпека зниження або втрати здатності економічного суб'єкта підтримувати досягнутий рівень доходу на вкладений капітал.

Ціновий ризик — імовірність фінансових втрат у результаті коливань цін на продукцію й товари внаслідок зміни ринкового попиту на них.

Вирішальна роль у функціонуванні будь-якої організації належить провідним спеціалістам, особливо значущим співробітникам, тобто ключовим фігурам, які роблять величезний внесок в одержання прибутку, забезпечення стабільності, прогресивного розвитку компанії. Саме тому слід виділити ще один вид ризику — ризики, пов'язані з діяльністю ключової фігури.

Страхування фінансових ризиків, пов'язаних з діяльністю ключової фігури, є формою страхового захисту бізнесу за рахунок страхового покриття життя тих співробітників компанії, смерть або захворювання яких може призвести до зупинки роботи, замороження її ділової активності, втрати прибутку, погіршення іміджу, виникнення непередбачених видатків і втрат.

Як відомо, багато компаній, призначаючи конкретних спеціалістів на ключові посади організації — керівників, представників виконавчого органа влади, керуються насамперед їхньою компетентністю, спеціальними знаннями, які вони реалізують у діяльності фірми, організації. У процесі активного внеску в бізнес вони завойовують авторитет, довіру не тільки колективу підприємства, а й клієнтів, постачальників, кредиторів, інвесторів та інших партнерів по бізнесу. У випадку втрати бізнесом таких ключових фігур найбільш імовірним результатом є відчутні фінансові втрати й перебої в роботі організації.

Ключова фігура бізнесу (застрахована особа) — це людина, чия смерть або неієздатність може значно вплинути на рівень майбутнього прибутку організації.

Метою страхування ключових співробітників фірми є фінансовий захист підприємницької діяльності від негативних наслідків, які виникають у разі настання несподіваної смерті, неієздатності або хвороби ключових фігур бізнесу. Після страхового випадку проводяться виплати страхової суми, призначеної для:

- компенсації прибутку, який могла б одержати компанія у випадку ненастання страхового випадку;
- фінансування пошуку, наймання, навчання й підготовки нового співробітника;
- зміцнення робочого капіталу й балансу підприємства для того, щоб завірити кредиторів і постачальників у продовженні бізнесу.

Якщо ключова фігура організації є її власником, то цей вид страхування також може бути застосований відносно цієї особи. Страхування дає змогу індивідуальному підприємцеві й власникові бізнесу вирішувати багато проблем, які відображають не тільки фінансові, а й ділові, майнові інтереси суб'єктів ринку.

Страхування ключової фігури є особливим комбінованим страховим продуктом, що поєднує різні види страхування, такі як страхування фінансових ризиків, прибутку, страхування іміджу організації, страхування життя, страхування від нещасних випадків, страхування на випадок хвороби, страхування професійної відповідальності. У зв'язку з цим відповідь на питання про віднесення цього виду страхування до якої-небудь галузі вирішується неоднозначно. Так, застрахованою особою є особистість, а саме ключова фігура бізнесу, її життя й дієздатність, що є відмітною ознакою особистого страхування. Однак організація, компанія є як страхувальником, так і вигодонабувачем, тобто вона сплачує страхові премії і є безпосереднім одержувачем страхового відшкодування у випадку смерті ключової фігури.

Належність до страхування фінансових ризиків підтверджується тим, що цей вид страхування є формою захисту бізнесу від фінансових втрат, пов'язаних зі смертю ключової фігури бізнесу. В основі виникнення цього виду страхування є фінансові ризики. Об'єктом страхування є прибуток організації, втрата якого є первинним збитком. Додатковий збиток виражається у втраті капіталу, доходу в результаті зупинки, перерв у роботі організації й видатках з наймання, підготовки нового співробітника відповідної кваліфікації. Вторинний (непрямий) збиток визначається відповідно до умов договору страхування й потреб організації, що характеризується видатками, втратами життєвого, особистісного характеру й зумовленими професійною, діловою відповідальністю ключової фігури. У зв'язку з тим, що прибуток багато в чому залежить від діяльності ключової фігури, виникає об'єктивна потреба у страхуванні саме фінансових ризиків.

Страхування ризиків, пов'язаних із діяльністю ключової фігури, включає страхове покриття вторинних збитків, спричинених ризиком заподіяння шкоди третім особам (страхуван-

ня прямої відповідальності фізичної особи). Цими третіми особами можуть бути комерційні банки, постачальники, покупці, які також можуть постраждати у випадку смерті або недієздатності ключової особи організації. У результаті їм передбачаються за договором страхування виплати компенсацій і відшкодування збитку. Наприклад, якщо ключова фігура виступає як гарант або поручитель при кредитуванні організації в банку, то виникає небезпека певних фінансових втрат банку у зв'язку зі смертю ключової особи.

Взаємозв'язок фінансових і наступних ризиків у роботі організації, компаній відповідно до значущості ключової фігури представлено в табл. 10.1.

Особливістю такого виду страхування є те, що організація, компанія, фірма виступають у ролі страхувальника, а ключова фігура — застрахованої особи. Застрахованою особою можуть бути визнані особи у віці від 18 до 65 років. Ключові фігури бізнесу повинні дати свою згоду на цей вид страхування й пройти низку процедур, які залежно від умов страхування можуть включати питання про здоров'я, медичне обстеження й т. ін. До таких осіб належать:

- генеральний директор компанії;
- виконавчий директор;
- менеджер з продажу, що генерує важливі для бізнесу контракти;
- засновник і власник невеликої фірми, організації, що організував її і дотепер справляє значний вплив на її діяльність. У цьому випадку компанія може збанкрутувати після його смерті;
- відповідальний за розвиток і просування нового продукту дослідник або ключовий співробітник, без якого неможливо запустити продукт у виробництво;
- інженер, без якого певний проект припинить своє існування;
- головні акціонери компанії.

Залежно від юридичного статусу організації й ключової фігури страхувальниками й вигодонабувачами можуть бути такі:

- якщо компанія має статус юридичної особи, то при страхуванні директора або ключового співробітника компанія є власником страхового поліса;

Таблиця 10.1. Види фінансових і супутніх ризиків, зумовлених діяльністю ключової фігури бізнесу

Основні фінансові ризики	Ділові ризики, ризики прямої відповідальності й вторинні фінансові ризики
Зниження і втрата прибутку	Втрата іміджу організації, вигідних партнерів по бізнесу
Скорочення обсягу продажу і доходу	Призупинення діяльності організації (проекту) у зв'язку з неможливістю відповідної заміни ключової особи (може бути досить тривалим)
Можливі компенсаційні виплати, штрафи у зв'язку з невиконанням зобов'язань	Пряма цивільна відповідальність ключового співробітника й погіршення репутації компанії ("гудвіл")
Витрати, пов'язані з пошуком і підготовкою відповідної заміни ключової особи	Розрив ділових контрактів, що ґрунтуються на особистому авторитеті ключової фігури
Призупинення кредитної лінії	Зниження ділової активності й непевність у майбутній діяльності
Відплив коштів з організації на вимогу банків, підприємств для погашення заборгованості	Перерви в діяльності й банкрутство організації
Падіння цін на акції компанії	Зниження рейтингу, іміджу й зменшення капіталу організації

- якщо товариство не має статусу юридичної особи і застрахована особа не є співвласником товариства, то кожний партнер від свого імені або один з учасників товариства за дорученням інших має право застрахувати ключову фігуру бізнесу;

- якщо ключова фігура бізнесу водночас є одним з учасників товариства, то цей учасник має право застрахувати своє життя за згодою інших учасників товариства.

До основних елементів страхування фінансових ризиків, пов'язаних з діяльністю ключової фігури бізнесу, належать такі:

1. Відповідно до договору й страхового поліса організація сплачує страхову премію зі страхування життя ключової особи бізнесу.

2. Організація може погодити зі страховою компанією систему обміну договору страхування на випадок, коли ключова фігура звільняється з організації за власним бажанням до настання пенсійного віку. Страховий поліс і договір автоматично переоформляються на спадкоємця цієї фігури.

3. Страховим випадком за цього виду страхування є смерть, серйозна хвороба, недієздатність ключової фігури бізнесу. У результаті страховик виплачує суму відшкодування, яку компанія витрачає на відшкодування збитків і відновлення бізнесу. У деяких випадках за бажанням організації на додаток до основних умов цього виду страхування може бути ухвалено рішення про виплату страхового забезпечення родині ключової фігури організації. Таким чином у договорі заздалегідь обумовлюється сума страхового відшкодування, сплачувана організації у випадку смерті й недієздатності ключового співробітника, і сума страхового забезпечення, яка виплачується родині співробітника.

При страхуванні основною вимогою є наявність плану продовження діяльності організації у випадку несподіваної смерті або недієздатності ключових осіб організації. Цей план дає можливість організації у випадку виникнення подібної ситуації забезпечити нормальне функціонування організації, швидко прийняття необхідних рішень, скоординувати процес її діяльності з метою мінімізації фінансових втрат.

У разі настання страхового випадку виплата суми страхового відшкодування дасть змогу покрити збитки організації й відновити свою діяльність у стислий термін зі збереженням ділової активності в майбутньому.

Також особливу увагу слід звернути на страхування підприємства від перерви у виробництві. Страхування від перерви у господарській діяльності має на меті відшкодувати підприємствам і організаціям втрати, яких вони зазнають у зв'язку з неможливістю протягом певного часу здійснювати свою діяльність у звичайному режимі в результаті настання передбачених у договорі страхування страхових випадків. Воно забезпечує створення для страхувальників таких умов, щоб за перерви

у господарській діяльності їх фінансовий стан не відрізнявся від того, яким він міг бути за роботи в нормальному режимі.

Поява страхування на випадок перерв у господарській діяльності стала результатом розвитку операцій зі страхування майна підприємств. Ці два різновиди страхування тісно пов'язані. Нерідко страхування від простою діє як доповнення до страхування майна підприємства й оформляється одним договором. Якщо навіть оформляються два окремих договори страхування, то бажано, щоб вони були укладені з тим самим страховиком. Це значно полегшує процес розгляду обставин настання страхового випадку й розрахунок розміру збитків.

Є кілька видів страхування на випадок перерв у господарській діяльності. Насамперед вони поділяються залежно від того, якими є причини простою. Найбільшу популярність здобуло страхування перерв у результаті пожежі та з інших причин (наприклад, стихійних лих, вибухів, аварій систем водопроводу, опалення й каналізації тощо). Поширене також страхування на випадок перерв у виробничій діяльності в результаті поломки обладнання. Умови такого страхування можуть поширюватися й на окремі машини, вихід із ладу яких здатний спричинити значний збиток.

Підприємства й організації, діяльність яких залежить від роботи електронного устаткування, можуть укласти договори страхування на випадок перерв у діяльності у зв'язку з його поломками. Таке страхування проводиться як доповнення до страхування електронного обладнання. Воно забезпечує відшкодування збитку від простою внаслідок руйнування або ушкодження приладів зв'язку, електронного обладнання та інших електротехнічних приладів, що виникли внаслідок впливу води, вогкості, злочинних дій третіх осіб та інших непередбачуваних подій. Найбільший інтерес воно може становити для підприємств, які використовують у своїй діяльності автоматизовані системи або комп'ютери, таких як комп'ютерні центри, медичні організації, кіно- і телестудії.

Переліки страхових ризиків зі страхування на випадок перерв у господарській діяльності найчастіше збігаються зі страховими ризиками з аналогічного виду страхування майна. Страховий захист надається страховиками, якщо виробнича

або інша господарська діяльність страхувальника повністю або частково припиняється внаслідок пошкодження або знищення майна.

Отже, обов'язок страховика щодо виплати страхового відшкодування в цьому виді страхування найчастіше виникає за наявності такого ланцюга подій: 1) пожежа або інша передбачена договором несприятлива подія; 2) знищення або пошкодження майна в результаті впливу цієї події, яка призвела до того, що це майно не може використовуватися за функціональним призначенням; 3) перерва у господарській діяльності страхувальника внаслідок знищення або пошкодження цього майна.

Збитки страхувальника у зв'язку зі страховим випадком складаються з трьох частин:

- а) поточних витрат, які у зв'язку з перервою у діяльності підприємства або організації залишаються непокритими;
- б) втраченого прибутку від реалізації товарів або від надання послуг;
- в) витрат зі скорочення збитків від простою.

Основними елементами під час обчислення розмірів збитку є поточні витрати й упущений прибуток. До поточних належать витрати, які продовжують здійснюватися страхувальником у період простою. Вони вимірюються як сума видатків, які страхувальник неминуче змушений здійснювати в період перерви в діяльності відповідно до чинних нормативних актів, або укладених договорів, або для того, щоб після відновлення майна, пошкодженого або знищеного в результаті страхового випадку, у найкоротший строк відновити господарську діяльність у тому ж обсязі, як і безпосередньо перед настанням страхового випадку. До поточних витрат можуть, зокрема, належати:

- заробітна плата робітників та службовців страхувальника, а також податки й збори, які вираховуються з неї;
- плата за оренду приміщень, обладнання та іншого майна;
- податки й збори, що підлягають оплаті незалежно від обороту й результатів господарської діяльності (податки на майно, землю, реєстраційні збори тощо);

- відсотки за кредитами або іншими залученими коштами, якщо ці кошти були інвестовані в ту галузь господарської діяльності, що не працює внаслідок страхового випадку;

- амортизаційні відрахування, здійснені на неушкоджені в результаті страхового випадку основні фонди або їхні частини, що залишилися неушкодженими.

Втрачений прибуток від господарської діяльності — це прибуток, який страхувальник одержав би протягом періоду простою за рахунок реалізації товарів або надання послуг, якби господарська діяльність не була перервана. Він відшкодовується в межах тієї суми, яку страхувальник не зміг заробити внаслідок перерви у своїй діяльності. Для розрахунку розміру втраченого прибутку слід визначити величину виторгу від реалізації продукції або надання послуг, не отриманого у зв'язку з простоєм, і помножити її на норму прибутку.

Договором страхування зазвичай передбачається, що страховик не виплачує страхового відшкодування за недовгих перерв у діяльності страхувальника. З цією метою встановлюється певний період простою, тільки після закінчення якого виникає відповідальність страховика. Якщо перерва в роботі тривала менше цього строку, то страхувальник не отримує права на страхове відшкодування. Таке обмеження відіграє роль умовної франшизи.

10.3. Страхування підприємницької діяльності в промисловості

З метою попередження й відшкодування збитків суб'єктів господарювання від впливу ризиків природного, техногенного, екологічного й економічного характеру в багатьох країнах здійснюється промислове страхування. Промислове страхування становить собою захист майнових і фінансових інтересів підприємств за рахунок компенсації збитків страховими компаніями внаслідок настання несприятливих подій у їхній господарській практиці. Передача ризиків страхової компанії за-

безпечує відносно стабільне їх фінансове становище й зниження очікуваних, передбачуваних збитків у майбутньому.

Промислове страхування охоплює різноманітні ризикові ситуації, різні види страхування й обсяг страхової відповідальності. Всі галузі промисловості характеризуються специфічними групами ризиків, своєрідними страховими подіями, різною частотою й ступенем важкості страхових випадків. Передумовою розвитку такого комплексного страхування є виникнення випадків великомасштабного збитку й низька ймовірність настання відповідних ризиків. Наслідки цих ризиків виявляються в порушенні виробничих процесів, зобов'язань із постачання, погіршенні якості продукції, робіт і послуг, зниженні конкурентоспроможності, втратах прибутку (доходу) і дестабілізації фінансового становища підприємств.

Промислове страхування — страхування промислових, великих торговельних і обслуговуючих організацій за певним пакетом страхових ризиків, що характеризуються значним розміром збитків і низькою частотою їхнього настання. У сферу страхування включаються всі промислові підприємства, багато торговельних організацій (великі універсами, універмаги, склади) і великі підприємства з надання послуг (банки, ресторани, готелі), які такою ж мірою, як і промислові підприємства, піддаються настанню однотипних страхових подій.

Як правило, проводиться комплексне страхування промислових підприємств, до складу включаються такі види страхування:

- страхування майна організацій (підприємств), тобто основних і оборотних фондів;
- страхування фінансових ризиків у частині прямих втрат доходу;
- страхування цивільної відповідальності за невиконання договірних зобов'язань, якість виробленої продукції й забруднення навколишнього середовища;
- особисте страхування працівників підприємства, пов'язане з виконанням трудових обов'язків і соціальним захистом.

Класифікація видів промислового страхування наведена на рис. 10.1.



Рис. 10.1. Види промислового страхування

Ці види страхування характеризують специфіку пакетного страхування промислових підприємств і великих торговельних, обслуговуючих організацій. Це насамперед страхування нерухомого майна, що відображає великомасштабність діяльності й наявність комплексу матеріальних об'єктів виробничого призначення.

По-друге, майнові збитки є однією з основних причин зупинки виробництва й, відповідно, втрати прибутку, тому в

промислому страхуванні значна частина коштів припадає на страхування прибутку.

По-третє, галузь “Страхування цивільної відповідальності” представлена конкретними страховими ризиками. Це види страхування, що належать до ризиків відповідальності за якість вироблених товарів, здійснюваних робіт, послуг і за експлуатацію небезпечних об'єктів. В основному вони відображають специфіку конкретної галузі або певної сфери бізнесу й за рівнем вияву, розподілу негативних наслідків характеризуються як галузеві й багатобічні ризики.

По-четверте, за галуззю “Особисте страхування” до пакета промислового страхування включаються тільки види страхування, пов'язані з охороною й поліпшенням праці працівників.

Наступним напрямом промислового страхування є страхування цивільної відповідальності організацій, передусім страхування відповідальності великих промислових організацій, що експлуатують небезпечні об'єкти.

Промислове страхування є самостійним сегментом страхового ринку, і умови, правила такого страхування істотно відрізняються від інших напрямів страхової діяльності. В основу виділення промислового страхування в окремий сектор страхового бізнесу покладено такі критерії:

- конкретні види страхування;
- розмір підприємства;
- вид виробничої, господарської діяльності;
- величина ризику, який страхується.

Організації, підприємства повинні бути зареєстровані як юридичні особи комерційного типу, здійснювати діяльність, яка відповідає класифікатору промислової діяльності, організаційно-правова форма їх може бути будь-якою. Страховики пропонують таким організаціям, підприємствам спеціальні, індивідуальні продукти й послуги. Умови страхування й тарифи характеризуються значною диференціацією залежно від галузі промисловості й характеру діяльності.

Промислове страхування безпосередньо впливає на фінансове становище організацій, підприємств. Ризики, що супроводжують виробничо-господарську діяльність юридичних осіб, формують великий їхній портфель, що концентрується, в оста-

точному підсумку, у фінансових ризиках. Тому страхування цих ризиків становить вагомую частину в сукупному обсязі відповідальності промислового страхування. Для великих акціонерних підприємств, організацій, що оперують акціонерним капіталом і працюють із цінними паперами на фондовому ринку, проблема страхування прибутку особливо велика.

Необхідність і значення промислового страхування зростають із розширенням обсягів виробництва, укрупненням організацій, підприємств, диверсифікованістю фінансової діяльності й з прагненням підвищити прибутковість виробничо-господарських і фінансових операцій.

Страхування фінансових ризиків ефективно впливає на керування грошовими потоками, тому що рівномірність відрахувань страхових платежів і надалі зустрічний потік коштів у формі страхового відшкодування внаслідок страхових випадків не спричиняють дестабілізації фінансового циклу підприємства.

За укладання договорів промислового страхування здійснюється пакетне страхування, що забезпечує зниження страхових тарифів і, відповідно, розмірів страхових внесків. Це дає можливість скоротити витрати організації порівняно зі звичайним страхуванням окремих ризиків.

З позицій фінансових результатів у разі настання страхових подій суми збитків повністю відшкодовуються страховими компаніями, не погіршуючи основних результатів діяльності, і ризик втрати фінансової стабільності значно знижується. За фінансовими наслідками промислові ризики належать до найнебезпечніших, утворюючи безпосередню небезпеку банкрутства підприємства. Водночас за страхування забезпечуються комплексний захист майнових, фінансових інтересів організацій, підприємств, перенесення основної частки відповідальності на страховика й збереження платоспроможності в майбутніх періодах.

До системи промислового страхування належать ризики середніх і великих підприємств основних галузей промисловості, підприємств, що експортують свої продукти або займаються виробничою діяльністю за кордоном. Страхові компанії найбільш ефективно формують свої страхові портфелі, здійснюють повний облік ризиків і створюють велику статистичну базу да-

них про аварії та їхні наслідки. Для об'єктів промислового страхування розробляється спеціальний методичний апарат визначення страхових тарифів за конкретними видами страхування, процедура оцінки ризиків істотно відрізняється від аналогічної процедури в інших сферах страхування. Вона включає статистику збитків і претензій у вітчизняній промисловості й за кордоном. На основі цих даних встановлюються стандарти, процедури й профілактичні рекомендації щодо мінімізації ймовірності повторення небезпечних ситуацій.

При встановленні тарифів при страхуванні ризиків, що включаються у сферу промислового страхування, виокремлюють два критерії: природа діяльності й економічна величина ризиків. Залежно від характеру діяльності розрізняють прості ризики (цивільні й сільськогосподарські) і складні ризики (ризики промислових підприємств, комерційних, торговельних організацій, великих об'єктів, споруджень і т. ін.). Промислове страхування оперує тільки складними ризиками, які, у свою чергу, поділяються на малі й великі залежно від розміру організації.

Страхові ризики як процес дослідження ризиків у причинно-наслідковому, організаційно-технічному й економічному аспектах ідентифікуються на стадіях взяття ризиків на страхування й реалізації їх у конкретних умовах.

Для кожної стадії уточнюються типи кількісного, якісного аналізу й визначаються етапи ідентифікації. При цьому враховуються: специфіка галузі страхування й видів страхування (для організацій або для приватних осіб); особливості технології виробництва для промислових підприємств; розміри останніх (великі, середні й малі) та інші фактори.

Відповідно до зазначених критеріїв, класифікаційними групами ризиків і факторами формуються конкретні етапи ідентифікації, до основних з яких належать такі.

1. Осмислення ризику, тобто до його реалізації здійснюється якісний аналіз, що передбачає дослідження структурних характеристик ризику.

2. Аналіз конкретних причин виникнення несприятливих подій та їхніх негативних наслідків. Цей етап становить докладне вивчення окремих ризиків, причинно-наслідкових

зв'язків між факторами ризику, виникненням страхових випадків і спричиненими конкретними розмірами збитків.

3. Комплексний аналіз ризиків, що припускає вивчення всієї сукупності ризиків як у цілому, так і на стадіях його реалізації, що дає змогу комплексно оцінити всі ситуації ризику. За необхідності проводяться додаткові дослідження, зокрема екологічний аудит.

Для більшості ризиків є постійна можливість їхнього виміру й визначення розміру збитку за кожним страховим випадком. Якщо є повна інформація про ризики, то визначення обсягу збитків не викликає труднощів, але якщо інформації недостатньо, то за відповідними класами ризиків розмір збитку встановлюється на основі експертного висновку. У зв'язку з цим за наслідками збитку в процесі ідентифікації виокремлюють такі класи ризиків:

- малі, тобто ті, за якими приблизний максимальний збиток невеликий;
- середні, тобто ті, за якими приблизний максимальний збиток характеризується як середній;
- високі, що характеризуються більшим розміром максимального збитку;
- катастрофічні, тобто ті, за якими спостерігаються винятково більші приблизні максимальні збитки.

Приблизний максимальний збиток (ПМЗ) — показник, який застосовується у світовій страховій практиці для оцінки ризиків. Він характеризує максимальний збиток, що може виникнути в несприятливому випадку внаслідок єдиної страхової події.

Ефективність оцінки ризиків у страхуванні залежить від інформаційного забезпечення процесу керування ризиками. До загальних джерел інформації належать:

- організаційна схема й схема прийняття рішень на досліджуваному підприємстві;
 - схеми грошових, ресурсних та інформаційних потоків.
- Така інформація необхідна для розуміння особливостей технології виробництва, постачання й продажу підприємства, а також специфіки керування;
- опитування. Це джерело інформації сприяє залученню до процесу ідентифікації й аналізу ризиків досвіду й знань лю-

дей, які безпосередньо зустрічаються з ними у своїй повсякденній роботі, що дає можливість більш відповідально й глибоко проводити подібне дослідження;

- статистика. Це набір числових даних про бізнес, одержуваних як ззовні, так і за результатами аналізу власних операцій;
- документація. Склад і структура документів можуть істотно відрізнитися для різних видів підприємств і об'єктів, які підпадають під ризик. Документація може містити інформацію про різні аспекти діяльності організації (фінансового, технічного та іншого видів документації), за допомогою якої аналізуються різноманітні ризики. Документи є джерелом як кількісних даних (статистики), так і якісної інформації;
- опис аварій, що відбулися. Це джерело інформації важливе для формування стандартних (стереотипних) процедур прийняття рішень у разі виникнення відповідних несприятливих подій. У подібній ситуації легко врахувати їхню специфіку шляхом внесення необхідних змін у відповідну стандартну процедуру. Опис аварій є гарним джерелом якісної інформації про реалізацію ризику і його можливих наслідків, що важливо для ідентифікації й аналізу ризиків.

На основі зібраної інформації інспектор (експерт) страхової компанії здійснює аналіз ризикової ситуації на підприємстві, виявляє найбільш важливі фактори, що впливають на розмір можливого (фактичного) збитку, і формує остаточні результати ідентифікації ризику у вигляді звіту (на стадії прийняття ризику на страхування) або ідентифікаційного листа (на стадії реалізації ризику).

10.4. Страхування в системі управління підприємницьким ризиком в аграрному бізнесі

На ефективність управління підприємницьким ризиком в аграрній сфері впливають раціональна структура і поєднання в єдиний цикл рослинництва, тваринництва та переробки. Це дає змогу знизити ризики сезонних коливань і незавершеного

виробництва, сприяє диверсифікації видів діяльності сільськогосподарського підприємства.

Досягти зниження рівня ризику можна за рахунок зменшення ймовірності настання несприятливої ситуації або зменшення розміру можливих збитків. Для цього здійснюють попереджувальні заходи організаційного та технічного характеру. До них відносять встановлення систем контролю, пожежної сигналізації, додаткове навчання персоналу для дій в екстремальних ситуаціях тощо. В кожній галузі є свої специфічні заходи для зниження рівня ризику, притаманні лише їй.

Страховання є одним із найпоширеніших способів управління ризиками, який масово використовується на практиці. В науковій літературі останнім часом багато уваги приділяється страхуванню в сільському господарстві. Але страхування ризиків як захід зниження ризику не зменшує розміру можливих збитків чи ймовірності їх настання. Рівень ризику залишається незмінним, але відшкодування збитків, які виникають при настанні несприятливої ситуації, перекладається на “покупця” ризику — страхову компанію. При цьому розмір ризику, який бере на себе підприємство, зменшується на передану страховій компанії частину ризику. Тому страхування можна віднести до заходів, що знижують рівень ризику підприємства (але не певної операції).

Страхові платежі — це частина прибутку від виробництва, яку передає власник виробничого підприємства страховій компанії в обмін на зобов'язання взяти на себе ризики і відшкодувати збитки при настанні несприятливої події. Відповідно до такого підходу, добровільне страхування здійснювалося за рахунок прибутку. Ця норма особливо важлива для тих сільськогосподарських виробників, які не є платниками фіксованого сільськогосподарського податку.

Передаючи одні ризики страховій компанії, підприємство водночас набуває нових ризиків, таких як ризик неплатоспроможності страхової компанії, ризик невчасної виплати страхового відшкодування страховою компанією. Ці ризики за ефективного менеджменту набагато менші, ніж ризики, які підприємство передало на страхування. Знизити ризики, пов'язані зі страховою компанією, можна шляхом ретельного відбору страховика, вивчення його фінансового стану і ділової репутації. В

більшості випадків страховальники вибирають страховика на основі його ділової репутації (насамперед виконання своїх зобов'язань) і різних рейтингів страхових компаній, що публікуються в засобах масової інформації.

Про те, що страхування в сільському господарстві має особливості, свідчить і створення у 2001 р. Асоціації страховальників в аграрному секторі економіки України. При страхуванні урожаю сільськогосподарських культур страхові компанії мають намір страхувати від нещасливого випадку, а не від безгосподарності. В договорі страхування передбачають дотримання технології: строків виконання робіт, внесення гербіцидів, добрив, строків збирання врожаю. З цією метою від сільськогосподарських виробників вимагають надання технологічних карт, довідок про внесення мінеральних добрив. Контроль за дотриманням технології здійснюють представники страхових компаній. Вжиття таких заходів, з одного боку, дає можливість страховим компаніям уникнути необґрунтованих виплат страхового відшкодування та підвищує технологічну дисципліну сільськогосподарських виробників. Але велика кількість умов, за яких страхова компанія не буде відшкодувати збитки, іноді дає їй можливість знайти формальні причини, щоб не здійснювати страхових виплат. Оскільки рівень юридичного забезпечення страхових компаній на порядок вищий, ніж аграрних підприємств, останні часто програють судові спори, незважаючи на свою правоту. Це, в основному, відбувається тому, що під час укладання договору не звертається увага на окремі його умови, які дають змогу страховій компанії уникнути виплат у зв'язку з невиконанням договірних умов, таких як обов'язкове повідомлення страхової компанії про настання страхового випадку і надання довідок-підтверджень від певних установ у дуже короткі строки.

Об'єктами страхування в сільському господарстві є:

- 1) урожай сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень плодоносного віку (за винятком природних сінокосів і пасовищ, культур, посіяних на зелене добриво, сіяних підпокровних та безпокровних багаторічних трав);
- 2) дерева і кущі плодово-ягідних насаджень, що зростають у садах, та виноградники;

3) сільськогосподарські тварини, домашня птиця, кролі, хутрові звірі, сім'ї бджіл у вуликах;

4) будівлі, споруди, сільськогосподарська техніка, об'єкти незавершеного капітального будівництва, передавальні пристрої, робочі, силові та інші машини, транспортні засоби та інше майно.

Не підлягають страхуванню:

- сільськогосподарські культури, які господарство висівало три роки підряд, але жодного року не отримувало врожаю;
- багаторічні насадження плодоносного віку, якщо господарство не одержувало врожаю з цих насаджень протягом трьох років, що передували укладанню договору страхування;
- багаторічні насадження, що зростають у садах, знос або зрідження яких становить 70 % і більше; такі, що підлягають списанню з балансу у зв'язку з відмиранням, псуванням, враженням шкідниками;
- тимчасові та ветхі будівлі, споруди, непридатні для використання;
- тварини, у яких встановлено карантин або обмеження на інфекційне захворювання, а також коли обстеженням їх на бруцельоз, лейкоз або туберкульоз встановлено позитивну реакцію;
- будівлі, споруди, та інше майно, яке знаходиться у зоні загрози обвалу, зсуву, повені або іншого стихійного лиха, з моменту оголошення про це органами виконавчої влади або за їх дорученням іншими відомствами.

Деякі страхові компанії також здійснюють страхування майнового інтересу страхувальника, пов'язаного з відшкодуванням фактичних витрат на вирощування сільськогосподарських культур у результаті повної загибелі рослин на всій, або частині площі сівби (садіння), незалежно від фази їх розвитку, внаслідок:

- вимерзання озимих культур та багаторічних сіяних трав посіву минулих років (строк використання яких за агротехнічними нормами не закінчився);
- градобою, зливи, бурі, урагану або затоплення посівів, якщо останнє є наслідком стихійного лиха;
- вогню на пні колосових та інших сіяних культур.

У цьому випадку страхуються лише витрати на вирощування сільськогосподарських культур у результаті їх повної загибелі, які визначаються на основі планових або фактичних витрат. Страхові тарифи в цьому виді страхування значно нижчі, ніж за страхування врожаю.

Причини скорочення обсягів страхування в сільському господарстві є більш глибокими. До них можна віднести такі.

1. Незадовільний фінансовий стан більшості аграрних підприємств, що не давало їм можливості віднайти кошти для страхових платежів.
2. Підвищення страхових ставок, причиною якого був перехід на добровільне страхування, та невеликий розмір страхових компаній.
3. Погіршення умов страхування.
4. Відсутність державної підтримки страхування в сільському господарстві.
5. Недостатня кількість спеціалістів у страхових компаніях, які могли б правильно оцінити ризики в сільському господарстві.

Сільське господарство об'єктивно у зв'язку зі своїми особливостями є галуззю з вищим ризиком порівняно з іншими галузями народного господарства. Водночас воно є низькорентабельним. У зв'язку з цим, аграрні підприємства не мають достатньо накопичених ресурсів, щоб самостійно покривати збитки в неврожайні роки і від стихійних лих. Цей тягар прямо й опосередковано частково лягає на державу, яка виплачує допомогу постраждалим від стихійного лиха, списує бюджетну і позабюджетну заборгованість. Розвиток страхування врожаю сільськогосподарських культур дасть змогу стабілізувати стан сільськогосподарських підприємств і перекласти фінансування ризиків з бюджету на страхові компанії. Але низька платоспроможність сільськогосподарських виробників і високі тарифні ставки страхування в сучасних умовах не дають можливості розвиватися цій галузі страхування самостійно. Досвід розвинутих країн свідчить про потребу державного втручання в цю сферу.

Особливо нагальною потреба в розвитку страхування урожаю постала на сьогодні. Більшість новоутворених структур у результаті реформування сільського господарства мають мі-

зерний власний капітал, що не дає їм покривати ризики за рахунок самострахування. Тому в неврожайний рік більшість з них може стати потенційними банкрутами. Малий власний капітал також призводить до низької кредитоспроможності аграрних підприємств. Державна підтримка кредитування сільського господарства не вирішує цієї проблеми, оскільки новостворені підприємства не мають ліквідного майна під заставу. Заставою міг би слугувати майбутній урожай, але невизначеність його отримання часто не дає змоги цього зробити. Коли врожай застрахований, він може бути відносно надійним об'єктом застави. Така ж ситуація з поставкою ресурсів комерційними структурами під майбутній урожай.

Державна підтримка страхування в сільському господарстві може надаватися шляхом заснування державної страхової компанії і встановлення нею низьких страхових тарифів або фінансування державою частки страхових тарифів, які повинні сплачувати страхувальники. Перший шлях вимагає великих бюджетних вкладень і є реальним у перспективі. Другий накладає менше навантаження на бюджет і, як свідчить світова практика, за належної організації є високоефективним. При цьому витрати на підтримку страхування повинні бути внесені окремим рядком у витратну частину бюджету, за аналогією з витратами на підтримку кредитування аграрного сектору.

В Україні набуто як позитивний, так і негативний досвід обов'язкового страхування урожаю. Позитивний досвід належить до часів СРСР, коли через систему Укрдержстраху забезпечувався надійний страховий захист врожаю за достатньо низькими ставками страхування. Негативний досвід напрацьований уже в роки незалежності, коли було запроваджене обов'язкове страхування урожаю в радгоспах та інших державних сільськогосподарських підприємствах. Ця система виявилася недієвою. Тому, на нашу думку, страхування урожаю повинне бути добровільним. Держава має створити сприятливі умови для розвитку страхування урожаю, які б були привабливими і для сільськогосподарських виробників, і для страховиків.

Встановлення страхових тарифів є внутрішньою справою кожної страхової компанії і визначається договором між страховиком і страхувальником. Але якщо держава фінансує час-

тину страхових ставок, то правомірна її участь у цьому процесі. Відмова від контролю й участі держави може призвести до розбазарювання бюджетних коштів.

Державне регулювання страхових тарифів можливе за двома варіантами:

1) встановлення державою граничних (максимальних) ставок страхування в розрізі культур і регіонів, які є обов'язковими для страховиків;

2) розробка і затвердження методики розрахунку страхових ставок з подальшим самостійним визначенням цих ставок страховиком.

Крім розглянутих, важливим є питання перестрахування ризиків. Страхування урожаю сільськогосподарських культур є високоризиковим. В Україні практично немає великих страхових компаній, які б могли повністю взяти на себе ризики зі страхування урожаю на певних територіях. Немає також компаній з великим територіальним охопленням і мережею філій, які б могли знизити ризики за рахунок їх територіального розподілу. Тому доцільною була б державна підтримка в організації перестрахування названих ризиків. Оскільки в Україні немає національних перестраховальних компаній, здатних взяти на себе такі ризики, то залишається три альтернативи: 1) організація державної перестраховальної компанії; 2) створення об'єднання страховиків — страхового пулу; 3) перестрахування в зарубіжних компаніях.

Перший варіант вимагає значного бюджетного фінансування, але дає змогу встановити більш жорсткий контроль за страхуванням урожаю. Другий варіант є дешевшим, але вимагає організаційної ініціативи від страхових компаній. Третій варіант, як правило, забезпечує надійне перестрахування, але сприяє відпливу коштів за кордон. Проте навіть такі країни, як США і Канада, перестраховують понад 40 % ризиків агропромислового комплексу за кордоном. Можна наперед передбачити незадоволення страховиків втручанням держави в перестрахування, мовляв, управління ризиком це наша внутрішня справа. Аргументом держави може бути те, що дії суб'єктів економічних відносин не завжди є найбільш доцільними з погляду інтересів суспільства в цілому.

Висновки

1. Кінцева мета управління ризиком відповідає цільовій функції підприємництва. Вона полягає в отриманні найбільшого прибутку за оптимального, прийняттого для підприємця співвідношення прибутку і ризику.

2. У практиці страхування ризиків найбільш поширеними є майнове страхування, страхування відповідальності, страхування фінансово-кредитної діяльності та особисте страхування.

3. При страхуванні підприємницької діяльності об'єктом страхування є ризики збитків у цій діяльності внаслідок порушення зобов'язань контрагентами підприємця або ризиків втрат у випадку зміни умов діяльності з не залежних від підприємця обставин, включаючи й ризик неотримання прибутку.

4. Страхування фінансових ризиків, пов'язаних із діяльністю ключової фігури, є формою страхового захисту бізнесу за рахунок страхового покриття життя тих співробітників компанії, смерть або захворювання яких може призвести до зупинки роботи, замороження ділової активності компанії, втрати прибутку, погіршення іміджу, виникнення непередбачуваних видатків і втрат.

5. Страхування ключової фігури є особливим комбінованим страховим продуктом, що поєднує різні види страхування, такі як страхування фінансових ризиків, прибутку, страхування іміджу організації, страхування життя, страхування від нещасних випадків, страхування на випадок хвороби, страхування професійної відповідальності.

6. Промислове страхування охоплює різноманітні ризикові ситуації, різні види страхування й обсяг страхової відповідальності. Всі галузі промисловості характеризуються специфічними групами ризиків, своєрідними страховими подіями, різною частотою й ступенем важкості страхових випадків.

7. За укладання договорів промислового страхування здійснюється пакетне страхування, що забезпечує зниження страхових тарифів і, відповідно, розмірів страхових внесків. Це дає

можливість скоротити витрати організації порівняно зі звичайним страхуванням окремих ризиків.

8. Сільське господарство об'єктивно у зв'язку зі своїми особливостями є галуззю з вищим ризиком порівняно з іншими галузями народного господарства. Водночас воно є низькорентабельним. Тому аграрні підприємства не мають достатньо накопичених ресурсів, щоб самостійно покривати збитки в неврожайні роки і від стихійних лих.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Майнове страхування, страхування фінансових ризиків, страхування відповідальності; підприємницький ризик, виробничий ризик, комерційний ризик, інвестиційний ризик, кредитний ризик, ризик банкрутства, діловий ризик, ціновий, ключова особа; промислове страхування, малі ризики, середні ризики, високі ризики, катастрофічні ризики.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Які види страхування найбільше використовуються у практиці страхування підприємницьких ризиків?
2. Що є об'єктом страхування цивільної відповідальності?
3. Від чого залежить розмір страхового платежу?
4. Які є основні види підприємницьких ризиків?
5. У чому особливість страхування ризику, пов'язаного з ключовою фігурою підприємства?
6. Хто може належати до ключових осіб підприємства?
7. Чи може змінюватися договір страхування ключової особи? Якщо так, то в яких випадках?
8. Яка основна мета укладення договору страхування від перерви у господарській діяльності?

9. Яких збитків зазнає підприємство в результаті перерви у господарській діяльності?

10. Чим відрізняється страхування промислового ризику від майнового страхування?

11. Назвіть основні види страхування, які належать до промислового страхування.

12. Назвіть, які критерії використовуються під час встановлення тарифів при страхуванні ризиків, що включаються у сферу промислового страхування.

13. Що таке приблизний максимальний збиток і для чого він використовується?

14. Що належить до джерел інформації, які використовують для управління промисловими ризиками?

15. Яку додаткову інформацію має надати сільськогосподарське підприємство при укладенні договору страхування?

16. Що є об'єктом страхування в сільському господарстві? Що не підлягає страхуванню?

17. Чому потрібна державна підтримка сільськогосподарським підприємствам при страхуванні?

18. Яку допомогу може надати держава сільськогосподарським підприємствам для страхування їх ризиків?

19. Об'єктами страхування від перерв у виробництві є:

а) втрати прибутку від невиконання контрагентами підприємства комерційної угоди;

б) втрати прибутку від перерв у виробництві внаслідок пошкодження застрахованого майна;

в) витрати підприємства на закупівлю сировини і матеріалів, знищених внаслідок страхової події;

г) поточні витрати на підтримання життєдіяльності підприємства в період перерви внаслідок матеріальних збитків із застрахованим майном;

д) втрати прибутку від перерви у виробництві внаслідок нестачання електроенергії через аварію на лінії електропередач.

20. Страхова вартість — це:

а) вартість, в яку страхувальник оцінює своє майно для цілей страхування;

б) дійсна вартість застрахованого майна;

в) балансова вартість майна, що підлягає страхуванню.

21. До складу поточних витрат підприємства, які підлягають відшкодуванню при страхуванні від перерв у виробництві внаслідок матеріальних збитків, завданих застрахованому майну, входять такі витрати:

а) податок на додану вартість;

б) амортизаційні відрахування;

в) відрахування до Пенсійного фонду;

г) заробітна плата працівників виробництва, що зупинилася;

д) орендна плата;

е) витрати на ремонт пошкодженого обладнання;

ж) витрати на закупівлю сировини і палива.

22. Страхування поширюється на:

а) всі види сільськогосподарських культур;

б) всі види сільськогосподарських культур, крім тих, що дають декілька видів основної продукції;

в) всі види сільськогосподарських культур крім кормових, ягідників.

23. Розмір страхової оцінки врожаю залежить від:

а) середньої врожайності за попередні п'ять років та діючих цін;

б) середньої врожайності трьох найкращих років з п'яти;

в) запланованої врожайності.

24. При страхуванні багаторічних насаджень об'єктом страхування є:

а) тільки самі насадження як основні чи оборотні засоби;

б) самі насадження та їх врожайність;

в) тільки врожай багаторічних насаджень.

25. Страховим випадком є:

а) посів, посадка культури;

б) факт стихійного лиха або недобір врожаю;

в) посів, посадка культури, факт стихійного лиха або недобір врожаю.

Література

1. *Воронцовский А.В.* Управление рисками. — СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та: ОЦЭиМ, 2005. — 457 с.
2. *Гончаров І.В.* Ризик та прийняття управлінських рішень. — Х.: ХПУ, 2004. — 150 с.
3. *Лапушта М.Г., Шаршуківа Л.Г.* Риски в предпринимательской деятельности. — М., 1998.
4. *Сахирова Н.П.* Страхование: Учеб. пособие. — М.: ТК “Велби”: Проспект, 2006. — 744 с.
5. *Скамай Л.Г.* Страхование. — М.: ИНФРА-М, 2001.
6. *Устенко О.Л.* Предпринимательские риски: основы теории, методология оценки и управление. — К.: Всеувиго, 2005. — 160 с.
7. *Шахов В.В.* Страхование: Учебник. — М.: ЮНИТИ, 2003. — 311 с.

Розділ 11

СТРАХУВАННЯ ФІНАНСОВО-КРЕДИТНИХ РИЗИКІВ

- 11.1. *Економічний зміст страхування кредитів.*
- 11.2. *Форми страхування кредитів.*
- 11.3. *Страхування депозитів.*
- 11.4. *Страхування фінансових гарантій.*
- 11.5. *Особливості іпотечного страхування банків.*
- 11.6. *Інтеграція банківської та страхової сфери: стратегічні альянси.*

11.1. Економічний зміст страхування кредитів

Реформування всієї системи економічних відносин, соціальні перетворення та трансформаційні зрушення, що відбуваються в Україні, надають особливої ваги розв’язанню проблем страхового захисту, спонукають до пошуку дієвих механізмів акумуляції ресурсів страховиків і страхувальників та їх ефективного використання під час реалізації страхової події. Страхування не лише посідає важливе місце в конкурентному ринковому середовищі, а й відіграє ключову роль в економічному і соціальному прогресі всього суспільства.

Передумовою виникнення страхових відносин є наявність страхового інтересу. Побутує думка, що інтерес — це обумовлена суспільним характером потреба користуватися конкретним соціальним благом. Але очікувані блага з причини настання несприятливого випадку можуть бути втрачені, внаслідок чого потреба залишиться незадоволеною, а інтерес суб’єкта буде не забезпечено. Завчасне відчуття суб’єктом майбутнього збитку визначається його сприйняттям імовірності настання ризику. Таким чином, ризик і страховий інтерес, пов’язані збитком, є головними елементами кожного страхового процесу.

Прикладом цього може бути страхування кредиту (внутрішнього чи експортного) разом із відсотками, які належало заплатити позичальникові своєму кредиторі. Згідно з поширеними умовами страхування у випадку неповернення кредиту позичальник втрачає не лише суму позиченого капіталу, а й свій очікуваний прибуток, закладений у відсотки. Таке страхування є можливим лише на підставі окремої чіткої угоди про страхування, оскільки “втрачена користь за кредитом” у цих випадках виходить на роль окремого предмета страхування.

Оскільки в сучасних умовах в Україні обсяги кредитування постійно збільшуються, то це означає і постійне наражання як кредиторів, так і позичальників, на ризики, пов'язані з такими операціями. Оскільки кредитна діяльність є дуже ризикованою, то її учасники потребують пошуку нових ефективних механізмів захисту своїх інтересів.

В економічній, страховій літературі зміст поняття фінансового ризику не є однозначним. Здебільшого страхування фінансових ризиків розглядається у вузькому та широкому розуміннях. У вузькому розумінні це страхування тлумачиться як страхування лише кредитних ризиків, у широкому — воно охоплює також усі види страхового захисту тих ризиків, які виявляються в будь-якій сфері певних фінансових відносин або безпосередньо спричиняють фінансові втрати.

З позицій управління фінансовими ризиками страхування кредитів означає процес, у якому група фізичних і юридичних осіб, які підпадають під однотипний кредитний ризик, вкладають кошти в компанію, члени якої у разі втрат одержать відповідну компенсацію. Головна ідея страхування полягає в розподілі втрат серед великої групи юридичних і фізичних осіб (страхової сукупності), які підлягають однорідному ризику.

Страхування кредитів базується на визнанні ризику неплатежу чи неплатоспроможності позичальників, який формується у процесі кредитування. Очевидним є те, що він дещо відмінний від тих типових ризиків, які утворюють основу майнового страхування. Це означає, що суть страхування кредитів також дещо відрізняється від інших видів страхування.

Особливістю побудови страхових відносин, що широко застосовуються у відносинах страхування кредиту, є дві форми передачі кредиторської заборгованості:

1) безпосередня, коли страховик, який виступає у ролі цедента кредиторської заборгованості, безпосередньо передає її після настання страхового випадку, що приводить до виникнення права у застрахованого (цесіонарія);

2) посередня — коли страхувальник здійснює передачу майбутніх прав кредиторської заборгованості третій особі, але тієї, яка може лише потенційно виникнути, проте ще не існує на момент передачі, і яка взагалі може не відбутися, якщо не настане страховий випадок.

Правову основу цих відносин становить конструкція цивільного права, відома як “угода на користь третьої особи”. Слід зазначити, що договори страхування на користь третьої особи можуть бути двох видів:

- договір страхування на користь третьої особи у вузькому значенні, на основі якого страхувальник страхує свій власний інтерес, пов'язаний з майном або життям, вказуючи особу, уповноважену для отримання страхової суми;
- договір страхування на чужий рахунок, на основі якого страхувальник страхує чужий інтерес, але діє від власного імені.

Ці два види договорів страхування, незважаючи на певну аналогію, все ж мають різне призначення: перший тип договорів характерний для особистого страхування, а другий — для майнового. Отже, види страхування кредитних і фінансових ризиків належать до другого типу.

Таким чином, за широкого підходу до розгляду суті страхування кредитів видно, що воно складається ніби з двох основних сфер — власне страхування кредитів і страхування застав, порук чи гарантій під отримані кредити. Правда, як зазначалося у спеціальній літературі, наведена диференціація страхових відносин є умовною, має більше технічний, ніж економічний характер, і тому мало пов'язана з їх економічною суттю.

11.2. Форми страхування кредитів

Традиційна складність та відособленість страхування фінансових ризиків від усіх інших видів страхування зумовлює те, що в цій сфері слід відрізнити два подібних за суттю, але різних за оформленням варіанти страхування. У першому з них страхувальником є кредитор і тому виникає “власне страхування фінансового ризику”, а у другому — позичальник, що надає цьому страхуванню форму страхової гарантії. Отже, повне розуміння суттєвих сторін страхування кредитів також потребує врахування механізму реалізації страхових інтересів сторін — учасниць кредитних відносин у кожному конкретному випадку.

Техніко-економічний генезис страхування кредитів багато спеціалістів вбачали в комісійній операції, за умовами проведення якої укладалася додаткова угода, що отримала назву “делькредерної”. Суть цієї угоди полягає в тому, що комісіонер за відповідну додаткову винагороду, що є нібито страховою премією з ризику комісійної операції, гарантує комітентові, що вексель за проданий у кредит товар буде викуплений у визначений термін. “Делькредере”, таким чином, набирає характеру вексельної поруки, і у випадку несплати боргу комісіонер відповідає перед комітентом повною мірою, сплачуючи йому відшкодування. Описаний порядок видачі та акцепту векселів дуже наближений до страхової операції. Тобто делькредерна форма забезпечення є не лише початковою формою страхування кредитів, а й, оскільки забезпечує реальний захист для кредитора — потенційного носія ризику, також первинною формою страхування кредитів. З іншого боку, матеріальний інтерес кредитора може бути захищений посередньо — шляхом страхового захисту платоспроможності його боржника.

Зокрема за делькредерної форми організації страхових відносин вірителі (чи кредитори) завжди є страхувальниками, за іншої — страхувальниками є отримувачі позик. Таким чином, принципова, хоч і несуттєва відмінність між названими видами страхування кредитів полягає у тому, хто відіграє роль

страхувальника, хто виступає ініціатором укладення договору страхування.

За першої форми страхувальник, а часто ним є банк, котрий, крім того, є одночасно застрахованим, безпосередньо захищає свій інтерес за допомогою механізму страхування. Схематично відносини, які утворюють цю форму страхування кредитів, можна подати на рис. 11.1.



Рис 11.1. Схема взаємовідносин між сторонами за делькредерного страхування кредитів

Ці відносини сторін, крім суто схематичних зв'язків, характеризуються певним переліком обов'язків і прав, які належить реалізувати кожній зі сторін.

1. Страхувальник (банк):

- отримує страхове відшкодування збитків у випадку невиконання боржником своїх зобов'язань;
- залишає частину ризику на власну відповідальність (майже 20 %);
- бере зобов'язання щодо кредитів, які страхуються, віддавати їх тільки під звичайний банківський відсоток;

- стежить та інформує страховика про всі випадки, які сталися з кредитом і боржником, внаслідок яких може змінитися ступінь ризику.

2. Страховик (страхова установа):

- вживає санкцій у разі порушення страхувальником взятих зобов'язань аж до повної відмови виплати відшкодування за страхового випадку;

- залишає за собою право перевірки і самостійного прийняття рішень щодо запропонованих до страхування ризиків;

- переймає від кредитора право подання регресної вимоги до позичальника.

За другої форми страхування кредитів страхувальник-боржник захищає право свого фінансиста чи кредитора (вірителя), котрі стають застрахованими сторонами. За заставного (гарантійного) страхування, коли боржник виступає у ролі страхувальника, то застрахованим, як правило, є кредитор або навіть кредитор кредитора (рис. 11.2). Тобто це страхування є типовим страхуванням “на чужу користь”, яке давно знайшло ґрунтовне відображення у спеціальній страховій літературі.

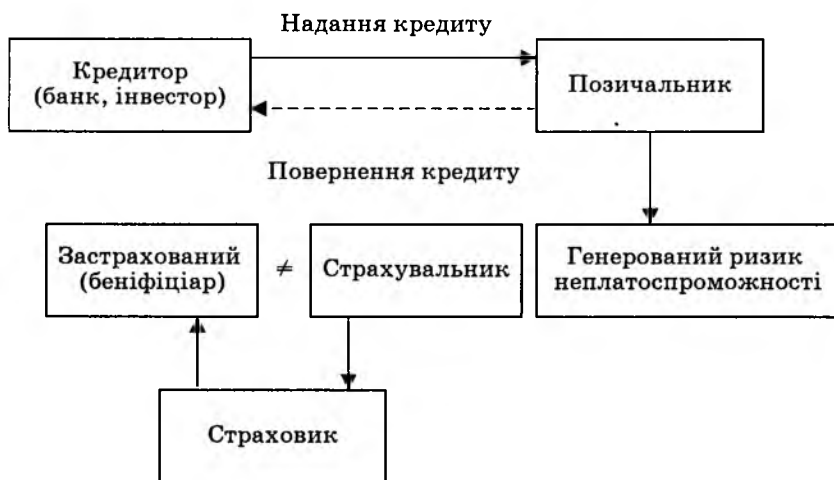


Рис 11.2. Схема взаємовідносин між сторонами за заставного (гарантійного) страхування кредитів

Кожна з наведених форм страхування кредитів (делькредерна або заставна), безумовно, має бути представлена конкретними видами страхування, зміст яких буде залежати від форм кредитування та умов надання кредитів. Однак незалежно від техніко-організаційного механізму здійснення цих страхових операцій їх економічна суть є настільки єдиною, наскільки близькою є суть тих кредитних і страхових відносин, що лежать в основі страхування кредитів. Тому в усіх випадках суть страхування кредитів зводиться до покриття негативного результату, який кредитори отримують внаслідок неплатоспроможності своїх боржників.

Універсальна сукупність видів страхування кредитів, яка широко використовується у міжнародній страховій практиці, формує ієрархічну піраміду, наділену всіма ознаками системності. Як класифікаційний критерій прийнята технічно- страхова ознака. Такий критерій класифікації вперше запропонували німецькі вчені ще на початку ХХ ст. Згідно з їх пропозицією загальне поняття “страхування кредитів” структурно складається з двох таких самих понять, але нижчого порядку: сектору делькредерних кредитно-страхових відносин, у яких страхувальником є кредитор, і сектору видів страхування кредитів, де страхувальником є боржник. Нижчу ланку складових елементів піраміди як в одній, так і в іншій групі становлять різні види страхування відповідно делькредерного і заставного походження. Пірамідальна система видів страхування кредитів уявляється такою, як показано на рис. 11.3.

Як видно з наведеної схеми, двочленний характер системи страхування кредитів дещо порушений введенням особливого типу — страхуванням довіри, котрий однаковою мірою відмінний як від делькредерного, так і від заставного страхування. Делькредерне страхування складається з двох груп: страхування товарних кредитів і страхування фінансових кредитів. Друга група обслуговує споживчий кредит і кредит, призначений на придбання засобів інвестиційного характеру. З огляду на стрімке зростання страхування товарних кредитів у спеціальній літературі навіть розглядалася можливість принципового поділу страхування кредитів на три основні групи:

- а) страхування фінансових (банківських) кредитів;
- б) страхування товарних кредитів;
- в) страхування застав.



Рис. 11.3. Схема видів страхування кредитів

Сектор делькредерного страхування у багатьох країнах є провідним у галузі страхування кредитів. Страхові товариства отримують від нього більшість страхових внесків, причому лише від страхування товарних кредитів — аж половину надходжень від усіх делькредерних видів страхування. Таким чином, здійснюване з ініціативи кредиторів, хоч і за рахунок коштів дебіторів, делькредерне страхування приносить значну користь і для останніх, а саме:

- зменшуються витрати на обслуговування кредитів, позик: перенесенням ваги ризику на страховика страхувальник кредиту зменшує власні видатки, бо якби позичальник самостійно оцінював, аналізував ризик, то робив би це непрофесій-

но, а тому мусив би самостійно дбати про отримання дорогої інформації і розробляти складну методологічну базу;

- складається сприятлива ситуація для стабілізації доходів господарських суб'єктів (страхувальників): змінність економічної кон'юнктури змушує фірму вдаватися до проведення певних заходів, метою яких є досягнення запланованого доходу в будь-яких умовах, що здійснюється значною мірою за рахунок страхування кредитів шляхом злиття багатьох випадків неплатоспроможності в одному центрі;

- поліпшується структура контрагентів, дебіторів, здійснюється "селекція" споживачів, адже часті випадки невідрегульованої неплатоспроможності явно погіршують взаємні зв'язки між сторонами угод, посилюють взаємну недовіру. Страховання кредитів, сприяючи уникненню втрат кредиторами, допомагає зростанню певності у відносинах між кредиторами і дебіторами;

- чітко визначаються стратегічні та оперативні напрями господарсько-фінансової діяльності підприємств, фірм-дебіторів: тісно спілкуючись зі страховиками, підприємці постійно отримують інформацію не лише про окремі фірми, а й про ризикогенність різних сфер ділової активності, напрямів підприємницької діяльності, застосування венчурного капіталу, з погляду платоспроможності основних учасників.

Відносини сторін, які беруть участь у страхуванні відповідальності позичальників за непогашення кредитів чи страхування ризику непогашення кредиту, в усіх випадках доповнюються умовою на право регресної вимоги. Згідно з юридичними нормами право вимоги належить страховику щодо майнових засобів, інтересів боржника у випадку повної виплати страхового відшкодування вірителю. Форми застосування цього права можуть бути різними залежно від домовленості сторін. Таким чином, процес функціонування кожної угоди заставного страхування кредитів складається з чотирьох етапів:

- 1) подання заяви кредитодавцем про потребу у страховому захисті та оцінка ризику;
- 2) визначення умов і укладення угоди про страхування;
- 3) виконання угоди про страхування;
- 4) виставлення регресної вимоги.

Крім того, страхова установа, що здійснює страхування кредитів на професійній основі, повинна постійно проводити моніторинг якісних показників позичальників, який полягає у дослідженні спеціальних питань, як, наприклад, історії розвитку фірми, стилю управління фірмою, структури виробництва, складу персоналу та ін. Визначення кон'юнктури в галузях кредитодавця та позичальника дасть змогу правильніше оцінити ризик сторін кредитної угоди.

У випадку страхування експортних кредитів дуже важливий вплив на рівень ризику кредитної операції має країна позичальника, оскільки кожна з країн перебуває у різній господарсько-політичній ситуації, яка є вагомим ризикогенним середовищем.

У зв'язку з численними випадками нехтування кредитами "довіри" шляхом комп'ютерних зловживань в останні десятиліття виокремився новий вид страхування — страхування кредиту "довіри" від збитків, завданих комп'ютерними зловживаннями.

Другим важливим етапом страхового процесу є укладення угоди про страхування та погодження її умов. Цей етап розпочинається з погодження квоти кредитного портфеля, яка б могла бути охоплена страховим захистом. Звичайно, з погляду страхової технології страховик намагається охопити весь портфель або його значну частину. На практиці також трапляються випадки страхування окремих кредитних операцій, але вони є досить рідкісними.

Отже, розглядаючи проблему захисту кредитів страховими установами, майже всі дослідники зазначають, що воно повинно надаватися безпосередньо у формі гарантії кредитної установи, а не у формі звичайного страхування позичальника на випадок його смерті або нещасного випадку, наслідком якого може стати втрата заробітку (доходу), а отже, і втрата можливості сплати кредиту. Тобто по суті страхування кредиту передбачає, що відшкодуванню підлягають лише ті збитки банків, яких вони зазнали у зв'язку з неповерненням кредитів їх позичальниками.

11.3. Страхування депозитів

Для успішної кредитної діяльності комерційним банкам потрібні значні кредитні ресурси. З метою їх поповнення банки широко залучають кошти юридичних та фізичних осіб у вигляді добровільно зроблених ними вкладів. Кошти в готівковій або безготівковій формі, у валюті України або в іноземній валюті, які розміщені клієнтами на їхніх іменних рахунках у банку на договірних засадах на визначений строк зберігання і підлягають виплаті вкладнику відповідно до законодавства України та умов договору, називаються депозитами. Кошти, отримані у формі депозитів, комерційні банки активно використовують у своїй кредитній діяльності. Ця діяльність, як відомо, пов'язана з ризиком неповернення коштів, наданих банкам у кредит. Тому за умови, що банк не подолає ризику неповернення йому кредиту, цей ризик передається клієнтам банку — власникам депозитів. Перед ними постає загроза втратити кошти, довірені банкові, внаслідок його загальної неплатоспроможності.

Депонування грошових коштів у комерційних банках часто розглядається їх вкладниками (депонентами) як форма прибуткової інвестиційної діяльності. Тоді співучасть депонентів у ризику неплатоспроможності банків, яка настала внаслідок неповернення йому кредитів, певною мірою може вважатися доречною. Проте найбільш масова категорія депонентів, передусім фізичні особи, роблять вклади лише з огляду на потребу заощадження та надійного зберігання власних коштів. Крім того, багато юридичних осіб іноді змушені зберігати власні кошти на депозитних рахунках у банках згідно з вимогами чинного законодавства. Отже, у цих випадках немає підстав для непогодженого перекладення ризику неплатоспроможності банку на його клієнтів. Масове неповернення банкам депонованих коштів підносить звичайну негативну фінансово-банківську ситуацію до рангу вагової соціально-економічної і навіть політичної проблеми. Саме тому постає гостра потреба створити на страховій основі ефективну систему захисту інте-

ресів вкладників від наслідків ризику неплатоспроможності їхніх банків.

Проблеми стабільності банківської системи та її можливості повертати вклади виникли на ранніх етапах розвитку банківської справи. Перші спроби створення формальної системи страхування за участю державної влади відбулися ще в 1829 р. у США, але успіху не мали. Наприкінці XIX ст. кооперативні банки Німеччини створили першу недержавну систему взаємного гарантування вкладів, яка успішно розвивалась і стала основою сучасної системи. Вирішальне значення мало введення федеральної системи страхування депозитів у США в 1933 р. Дискусії з цього приводу точилися протягом 10 років. Було розглянуто приблизно 150 законопроектів. Інтерес до цього питання в США можна пояснити особливостями побудови банківської системи. У США є багато тисяч дрібних та середніх банків, порівняно з європейськими країнами для них була характерна більш пізня централізація банкотної емісії, а також спостерігалися численні банківські кризи. Створення Федеральної корпорації страхування депозитів (ФКСД) в умовах світової економічної кризи мало вирішальне значення для подальшого розвитку банківської системи США.

Досвід США в цьому питанні було використано для створення систем страхування в Канаді, Великій Британії, Японії, Індії та інших країнах. У деяких континентальних країнах Західної Європи (Нідерланди, Австрія, Швейцарія, Франція) розвиток відбувався за німецьким шляхом недержавних міжбанківських систем гарантування.

Нині практично в усіх країнах існує та чи інша форма страхування депозитів, за допомогою яких вкладникам надаються гарантії повернення їх депозитів. З великого розмаїття конкретних організаційних форм можна виокремити дві основні — американську та німецьку.

У США ФКСД користується незаперечним авторитетом у населення. Вкладники переконані, що корпорація тримає на контролі стан справ у кожній без винятку фінансово-банківській установі й у разі необхідності вживе необхідних заходів. ФКСД є державною корпорацією, яка працює під контролем Конгресу та федерального уряду за значного ступеня само-

управління. ФКСД управляється Радою директорів, у складі якої п'ять членів. У Німеччині держава не має прямого впливу на страхові фонди, які належать банкам-співучасникам. У деяких країнах існують системи змішаного типу.

Участь банків у системі гарантування може бути обов'язковою та добровільною (характерно для континентальних країн Західної Європи). У США (для банків — членів Федеральної резервної системи), Великій Британії, Канаді та Японії участь банків є обов'язковою. Як правило, страхування поширюється на всі види депозитів, за винятком міжбанківських, як юридичних, так і фізичних осіб, практично в усіх країнах є ліміти відповідальності страхових фондів закладами. Ці ліміти можуть виражатися граничною сумою застрахованого вкладу, відсотком покриття вкладу страхуванням. Гранична сума залежить від достатку країни. У США гарантія становить до 100 тис. дол. на вкладника. Окремі рахунки одного клієнта в банку підсумовуються, але рахунки в різних банках страхуються окремо.

Установлена в США гранична сума вкладу є найвищою у світі. Директива органів ЄС рекомендує страхувати вклади до 20 тис. євро, а для бідних країн ця сума становить 15 тис. євро. Часто страхова винагорода встановлюється у відсотках. Так, у Великій Британії це співвідношення встановлено у 75 %.

Акумуляція коштів банків для фінансування систем гарантування здійснюється шляхом або створення страхового фонду, або покриття банками фактичних витрат пропорційно сумам залучених депозитів. У США банки сплачують щорічні внески, які останнім часом зростають. Нині вони становлять 0,15 % загальної суми депозитів. Згідно з прийнятим законом ці внески не повинні перевищувати 0,325 %. ФКСД має право диференціювати ставку для банків, які перебувають у різному фінансовому стані. Менш стабільні та більш ризиковані банки сплачують вищі внески, ніж надійні та стабільні.

Фінансова участь держави може мати такі форми:

- надання страховому фонду всього або частини первісного капіталу для запуску системи (Японія, Індія);
- регулярні внески до страхового фонду (Іспанія, Індія, Аргентина);

- забезпечення державою резервних коштів для підкріплення фонду (в США законодавчо дозволено ФКСД позичати кошти у держави до 3 млрд дол.).

Кошти страхового фонду можуть бути інвестовані насамперед у державні цінні папери, переважно короткострокові. Іншою формою є відкриття рахунку в центральному банку. Деяка частина активів фонду може бути використана для надання кредитів та участі у капіталі комерційних банків. Разом із тим доцільність інвестування не є головним принципом, важливішими є надійність та ліквідність. У разі банкрутства банку страховий орган виплачує в обумовлені строки страхове відшкодування вкладникам. Але, як правило, страхові органи разом з центральним банком намагаються не доводити справу до процедури банкрутства. Банкрутство банку, особливо великого, негативно відбивається на стані усієї банківської системи. З цією метою страховий орган може надати кредити проблемним банкам, організувати злиття банків тощо. Це значно дешевше, ніж виплата страхового відшкодування. Останнім часом у країнах ЄС, зокрема в Німеччині, впроваджується нова система, яка дещо змінює взаємовідносини держави та приватних банків відповідно до Директиви ЄС про страхування депозитів (1997 р.). Ця Директива встановлює, що країни повинні забезпечити захист депозитів до 20 тис. євро (з 10 % співстрахуванням). Одним із заходів забезпечення стабільності банківської системи є встановлення мінімальних норм обов'язкових резервів центральними емісійними банками.

Страховий захист депозитів в Україні здійснюється за рахунок Фонду гарантування вкладів фізичних осіб у порядку, передбаченому законодавством. Фонд є економічно самостійною державною спеціалізованою установою, яка виконує функції державного управління у сфері гарантування вкладів фізичних осіб, не має на меті одержання прибутку, має самостійний баланс, поточний та інші рахунки в Національному банку України.

Учасниками Фонду гарантування вкладів фізичних осіб (далі — Фонд) є банки — юридичні особи, які зареєстровані в Державному реєстрі банків, що ведеться Національним банком України, та мають банківську ліцензію на право здійснювати банківську діяльність.

Учасником Фонду є банк, який виконує встановлені Національним банком України економічні нормативи щодо достатності капіталу і платоспроможності та може виконувати свої зобов'язання перед вкладниками.

Банки — учасники Фонду, які не виконують встановлених Національним банком України економічних нормативів, переводяться за рішенням адміністративної ради Фонду, прийнятим на підставі інформації, одержаної за результатами моніторингу діяльності банків, до категорії тимчасових учасників Фонду.

Фонд гарантує кожному вкладнику банку-учасника відшкодування коштів за його вкладами, включаючи відсотки, в розмірі вкладів на день, коли стануть недоступними вклади в кожному з таких банків.

Отже, необхідність широко впроваджувати систему страхування банківських депозитів зумовлюється:

- загальним зниженням рівня довіри до банків;
- потребою надання допомоги тим банкам, які потрапили у скрутну фінансову ситуацію;
- потребою стабілізації фінансових ресурсів банків — усунення причин передчасної ліквідації депозитів вкладниками, занепокоєними станом їх надійності;
- обов'язком захисту споживача-клієнта, який не завжди володіє достатньою інформацією про фінансову кондицію банку, якому довіряє свої заощадження.

Поза зазначеними рекомендаціями національні системи депозитного страхування можуть набувати різних рис. Проте, як показує міжнародний досвід, в основу побудови цих систем потрібно покласти такі принципи.

- Інституційний характер організації депозитного страхування, тобто вона має базуватися на створенні самостійного міжбанківського страхового фонду за ретроспективним методом. Фонд має бути керований як товариство взаємного страхування зобов'язань банків перед вкладниками;
- формування фонду страхування депозитів суворо на страховій основі, що передбачає вирівнювання ризиків окремих банків;
- обов'язкова участь у депозитному страхуванні усіх банків та інших фінансових закладів, які приймають депозити;

- імперативність регуляційних норм діяльності систем депозитного страхування;
- змішаний характер організації систем депозитного страхування, який передбачає організаційну та фінансову співучасть як недержавних, так і державних структур;
- обмеженість страхової відповідальності банків установленою квотою відшкодування депозитів;
- власна участь застрахованих у покритті ризиків неповернення депозитів. Може бути застосована регресивна шкала розрахунку страхового відшкодування;
- диференціація страхових тарифів у межах банків-страхувальників згідно зі ступенем їх загальної ризикогенності, яка постійно і докладно вивчається фондом депозитного страхування;
- окремі підходи до страхування вкладів фізичних та юридичних осіб;
- надання страхового відшкодування на одного вкладника, а не на один вклад.

Отже, страхування депозитів полягає у створенні системи захисту грошових вкладів, що знаходяться на депозитних рахунках у комерційних банках, на випадок банкрутства цих банків. Система депозитного страхування породжена дворівневою банківською системою і функціонує практично в усіх країнах з розвинутою ринковою економікою.

11.4. Страхування фінансових гарантій

Міжнародні і внутрішні економічні та торговельні відносини вимагають єдиного підходу не лише до механізму страхування наданих кредитів, а й до інших фінансових інструментів, які можуть бути фінансовим забезпеченням кредитних відносин. Таким інструментом на міжнародному фінансовому ринку може бути гарантія, що надається одним суб'єктом іншому. Історично першим гарантом була, безумовно, окрема людина. Пізніше з розвитком цивілізації надання таких послуг перейшло в розряд особливої комерційної діяльності й по-

чало здійснюватися на платній основі. Тепер такі фінансові послуги на високому професійному рівні та у значних обсягах можуть бути надані банком, страховою установою або навіть, як у США, спеціальною установою з надання гарантій — “*surety company*”.

Поряд з терміном гарантія у значенні його синоніма та історичного попередника широко вживається поняття “порука”.

Поняття гарантійного зобов'язання найперше виокремилося від загального поняття угоди про забезпечення у німецькомовних країнах (Німеччина, Австрія, Швейцарія), а вже пізніше поширилося на романомовні країни (Франція, Італія). Тепер у цих та інших країнах терміном “гарантія” називають особливий вид умовного зобов'язання, взятого особою, яка виступає у ролі гаранта щодо невиконання кредитного зобов'язання іншою особою.

Оскільки вимога про надання гарантії адресується на користь третьої особи, то в гарантійних відносинах беруть участь три сторони: боржник, бенефіціар і гарант.

Боржник (називається також зобов'язаним або замовником і розпорядником гарантії — англ. *principal*) зобов'язаний на основі цивільно-правового договору брати на себе зобов'язання про надання своєму контрагентові (кредиторові) вартості свого зобов'язання у визначеному обсязі й на визначений термін.

Бенефіціар — особа (третья сторона контракту), яка бере гарантію як забезпечення і має повноваження на отримання оплати зобов'язання. Він шукає захисту від ризику невиконання зобов'язаним своїх зобов'язань щодо нього. Гарантія дає можливість отримати невикладені боржником кошти.

Гарант — подавач гарантії, в цьому випадку страхова установа, котра, надаючи гарантію, бере на себе правові та фінансові зобов'язання щодо бенефіціара.

Отже, на гарантію покладається важливе завдання, яке полягає у встановленні й дотриманні рівноваги між взаємопов'язаними інтересами боржника, бенефіціара і гаранта, а також визначення прав та обов'язків цих трьох сторін настільки чітко, щоб між ними не виникало спорів у процесі реалізації прийнятої угоди. У практиці надання гарантій інколи виступає також четверта “сторона, що діє за дорученням”, яка, як правило, є банком, страховою установою чи якоюсь іншою

юридичною або фізичною особою, яка приймає і передає доручення від замовника гарантії (боржника). Вона може передавати гарантові інструкції, отримувати від імені і за дорученням зобов'язаного замовника, а також контргарантувати, підтверджувати такі доручення. Необхідність у четвертій стороні здебільшого виникає в умовах зовнішньоекономічних відносин.

Гарантія як правова дія певного змісту та наслідків передбачена та визначена цивільним законодавством багатьох країн. Зокрема Цивільний кодекс України визнає і визначає її як окремий вид цивільно-правової угоди. Крім того, цивільне законодавство деяких країн у випадку визнання ним страхової гарантії виводить її економічний зміст із того, що за вартість отриманої страхової премії страхова установа бере на себе замість боржника роль термінового гаранта на погашення заборгованості у визначеному між боржником і його кредитором порядку на користь бенефіціара угоди. Згідно зі змістом гарантії гарант одноосібно бере на користь бенефіціара обов'язок виконання зобов'язань боржника, якщо сам він цього зобов'язання не виконає у визначений термін.

Характер виконання зобов'язань гарантів часто уточнюється спеціальним додатком до гарантійної угоди, де вказується, що свою гарантію він виконає “цілком і безумовно” та на “першу вимогу”. У цьому виявляються головна особливість і цінність кожного гарантійного зобов'язання. Воно відкидає можливість та правомірність висунення претензій з боку гаранта до відносин, укладених між бенефіціаром і його боржником щодо можливостей неповернення всього або навіть частини боргу.

Відмінність між страхуванням кредиту і наданням гарантії ми бачимо в тому, що страхування не є гарантією, але є забезпеченням відшкодування на технічно-страховій базі. Лише англійське фінансове право формально і чітко розмежовує ці поняття не тільки в термінологічному, а й у змістовому значенні. Зокрема коли йдеться про забезпечення кредитів шляхом їх страхування, то воно визначається як такий економічний інструмент, котрий відрізняється від гарантування кредитів опорою на принцип “найвищої довіри” сторін. На думку спеціалістів, фундаментальне значення при цьому має та обставина, що сторона, зацікавлена у страхуванні свого майнового інтере-

су, зобов'язується надати страховику всю необхідну йому інформацію, потрібну для визначення ним величини кредитного ризику і встановлення взаємовигідних умов страхового договору. У випадку ж гарантування кредиту сторони дотримуються принципу “хай бережеться покупець”, з якого випливає, що боржник-покупець нібито отримує мовчазне попередження чи застереження, що він мусить попередньо самостійно і ґрунтовно визначити споживчі якості отриманої у речах позики, оскільки відомо, що за наданої гарантії кредитор в обов'язковому порядку отримує оплату за надану позику та вартість позики, а тому не завжди несе відповідальність за згодом виявлені позиченими цінностями погані споживчі властивості.

За страхування кредиту страховику належить право збирання інформації про боржника, на основі чого він постійно формує спеціальний архів даних, які ним і кредитором уважно аналізуються. Гарант такої роботи, як правило, не виконує. Ця обставина і зумовлює важливу відмінність між гарантією та страхуванням як економічними поняттями.

Інша, не менш суттєва відмінність між страхуванням і гарантією полягає в тому, що страховик на відміну від подавця гарантії майже ніколи не мусить забезпечувати повного відшкодування збитку, а відповідає лише в межах обсягу, визначеного умовами страхування.

Таким чином, надання гарантії можна розглядати як початкову зародкову форму страхування, оскільки гарантія з погляду менеджменту ризиків, як і страхування, є формою трансферу ризиків. До такого висновку підводять окремі положення страхової теорії: страхування хронологічно пройшло три етапи розвитку, перший з них, найпростіший, виявився у системі “розподілу збитків”, другий — у системі “розподілу ризику”, а третій, сучасний, — у системі “подрібнення ризику” за допомогою перестрахування.

Отже, за першої системи суб'єкти домовлялися про розподіл збитків, які фактично виникли, а не ризиків, унаслідок яких такі збитки могли виникнути. Саме така фінансова послуга мала характер швидше наданої гарантії, ніж типового страхування, бо істинного обсягу ризиків ніхто не знав і для їх розподілу шляхом застосування страхового механізму не було належних техніко-економічних підстав. Окремі представники

сучасної економічної теорії висловлюють думку, що, оскільки типова страхова операція будується на об'єднанні незалежних ризиків, яке є необхідною передумовою їх подальшого розподілу, то в тих ситуаціях, коли таке об'єднання неможливе (з причин надзвичайно високої взаємозалежності ризиків або їх виключно індивідуального характеру), застосовується простий метод розподілу ризику (майбутніх збитків) шляхом звичайного передання цього ризику одним суб'єктом іншому суб'єктові.

В умовах сучасної української економіки, коли рівень повернення аграрними підприємствами боргів за надані їм державні товарні позики матеріально-технічними ресурсами не перевищує 50 %, створення (ймовірно за рахунок коштів державного бюджету) гарантійної компанії, на думку спеціалістів, є одним із можливих варіантів реалізації механізму повернення цих позик. Цю компанію доцільно наділити такими основними і додатковими функціями:

- надання на основі двосторонніх договорів з господарствами-позичальниками від імені останніх гарантій банкам-кредиторам;
- робота з боргами кредитнеспроможних сільськогосподарських підприємств;
- діяльність щодо залучення фінансових ресурсів та інвестицій в аграрний сектор економіки.

Як видно, пропонується гарантійна установа наділяється такими функціями, які можуть виконувати багато вже діючих нині комерційних страхових установ, за умови отримання ними права надання безпосередніх гарантій. Таке рішення буде відповідати новій фінансовій ідеології, оскільки саме свідоме перенесення акцентів з бюджетних на небюджетні джерела фінансування, на думку вчених, є на сьогодні ідеологією виживання.

Особливість кожної гарантії (поруки) полягає не лише в тому, що вона є забезпеченням кредитного зобов'язання, а й у тому, що вона сама є кредитним зобов'язанням (кредитом довіри), яке до того ж надзвичайно ризикогенне.

Страхування гарантій з теоретичного погляду може розглядатись як особлива форма страхування застав. Адже заставою можуть бути не лише речові субстанції, а й різні боргові фінан-

сові зобов'язання, надані господарськими суб'єктами, та грошові кошти фінансових закладів. Коли ці кошти не вилучаються з господарського обороту фінансових закладів, а боргові зобов'язання не викупуваються їх емітентами, то такий вид фінансового забезпечення наданого кредиту набирає форми гарантії, наданої фінансовими закладами чи емітентами боргових зобов'язань. Можливість страхового захисту такої гарантії передбачено загальною схемою класифікації всіх видів страхування кредитів. У широкому значенні під цим страхуванням розуміється обов'язок страхувальника відшкодувати кредитуру збитки, які виникають у ситуації, коли дебітор не виконає встановленого у договорі обов'язку оплати на користь свого кредитора.

Страхування фінансових гарантій складається з двох основних підрозділів. За умовами першого з них здійснюється покриття збитків, отриманих гарантами внаслідок неповернення іпотечних позик (гарантованих іпотекою) і спеціальних банківських кредитів, наданих під гарантії різних фінансових інститутів. У цьому випадку позичальник є застрахованим. Другий підрозділ охоплює страхування фінансових гарантій, виданих різними господарськими суб'єктами у вигляді своїх боргових зобов'язань (цінних паперів, облігацій тощо).

Умови страхування гарантійних відносин обох типів (виданих і прийнятих) багатьох страхових закладів передбачають, що страхувальниками можуть бути як боржники, так і їх гаранти. За страхування прийнятих гарантій чи порук страхувальниками можуть бути боржники та їх кредитори, які взяли ці зобов'язання. Однак у кожному випадку договір страхування укладається в інтересах гаранта. У випадку, коли страхувальником є гарант, він укладає договір страхування на свою користь, а тому одночасно є застрахованим. Тобто страхувальником виступає той, хто бере на себе обов'язок сплати страхових внесків. Якщо ним є боржник, то у нього одночасно виникає необхідність платити комісійні гаранту і страхові платежі страховикові.

Обсяг страхової відповідальності встановлюється страховиком за згодою зі страхувальником у межах гарантованих зобов'язань, залежно від ризиків, які, на думку сторін, становлять реальну загрозу. Важливим елементом кредитно-гаран-

тійно-страхових відносин є ціна страхової послуги. Складність розрахунку страхових тарифів підтверджується не лише різноманітним складом ризиків, а й різновеликістю окремих тарифів у різних страховиків за однакові ризики.

Спеціалісти вважають, що стан, у якому страховик виступає лише гарантом гаранта, не є економічно виправданим. Адже в кінцевому підсумку, питання про те, чи гарант приступить до виконання своїх зобов'язань, вирішується у відносинах між боржником та його кредитором. Тобто лише в ситуації невиконання своїх зобов'язань боржником, а згодом невиконання зобов'язань гарантом за їх виконання береться страховик. Такий ланцюг послідовних дій не сприяє покращенню якості забезпечення зобов'язань, оскільки на останньому етапі інструмент гарантії, найбільш безумовної дії, замінюється на інструмент страхування, який вже не є таким безумовним як гарантія. Очевидно, ця обставина стала однією з причин того, що страхування гарантій поки що не набуло популярності в отримувачів гарантій (боржників і кредиторів).

11.5. Особливості іпотечного страхування банків

Іпотечне кредитування є одним із тих напрямів ринку фінансових послуг, який динамічно розвивається та покликаний створити механізм довгострокового кредитування громадян із середніми доходами для придбання житла. На сьогодні тільки таке іпотечне кредитування, яке ефективно функціонує, зможе вирішити житлову проблему населення, а також забезпечити одержання додаткових коштів під заставу нерухомості.

Іпотеці, як і будь-якій іншій сфері людської діяльності, притаманна ймовірність несприятливого розвитку, а в умовах нестабільної законодавчої бази будь-які, навіть незначні, на перший погляд, ризики стають критичними і загрожують зробити будь-який проект нездійсненним. У такому випадку особливо актуальним є вивчення основних ризиків, які властиві іпотечним програмам, а також засобів і технологій мінімізації

наслідків таких ризиків за допомогою страхування. При цьому виникають додаткові можливості розвитку та підвищення ефективності іпотечної діяльності.

Це означає, що першочерговим завданням страхування іпотеки є забезпечення всім учасникам захисту від майнових втрат, а також гарантування своєчасного та повного відшкодування збитків, пов'язаних з настанням страхових випадків. До того ж страхування ризиків за іпотечними кредитами приведе до істотного зменшення розміру початкового внеску за придбання житла в кредит і зробить іпотеку доступнішою для більшості населення.

Іпотечне страхування спрямоване насамперед на “полегшення життя” банків у тому випадку, якщо позичальник не може розрахуватися за кредитом. Якщо позичальник виявляється неплатоспроможним, то придбана в кредит нерухомість, яка перебуває в заставі у банку, вилучається і продається. За рахунок виручених коштів покриваються витрати кредитора. Якщо грошей від продажу заставленої нерухомості достатньо для покриття всіх збитків банку, страхування, у принципі, не потрібне. Однак на ринку може скластися така ситуація, що цих грошей може бути недостатньо, щоб компенсувати суму основного боргу, відсотки за кредит, пеню і штрафи. Таке може статися, наприклад, у випадку падіння цін на нерухомість. Крім того, є поняття упущеної вигоди банку у випадку неплатоспроможності позичальника. І збитки банку, й упущену вигоду може компенсувати страховка. Така система діє у всіх розвинених країнах. Наприклад, у Канаді провідне місце у сфері іпотечного страхування займає Канадська іпотечно-житлова корпорація. Іпотечне страхування в Канаді є обов'язковим для кредитів з вищим ніж 75 %, показником співвідношення між вартістю забезпечення і розміром позики. Отже, державне страхування повинно бути обов'язково оформленим, якщо початковий внесок становить менше 25 % від вартості нерухомості, яка буде придбана. За 5-відсоткового початкового внеску державна страховка буде дорівнювати 3,75 % від суми, взятої в борг. Якщо початковий внесок становить 10 % від вартості нерухомості, то державна страховка знизиться до 2,5 %. Відповідно співвідношення початкового внеску і страховки буде: за 15 % — 2 %; за 20 % — 1,25; за 25 % — 0,75; за

35 % — 0,5 %. До того ж за початкового внеску до 35 % необхідною умовою одержання кредиту є страхування життя позичальника.

У США, зокрема, діють дві системи іпотечного страхування — державна і приватна. Державна система була створена 70 років тому в період “Великої депресії” і представлена Федеральними житловими агентствами. На той час головною метою введення іпотечного страхування було змусити банки видавати іпотечні кредити. Приватна система почала розвиватися 40 років тому, коли державна система довела свою ефективність. Головна відмінність між цими двома системами полягає у величині покриття збитків. Державна страхова система покриває 100 % невиплаченого кредиту: у цьому випадку заставлена квартира стає власністю позичальника, який її реалізує і в такий спосіб компенсує свої втрати. Приватна страхова система покриває лише 25 % невиплаченого кредиту, а решту банк покриває за рахунок реалізації застави.

Позичальниками Федеральних житлових агентств були громадяни з низьким рівнем доходів, а приватних страхових компаній — із середнім. Кредитні ресурси Федеральним житловим агентствам, а також гарантії за кредитами надавав уряд, а приватні компанії формували свої кредити шляхом залучення інвестицій. На сьогодні обсяг страхування державної системи становить 500 млрд дол. США, а приватної — 720 млрд дол. Головною метою введення іпотечного страхування в США для населення було надання можливостей для зниження початкового внеску під час одержання кредиту. Справа в тому, що чим нижчий первісний внесок позичальника, тим вищий ризик банку, оскільки у випадку неплатоспроможності позичальника і звернення стягнення на предмет застави зростає ризик того, що банку не вдасться компенсувати свої витрати. Тому банки включають у початковий внесок не тільки основну суму боргу та відсотки, а й власні витрати на організацію торгів. Так, за наявності державної страховки позичальник може одержати іпотечний кредит з початковим внеском у 3—5 % від вартості нерухомості.

У США також обов’язковим видом страхування є страхування титулу, що є захистом власника від подій, які відбулися в минулому, але наслідки їх можуть виявитися в майбутньому.

Такий вид страхування необхідний, оскільки при переході права власності органи державної реєстрації не перевіряють надані документи, а реєстрація означає лише те, що сам по собі акт переходу права є дійсним.

Російські фахівці вважають, що страхування титулу власності за іпотечного кредитування може бути виправданим тільки в період створення Єдиного державного реєстру прав на нерухоме майно й угод з ним, причому відповідальність за інформацію, що міститься в такому реєстрі, повинна нести держава. Однак гарантії того, що нерухомість не стане предметом судової суперечки, сьогодні ніхто дати не може. Єдина можливість вберегти себе від фінансових втрат — страхування прав власності. Поліс страхування титулу сьогодні становить 1 % — 3,5 % від вартості заставленої нерухомості, втрата права на яку страхується. Проте за оформлення страхування в рамках іпотечної програми тариф знижується до 0,3 %.

Сьогодні в Росії сума страховки може коливатися в досить великих межах. Зазвичай на цю процедуру клієнт витрачає від 1 до 1,5 %, де 0,8 % становить страхування життя позичальника, 0,4 % — страхування титулу і 0,3 % — страхування майна від випадкового ушкодження чи знищення.

На нашу думку, подібний вид страхування для Росії, а також для України особливо актуальний, тому що внаслідок погано розвиненої інформаційної бази та прогалин у законодавстві неможливо гарантувати покупцю чесність попередніх угод з нерухомістю, яка буде придбана. При цьому ризик дуже великий: більшість арештів (близько 30%) накладаються на житло саме у зв’язку із суперечками про права на нерухомість, а 25 % — через позови про розподіл часток власності.

У нашій країні титульне страхування забезпечує, наприклад, Українська інноваційна страхова компанія “Інвестсервіс”. Предметом страхування є майнові інтереси страхувальника, пов’язані з втратою чи обмеженням майнових прав позичальника за договором про пайову участь у будівництві нового житла (первинний ринок) і страхування ризику оскарження третіми особами майнових прав страхувальника на нерухомість у судовому порядку (вторинний ринок житла). Страховим випадком є факт втрати чи обмеження майнових прав страхувальника за угодою про пайову участь та на нерухоме

майно в результаті зажадання цього майна чи права володіння, користування або розпорядження і визнання угоди, що підтверджує майнові права на предмет страхування, недійсним на підставі рішення суду, що набрало сили.

Загалом можна зробити висновок, що страхування іпотеки вигідне головним учасникам ринку іпотечного кредитування. Такий вид страхування забезпечує кредиторам зниження кредитного ризику, мінімізує їхні втрати за кредитами, забезпечує збільшення обсягів кредитування, до того ж дозволяє банкам надавати великі обсяги іпотечних кредитів і удосконалювати механізм іпотечного кредитування. Для позичальника страхування іпотеки є доступом до недорогих кредитів, дає можливість вносити нижчий первісний внесок під невисокий відсоток, а також забезпечує впевненість погашення кредиту у випадку своєї неплатоспроможності.

Для ринку нерухомості це стимулювання як кредиторів, так і позичальників до реалізації іпотечної програми без підвищення ступеня ризику у фінансовій системі. Для ринку капіталу іпотечне страхування надає додаткові фінансові ресурси. Якщо розглядати всю фінансову систему, то система іпотечного страхування — це безперервний цикл, за якого контролюються і стабілізуються ризики, що полегшує доступ до іпотечних кредитів. Це, у свою чергу, сприяє ефективному функціонуванню та швидкому зростанню ринку капіталу. Зростання ринку капіталу дає змогу сформувати іпотечні пули і випустити на їхній основі іпотечні цінні папери (сек'юритизація). А механізм сек'юритизації сприяє ефективному фінансуванню житла шляхом розвитку вторинного іпотечного ринку.

Визначивши важливість страхування іпотеки, звернемося до законодавства і становлення системи іпотечного страхування в Україні. У нашій країні розроблена і введена в дію система правового регулювання іпотечної діяльності, що передбачає страхові відносини як обов'язковий інститут іпотеки. Однак, на превеликий жаль, статистика, яка є на сьогодні, не дає змоги виділити частку страхування іпотеки. На практиці страхування нерухомості як об'єкта іпотеки відображається в структурі показників страхування майна. Схеми іпотечного кредитування, що реалізуються в різних регіонах нашої держави, можуть відрізнятися інфраструктурою, умовами кредитуван-

ня та рефінансування. Однак яка б схема не застосовувалася, безумовно, кожен іпотечний кредитор зацікавлений у гарантованому поверненні позичальниками отриманих кредитів чи, у випадку неповернення кредиту, неушкодженого майна.

Під час розробки програми іпотечного страхування доцільно, на нашу думку, правильно визначити необхідність у страховому захисті конкретних ризиків. Не всі ризики потрібно перекладати на страхування, оскільки більшість ризиків, притаманних іпотечному кредитуванню, можна застрахувати, але ціна самого кредиту істотно зростає. Проте необхідно акцентувати увагу на деяких видах страхування, що досить обґрунтовано стають необхідними для потенційного позичальника. Так, відповідно до Закону України “Про іпотеку”, обов'язковою умовою іпотечного договору є те, що іпотекодавець (позичальник) повинен застрахувати предмет іпотеки на його повну вартість від ризиків випадкового знищення, псування чи пошкодження. При цьому вигодонабувачем відповідно до договору страхування є іпотекодержатель (кредитор), а страховий поліс є гарантією забезпечення виданого банком кредиту. Українська інноваційна страхова компанія “Інвестсервіс” розробила програму страхування житла іпотечного кредитування: страхування квартири, що купується клієнтом у розстрочку під банківське кредитування. Квартира передається у заставу банку до повного розрахування клієнтом за кредитом. Програма надає страховий захист від збитків, загибелі чи пошкоджень, що викликані: пожежею, вибухом, ударом блискавки, падінням літальних апаратів чи їхніх частин; стихійними лихами (бурі, вихор, урагани, смерч, дії підземного вогню, град, снігопад, злива, землетрус, лавина, зсув, селевий потік, обвал, осідання ґрунту); залиттям водою з водопровідної, каналізаційної чи опалювальної систем; протиправними діями третіх осіб. Страхові тарифи від усіх перерахованих вище ризиків становлять 0,36—0,40 %.

Крім того, іпотечним законодавством в Україні передбачено ще декілька обов'язкових видів страхування: страхування фінансових ризиків — неотримання, несвоєчасного отримання або отримання не в повній сумі платежів за договорами про іпотечні кредити та платежі за іпотечними сертифікатами; страхування будівельно-монтажних робіт забудовника та страху-

вання відповідальності забудовника перед третіми особами відповідно до Закону України “Про фінансово-кредитні механізми і управління майном при будівництві житла та операцій з нерухомістю”.

Також, крім обов’язкового, іпотечне законодавство передбачає і добровільне страхування. Зокрема, відповідно до Закону України “Про іпотечне кредитування, операції з консолідованим іпотечним боргом та іпотечні сертифікати”, емітент іпотечних сертифікатів має право застрахувати власників сертифікатів від можливих збитків у випадку зміни курсу національної валюти. Отже, за такої різноманітності видів страхування для страхових компаній відкривається широкий спектр діяльності, однак постає питання, чи будуть такі види поширеними у використанні і як з ними працювати. Так, для забезпечення адекватного рівня можливих збитків у процесі будівництва рівень страхових платежів не може бути меншим від 0,5 % суми страхового платежу, інакше страхові компанії будуть не в змозі компенсувати збитки будівельного процесу. Складніше зі страхуванням відповідальності забудовника перед третіми особами або страхуванням відповідальності керуючого майном за збитки, оскільки, на відміну від страхування нерухомості та будівельно-монтажних робіт, цей вид страхування не має налагодженої системи ризиків. Якщо обмежитися відповідальністю забудовника за несвоєчасне завершення об’єкта або керуючого за збитки, то для страхової компанії виникають не вигідні умови.

Наприклад, страхова компанія “Аркада-Гарант” забезпечує страхування відповідальності перед третіми особами під час проведення будівельно-монтажних робіт. Страховим випадком вважається знищення, пошкодження, розкрадання майна, що відбулося внаслідок техногенних аварій, природних явищ, протиправних дій третіх осіб. Страхувальниками можуть бути підрядник, замовник, забудовник, інвестор чи інші особи, які мають безпосередній стосунок до об’єкта страхування. Страховий тариф становить 0,4 — 0,8 % від страхової суми (вартості будівництва) на весь період проведення будівельно-монтажних робіт.

Ще однією з провідних страхових компаній в Україні, що надає такий вид послуг, є “Інкомстрах”. Одним із пріоритет-

них напрямів розвитку компанії є страхування фінансових ризиків (титульне страхування) на ринку нерухомості. На сьогодні ринок нерухомості стрімко розвивається, а відповідно, і страхування. Але, на жаль, знання про наявні ризики при здійсненні угод, як на первинному, так і на вторинному ринку, є тільки у фахівців, і, як наслідок, про страхові продукти, які існують нині, простий пересічений громадянин дізнається тільки в момент безпосереднього спілкування під час купівлі власної нерухомості в кращому випадку або під час розгляду позовних заяв про відчуження чи обмеження прав — у найгіршому.

Страхові продукти набувають розвитку на всій території України. На сьогодні невелика кількість страхових компаній України може запропонувати титульне страхування своїм клієнтам. Більшість компаній пропонує страхування фінансового ризику покупця нерухомості, що є лише незначною частиною титульного страхування. Цей вид страхування дає змогу вирішити проблеми, які виникають у власника нерухомості, без позбавлення його права власності чи інших майнових прав. Для виплати страхового відшкодування не завжди потрібно чекати рішення суду. Документом, який підтверджує настання страхового випадку, може бути рішення органів влади, мирова угода сторін тощо.

Іноді невиконання зобов’язань забудовником чи керуючим перед третіми особами може статися внаслідок неефективного менеджменту, прорахунків у роботі, низької кваліфікації тощо. Саме тому у світовій практиці суб’єктивні фактори ніколи не страхуються. Таке страхування без чіткого визначення ризиків призводить до нескінченних конфліктів між страховиком і страхувальником і, отже, до тривалих судових розглядів. У результаті страхувальник або взагалі не одержує страхового відшкодування, або розмір такого відшкодування значно менший, ніж заподіяні збитки. У випадку страхування відповідальності забудовника чи керуючого майном можуть враховуватися тільки незалежні від них обставини — стихійні явища або техногенний вплив.

Також виникають певні труднощі в разі страхування фінансових ризиків за іпотечними кредитами. Цікавим є той факт, що коли позичальник не бажає здійснювати погашення своїх зобов’язань із суб’єктивних причин, то це не може вважатися

страховим випадком і, тим більше, об'єктом страхування. Отже, можна говорити лише про страхування тільки об'єктивних факторів несплати боргу, які не залежать від бажання або волі позичальника. Проте, на жаль, їх небагато. Для фізичної особи такими чинниками є нещасний випадок, внаслідок якого втрачається платоспроможність, або смерть, для юридичної особи до об'єктивних факторів належить тільки банкрутство.

Всі інші випадки втрати платоспроможності мають високий ступінь суб'єктивізму, а тому неможливо визначити, в який момент настав страховий випадок. Фактично такий вид страхування стає непотрібним, як і деякі інші види обов'язкового страхування. Не випадково Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг лобіює зменшення кількості обов'язкових видів страхування, адже страхові компанії здатні самостійно розробити якісні страхові продукти, які задовольняють клієнтів. На сьогодні в Україні також є попит на страхування об'єктів незавершеного будівництва, які мають свою вартість, як і інша нерухомість, однак у зв'язку з нестворенням у в цій сфері законодавчо-правової бази такі об'єкти на страхування приймаються дуже рідко.

Отже, можна зробити висновок, що страхування іпотеки є перспективним видом страхування у зв'язку з активним розвитком ринку нерухомості, майбутнім урегулюванням законодавчої бази. Крім того, у майбутньому в Україні можливе створення системи іпотечного страхування, яка б ефективно функціонувала та охоплювала всіх учасників ринку іпотеки. На подальший розвиток іпотечного страхування в нашій країні будуть впливати:

- стабільний фінансовий стан населення;
- активізація ролі держави у зміцненні та розвитку ринку іпотеки;
- розробка концепції розвитку іпотеки і страхування для задоволення потреб населення, бізнесу і держави в надійному страховому захисті.

Слід зазначити, що недостатній рівень розвитку страхування іпотеки на сьогодні зумовлений соціально-економічними процесами в державі, станом ринку нерухомості та страхового ринку.

11.6. Інтеграція банківської та страхової сфери: стратегічні альянси

Стратегічні альянси відіграють одну з провідних ролей в економіках розвинутих країн світу. Вони є головною складовою глобальної конкуренції, дають змогу швидко досягти стратегічних цілей та ефекту синергізму з невеликими операційними витратами, меншими потребами в інвестиціях та високим потенціалом успіху. Стратегічні альянси між підприємствами різних напрямів діяльності — ключовий елемент стратегічного передбачення. Одними з основних учасників стратегічних альянсів у світі є страхові компанії. Це зумовлено перш за все наявністю у них великих обсягів довгострокових капіталів, потребою ефективного їх використання та об'єктивною необхідністю диверсифікації діяльності та підвищення рентабельності операцій.

Так, ресурси американської економіки на 30 % складаються з ресурсів зі страхування життя. У Швейцарії цей показник становить 70 %. В Японії страхові компанії володіють майже 18 % усього акціонерного капіталу країни. А страховики Європи, США та Японії на кінець 90-х років управляли загальним обсягом вкладених коштів в економіку на суму більше 4 трлн дол. США.

Слід відзначити глибоку інтеграцію страхових компаній у банківський сектор. Так, об'єднання з “Dresdner Bank” однієї з найбільших німецьких страхових компаній “Allianz” створило четверту за величиною в світі фінансову групу. Ця страхова компанія також володіла до об'єднання акціями трьох із чотирьох провідних німецьких банків. У результаті об'єднання “Allianz” з “Dresdner Bank” та складного обміну акцій між сторонами відомий у світі перестраховик “Munich Re” буде контролювати 25,7 % акцій другого за величиною німецького банку “Нуро Vereinsbank (Munich Re)”, маючи в розпорядженні 25 млрд євро вільних коштів, міг би отримати повний контроль над цим банком, але не має в цьому потреби). Найбільший банк Німеччини Deutsche Bank також перебуває в процесі пошуку

одного з перспективних партнерів на страховому ринку. Більшість спеціалістів пов'язують цей банк із відомою французькою компанією "Аха", яка у свою чергу представлена на французькому ринку через дочірній банк "Bank Worms" та має тісні контакти з певними національними банками (у Франції до 60 % страхових полісів реалізується через банки — яскравий приклад довгострокового стратегічного партнерства банківських установ та страховиків).

Головними причинами такого підвищеного взаємного інтересу між страховими компаніями та банками, на нашу думку, є:

- можливість значного розширення кожним із суб'єктів клієнтської бази: і страховики, і банки обслуговують велику кількість клієнтів. Обмін інформацією про них, надання їм послуг лише установами однієї системи є сьогодні пріоритетним для обох сторін в умовах загострення конкуренції (характерно як для розвинутих країн, так і країн, що розвиваються, в тому числі України);

- диверсифікація капіталу, підвищення норми прибутковості інвестиційних ресурсів. Страхова галузь, як відомо, є однією з найбільш рентабельних та динамічних серед інших галузей провідних країн світу, що володіє значними інвестиційними ресурсами, які можуть використовуватись для інвестування промисловості як страховиками, так і обслуговуючими банками за умови, якщо банк контролює страхову компанію;

- необхідність акумулювати всі грошові потоки в одній системі. Кожне велике підприємство чи банк сплачує значні суми за обов'язковими та добровільними видами страхування. У зв'язку з цим материнською компанією створюється страхова компанія, яка займається ефективним вирішенням цього питання з метою мінімізації майнових, кредитних та фінансових ризиків і витрат материнської компанії на таке страхування;

- можливість надання клієнтам повного спектра банківських та страхових послуг. При цьому, ці послуги мають бути високоякісними, гарантованими та привабливими для клієнта. Продаж банками страхових продуктів, як переконує зарубіжний досвід, не буде мати серйозних суперечностей між клієнтами та банком. Як правило, клієнти є лояльними до своїх банків та позитивно сприймають ідею фінансового супер-

маркету. Крім того, відмінності між банківським і страховим секторами світового фінансового ринку в останні роки стали майже непомітними, особливо у сферах приватних інвестицій і довгострокових заощаджень;

- можливість використання регіональної мережі установ, особливо це вигідно страховикам для реалізації страхових продуктів через "банківське віконце" тощо.

Головною проблемою під час налагодження спільної роботи для страховиків на сучасному етапі розвитку є те, що банки сприймають страхові послуги як другорядні відносно банківських. Але, на нашу думку, це тимчасові проблеми швидше сфери психології, ніж економіки. При відпрацюванні ефективного та взаємовигідного механізму співпраці, цей напрям роботи є перспективним та пріоритетним для розвитку.

В Україні також простежується тенденція створення стратегічних альянсів банків та страхових компаній. Найбільш відомими є альянси Промінвестбанку та АСТ "Вексель", Приватбанку та СГ "ТАС", Укрсоцбанку та АСК "Укрсоцстрах" і НАСК "Оранта", банку "Аваль" та АСК "Еталон" тощо.

Більшість провідних промислових підприємств також мають власні страхові компанії або планують створити дочірні компанії. Головною особливістю вітчизняних страховиків є те, що багато з них кептивні, не мають достатніх ресурсів для розвитку. З більш ніж 320 компаній на сьогодні близько 100 компаній активно здійснюють страхові операції. При цьому державним контролюючим органам потрібно приділяти більшу увагу не тільки абсолютним величинам активів, власного капіталу, статутного фонду страховиків, а й якості цих показників. Аналіз структури активів деяких компаній свідчить про те, що в них основну частину становлять неліквідні векселі та цінні папери, дебіторська заборгованість, основні фонди тощо. Враховуючи тенденції на страховому ринку в Україні, можна передбачити, що в найближчі роки вітчизняні банки та промислові підприємства і надалі будуть головними інвесторами страхових компаній. На Заході основні інвестори — це страховики. Ситуація в Україні інша, вона пов'язана перш за все з історичними умовами, коли у процесі переходу від планової до ринкової економіки провідну роль у державі відігравали промислові підприємства та банки. Страхового ринку як такого не було. Довгий час йому не приділялось належної уваги. Страте-

гічним напрямом взаємодії страхових компаній та банків в Україні є запровадження спільних технологій продажу фінансових (страхових та банківських) послуг на вітчизняному ринку. Пріоритетом для банків є максимальне розширення спектра послуг клієнтам та збільшення обсягів продажу — ця проблема є досить актуальною і для страховиків. Суть цього проекту полягає у створенні фінансового супермаркету для клієнта, виробленні єдиної спільної стратегії обслуговування. І страховик, і банк повинні задовольняти попит клієнта на фінансові продукти, які чітко взаємопов'язані: отримання кредиту та обов'язкове страхування предмета застави, страхування керівників-позичальників (особливо малих та середніх підприємств) від нещасного випадку для забезпечення більшої гарантованості повернення кредиту (вигодонабувачем буде банк), видача разом з платіжною картою страхових полісів, а також тих страхових продуктів, які не пов'язані з банківською діяльністю, але банк їх може за мінімальних витрат реалізовувати — це обов'язкові види страхування (цивільної відповідальності, водіїв від нещасних випадків, членів добровільних пожежних дружин; майна громадян та підприємств тощо).

Від побудови такого механізму взаємодії виграє і банк, і клієнт. Клієнт отримує повний спектр високоякісних послуг, що надаються установами однієї системи, які не на формальному рівні несуть повну відповідальність за надані послуги, мінімізуються витрати клієнта у сфері страхування (за придбання повного пакета послуг банк і страховик будуть робити значні знижки тощо).

Дослідження зарубіжних вчених у сфері злиття і поглинання страхових компаній, банків, промислових підприємств виявили так званий ефект масштабу, суть якого в тому, що після злиття і поглинання підприємства, які були їх об'єктом, демонструють високе зростання ефективності порівняно з тими, які не брали участі в цих процесах. Досить значний "ефект масштабу" був відкритий у розвинутих країнах саме в галузі страхування.

Отже, можна передбачити, що процеси створення стратегічних альянсів між банками та страховими компаніями однозначно позитивно вплинуть на діяльність страховиків, які увійдуть до таких альянсів, та на розвиток страхового ринку в цілому, який має всі шанси стати одним з найбільших в Європі.

Висновки

1. Відповідно до загальної теорії страхування, страхування кредитів — це господарський механізм, метою якого є покриття випадкових, оцінюваних, майнових потреб, що виникають із ризику забезпечення кредиту. Характерною рисою страхування кредитних ризиків є те, що це не одноразова дія, а наскрізний процес: аналіз ризику здійснюється не тільки у попередньому режимі, а й після укладення страхової угоди.

2. Відмінність між страхуванням кредиту і наданням гарантії виявляється у тому, що страхування є не гарантією, а забезпеченням відшкодування на технічно-страховій базі, страховик на відміну від подавця гарантії майже ніколи не мусить забезпечувати повного відшкодування збитку, а відповідає лише в межах обсягу, визначеного умовами страхування.

3. Страхування фінансових гарантій складається з двох основних підрозділів: у першому здійснюється покриття збитків гарантів унаслідок неповернення іпотечних позик і спеціальних банківських кредитів, наданих під гарантії різних фінансових інститутів, а другий охоплює страхування фінансових гарантій, виданих різними господарськими суб'єктами у вигляді боргових зобов'язань (цінних паперів, облігацій тощо).

4. При страхуванні прийнятих гарантій чи порук страховальниками можуть бути боржники та їх кредитори, які взяли ці зобов'язання, тобто страховальником є той, хто бере на себе обов'язок сплати страхових внесків.

5. Першочерговим завданням страхування іпотеки є забезпечення всім учасникам захисту від майнових втрат, а також гарантування своєчасного та повного відшкодування збитків, пов'язаних із настанням страхових випадків під час придбання житла в кредит.

6. Іпотечне страхування спрямоване на полегшення становища банку, якщо позичальник виявляється неплатоспроможним, то придбана в кредит нерухомість, яка перебуває в заставі у банку, вилучається і продається, а якщо грошей від продажу заставленої нерухомості недостатньо для покриття всіх збитків банку, то їх, як і упущену вигоду, може компенсувати страховка.

7. Титульне страхування захищає майнові інтереси страхувальника, пов'язані з втратою чи обмеженням майнових прав позичальника за договором про пайову участь у будівництві нового житла (первинний ринок) і страхування ризику оскарження третіми особами майнових прав страхувальника на нерухомість у судовому порядку (вторинний ринок житла).

8. Стратегічні альянси за участі страхових компаній та банків виникають у зв'язку з можливістю значного розширення кожним із суб'єктів клієнтської бази, диверсифікації капіталу, підвищення норми прибутковості інвестиційних ресурсів, необхідністю акумулювати всі грошові потоки в одній системі та можливість одночасного надання клієнтам повного спектра банківських та страхових послуг.

9. Стратегічним напрямом взаємодії страхових компаній та банків в Україні є запровадження спільних технологій продажу фінансових (страхових та банківських) послуг на вітчизняному ринку, тобто створення фінансового супермаркету для клієнта. Фінансові супермаркети дають можливість клієнтам отримувати повний спектр високоякісних послуг, що надаються установами однієї системи, які не на формальному рівні несуть повну відповідальність за надані послуги, мінімізують їх витрати у сфері страхування (за придбання повного пакета послуг банк і страховик можуть робити значні знижки тощо).

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Страховання депозитів; Фонд гарантування вкладів фізичних осіб; кредитний ризик; страхування кредитів; майнове страхування; страхування на користь третьої особи; форми страхування: делькредерна, заставна; страхування довіри; регресна вимога; гарантія; бенефіціар; гарант; страхова, фінансова гарантія; страхування: іпотеки, титулу, прав власності; фінансовий супермаркет.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Яка є передумова виникнення страхових кредитних відносин?
2. Які є форми передачі кредиторської заборгованості з позицій побудови страхових відносин?
3. Які є види договорів страхування на користь третьої особи і у чому полягає їхня відмінність?
4. У чому особливість заставного страхування кредитів?
5. На які групи поділяється сектор делькредерного страхування і які їх особливості?
6. У чому полягають переваги делькредерного страхування для кредиторів?
7. Які форми може мати фінансова участь держави у системі гарантування й у чому полягає їхня відмінність?
8. Які особливості функціонування Фонду гарантування вкладів фізичних осіб в Україні?
9. У чому полягає відмінність у поняттях “гарантійне забезпечення” і “порука”?
10. Які три сторони беруть участь у гарантійних відносинах і яка їхня роль?
11. У чому полягає особливість гарантії як цивільно-правової угоди?
12. У чому полягає відмінність між страхуванням кредиту і страхуванням гарантії?
13. Які є особливі відмінності в умовах страхування гарантійних відносин за виданими і прийнятими гарантіями?
14. У чому полягає головне завдання страхування іпотеки?
15. Які виникають переваги за іпотечного страхування у всіх його учасників?
16. У чому полягали особливості становлення системи іпотечного страхування в Україні?
17. У чому полягає роль стратегічних альянсів для їх учасників і для економіки в цілому?
18. Страхування кредитних ризиків захищає інтереси продавця або банка-кредитора на випадок неплатоспроможності боржника або несплати боргу з інших причин:
 - а) так; б) ні; в) не знаю.

19. При укладанні договорів страхування кредитних ризиків страховик фінансовий стан та репутацію одержувача позики з погляду його платоспроможності:

а) не враховує; б) повинен враховувати; в) враховує, коли ризик занадто великий.

20. Страхувальником у делькредерному страхуванні є:

а) позичальник; б) банк; в) гарант позичальника

21. Які втрати беруться до уваги при страхуванні прибутку:

а) змінні; б) постійні; в) втрати прибутку?

22. Страхувальником у гарантійному — заставному страхуванні виступає:

а) позичальник; б) банк; в) гарант позичальника.

Література

1. *Аленичев В.В.* Страхование коммерческих кредитов // *Финансы*. — 1999. — № 9. — С. 55—60.

2. *Валдайцев С.В.* Риски в экономике и методы их страхования. — СПб.: СПбДНТП, 1998. — 56 с.

3. *Клапків М.С.* Страхування фінансових ризиків: Монографія. — Т.: Екон. думка: Карт-бланш, 2002. — 570 с.

4. *Николаенко И.* Страхование кредитов по-прежнему дело рискованное // *Финансовая Украина*. — 1998. — № 8. — С. 19.

5. *Осадець С.С.* Страхування. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — 599 с.

6. *Соколинская Н.Э.* Стратегия управления банковскими рисками // *Бухгалтерский учет*. — 1994. — № 12. — С. 13—19.

7. *Шибалкіна В.* Страхування кредитного ризику // *Банківська справа*. — 1998. — № 6. — С. 40—44.

Частина IV

СТРАХУВАННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Розділ 12. Страхування цивільної відповідальності.

Розділ 12

СТРАХУВАННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

- 12.1. *Необхідність, зміст і структура страхування цивільної відповідальності.*
- 12.2. *Страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів.*
- 12.3. *Страхування професійної відповідальності.*
- 12.4. *Страхування відповідальності суб'єктів господарювання — джерел підвищеної небезпеки.*
- 12.5. *Страхування інших видів відповідальності.*

12.1. Необхідність, зміст і структура страхування цивільної відповідальності

Страхування відповідальності — це галузь страхування, предметом якої є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди юридичній чи фізичній особі або її майну. Шкода, заподіяна третім особам, може бути наслідком діяльності чи бездіяльності страхувальника.

Об'єктивна необхідність запровадження страхування цивільної відповідальності зумовлена тим, що: *по-перше*, особа, яка завдала збитки іншій особі (особам), повинна за законом чи рішенням суду відшкодувати їх; *по-друге*, в сучасних умовах заподіяні третім особам збитки можуть бути такими значними, що вивувають не вистачить і життя, щоб їх відшкодувати.

Цивільна відповідальність має майновий характер і пов'язана з компенсацією шкоди. Цивільне право ґрунтується на презумпції вини, тобто на припущенні, що страхувальник вва-

жається винним у збитках, спричинених внаслідок страхової події доти, доки не буде доведена його невинність.

Як правило, відповідальність на страхувальника за спричинені збитки третім особам накладається після доведення наявності його вини. Проте часом законодавство не звільняє страхувальника від відповідальності навіть тоді, коли шкода була заподіяна не з його вини, а у зв'язку з дією непереборної сили. Наприклад, Повітряний кодекс України передбачає відповідальність страхувальника (перевізника) за шкоду, завдану пасажиром під час старту, польоту чи посадки літака навіть у випадку дії непереборної сили.

Необхідно зазначити, що шкода, заподіяна страхувальником, може бути спричинена як правомірними, так і протизаконними його діями. Збитки, заподіяні протиправними діями страхувальника, підлягають відшкодуванню в усіх випадках.

Збитки, заподіяні правомірними діями страхувальника, відшкодовуються у випадках, передбачених законом (розподіл збитків за загальною аварією).

Договір з приводу страхування цивільної відповідальності повинен містити: перелік страхових ризиків, ліміт відповідальності, страхові тарифи та обов'язково обмеження щодо зобов'язань страхового покриття.

Наявність поліса зі страхування відповідальності гарантує відшкодування збитків постраждалим від діяльності чи бездіяльності страхувальника страховиком і не залежить від платоспроможності страхувальника, який звільняється від компенсації спричинених ним збитків на суму страхового відшкодування. Оскільки суми збитків можуть бути катастрофічними, законодавець не може вводити обов'язкове страхування відповідальності в усіх випадках, завдаючи тим самим збитків іншим особам, не причетним до спричиненої шкоди. Тому введення обов'язкового страхування відповідальності обмежується лише випадками з екстремально високими збитками. Інші випадки підлягають страхуванню на добровільних засадах.

Закон України "Про внесення змін до Закону України "Про страхування" (ст. 7) до обов'язкових видів страхування відповідальності відносить:

- страхування відповідальності морського перевізника та виконавця робіт, пов'язаних із обслуговуванням морського транспорту, щодо відшкодування збитків, завданих пасажиром, багажу, пошті, вантажу, іншим користувачам морського транспорту та третім особам;
- страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів;
- страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту (порядок та умови цього виду страхування визначаються спеціальним законом України);
- страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та суб'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного та санітарно-епідеміологічного характеру;
- страхування цивільної відповідальності інвестора, в тому числі за шкоду, заподіяну довкіллю, здоров'ю людей, за угодою про розподіл продукції, якщо інше не передбачено такою угодою;
- страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів;
- страхування цивільної відповідальності суб'єктів космічної діяльності;
- страхування відповідальності щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі;
- страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків під час перевезення небезпечних вантажів;
- страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, за переліком, встановленим Кабінетом Міністрів України;

- страхування відповідальності власників собак (за переліком порід, визначених Кабінетом Міністрів України) щодо шкоди, яка може бути заподіяна третім особам;
- страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї;
- страхування відповідальності суб'єктів туристичної діяльності за шкоду, заподіяну життю чи здоров'ю туриста або його майну;
- страхування відповідальності морського судновласника;
- страхування фінансової відповідальності, життя і здоров'я тимчасового адміністратора та ліквідатора фінансової установи.

Добровільно можуть бути застрахованими ті види відповідальності, що не охоплені обов'язковим страхуванням. Для того щоб реалізувати страхування відповідальності, необхідні зацікавленість суспільства та бажання страховика, здатного взяти на себе відповідальність за відшкодування збитків.

Отже, страхування відповідальності передбачає можливість завдання шкоди як здоров'ю, так і майну третіх осіб, яким за законом або за рішенням суду роблять відповідні виплати, що тією чи іншою мірою компенсують збитки.

Договір страхування відповідальності, укладений страхувальником і страховою компанією, захищає насамперед інтереси страхувальника від фінансових витрат, які можуть бути покладені на нього законом або судом у зв'язку з заподіяними ним збитками третій особі. Отже, страхування відповідальності як явище і як послуга страхового ринку виникло передовсім з метою захисту інтересів потенційних заподіювачів збитків.

З іншого боку, система страхування відповідальності захищає інтереси третіх осіб, оскільки винна в заподіянні збитків особа може виявитись неспроможною відшкодувати спричинені нею збитки.

Страхування відповідальності має певні особливості порівняно з майновим та с особовим страхуванням:

- третьою стороною (третьою особою) можуть бути будь-які не обумовлені наперед особи;

- попередньо не встановлюються страхова сума та застрахований.

Ці особливості пов'язані з тим, що і те, й інше виявляється тільки з настанням страхового випадку в разі заподіяння збитків третій особі.

Окрім того, заподіяння збитків третім особам з боку страхувальника може не збігатися в часі з їх виявленням, що впливає на вибір типу договору страхування відповідальності.

Договори страхування відповідальності укладаються, як правило, *на підставі страхової події*, наслідком реалізації якої є шкода, заподіяна третім особам. Оскільки час між завданням шкоди страхувальником і виявленням цієї шкоди може бути різним, у практиці страхування застосовують різні типи договорів:

— за умов незначного проміжку часу між заподіянням шкоди та її виявленням угода укладається на основі події (*occurrence policy*). За цим полісом страховик покриває не тільки ті збитки, що були заподіяні і виявлені в період дії договору, а й ті, які були заподіяні до початку дії договору, а виявились у період його дії, та ті, що були заподіяні в період дії договору, а стали очевидними після закінчення строку дії договору, але в межах встановлених строків позовної давності;

— за умови тривалого періоду між спричиненням шкоди та її виявленням (страхування відповідальності в проектній діяльності, у фармакології та ін.) поліси підписують на підставі позовів (*claims-made policy*)¹.

Здійснюється страхування відповідальності:

- власників транспортних засобів;
- професійної;
- підприємця;
- інвестора;
- позичальника за неповернення кредитів;
- перевізника пасажирів та вантажів тощо.

¹ Шинкаренко И.Э. Страхование ответственности: Справочник. — М.: Финансы и статистика, 1999. — С. 82—85.

12.2. Страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів

Страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів в Україні є обов'язковим. Це найпоширеніший вид страхування за кордоном. В Україні цей вид страхування регламентувався Положенням про порядок і умови проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28 вересня 1996 р. № 1175.

З 1 січня 2005 р. набрав чинності Закон України “Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів” від 1 липня 2004 р. № 1961-IV.

До цього закону 22 вересня 2005 р. було внесено зміни і доповнення Законом України № 2902-IV.

Метою обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності є забезпечення відшкодування шкоди, заподіяної життю, здоров'ю та (або) майну потерпілих внаслідок дорожньо-транспортної пригоди (ДТП) та захисту майнових інтересів страхувальників.

Суб'єкти обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів:

- страховики (страхові компанії);
- Моторне (транспортне) страхове бюро України (МТСБУ);
- страхувальники;
- особи, цивільно-правова відповідальність яких застрахована;
- потерпілі.

Страховики є страховими організаціями, що мають право на здійснення обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів від-

повідно до вимог, встановлених цим законом та Законом України “Про страхування”.

Єдиним об'єднанням страховиків, які мають право здійснювати обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів за шкоду, заподіяну третім особам, є *Моторне (транспортне) страхове бюро України* (МТСБУ).

МТСБУ є непідприємницькою (неприбутковою) організацією, що здійснює свою діяльність відповідно до цього Закону, законодавства України та свого Статуту, який затверджується зборами засновників (членів) МТСБУ, погоджується з Уповноваженим органом та реєструється відповідно до вимог законодавства.

МТСБУ не може бути засновником чи співзасновником юридичних осіб, що займаються підприємницькою діяльністю та/або мають на меті одержання прибутку.

Страховальниками є юридичні особи та дієздатні громадяни, що уклали зі страховиками договори обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю, майну третіх осіб під час експлуатації наземного транспортного засобу.

Особи, відповідальність яких застрахована, — це визначені в договорі обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності особи, цивільно-правова відповідальність яких застрахована згідно з цим договором, або, залежно від умов договору обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, будь-які особи, що експлуатують забезпечений транспортний засіб, тобто такий транспортний засіб, що експлуатується особою, цивільно-правова діяльність якої застрахована на законних підставах.

Потерпілі — це треті юридичні та фізичні особи, життю, здоров'ю та/або майну яких внаслідок ДТП транспортним засобом заподіяна шкода, цивільно-правову відповідальність за яку несе власник цього транспортного засобу.

Розглянемо детальніше мету, функції, повноваження та засоби, на яких здійснює страхову діяльність МТСБУ.

Бюро було створене з метою забезпечення платоспроможності страховиків (які отримали право здійснювати обов'язкове страхування цивільної відповідальності власників транс-

портних засобів) та здатності їх виконувати свої зобов'язання перед страховальниками.

Страховики (страхові організації) можуть входити до Моторного бюро на правах повних або асоційованих членів.

Здійснювати обов'язкове страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів мають право *тільки повні його члени*.

Для набуття статусу *асоційованого члена* МТСБУ (ст. 51) страховик зобов'язаний:

а) отримати ліцензію на здійснення страхування цивільно-правової відповідальності;

б) сплатити до фонду захисту потерпілих гарантійний внесок у розмірі, визначеному Положенням про цей фонд, у сумі, не меншій за еквівалент 100 тис. євро.

Для набуття статусу *повного члена* МТСБУ страховик зобов'язаний

- бути асоційованим членом МТСБУ;
- здійснити гарантійний внесок на умовах, визначених у міжнародній системі автомобільного страхування “Зелена карта”.

Питання інтеграції страховиків України, котрі здійснюють цей вид страхування, в європейську інфраструктуру страхування вирішується Генеральною асамблеєю країн — членів системи “Зелена карта” в Лондоні. Моторне (транспортне) страхове бюро забезпечує участь України в міжнародній системі автострахування “Зелена карта” та виконання загальнознайомих зобов'язань перед аналогічними уповноваженими організаціями інших країн — членів цієї системи.

Систему міжнародних угод “Зелена карта” створено в 1949 р. Її мета — забезпечення ефективного захисту потерпілих внаслідок ДТП, спричинених транспортними засобами, що зареєстровані за кордоном. Страхове свідоцтво “Зелена карта” дає змогу пересуватися автомобільними дорогами Європи без необхідності страхувати цивільну відповідальність на кожному кордоні. Ціна “Зеленої карти” у страховиків різних країн різна.

Вартість карти залежить від:

- типу транспортного засобу;
- строку дії страхування;

- ситуації на страховому ринку;
- рівня збитковості тощо.

Члени МТСБУ зобов'язані сплачувати:

а) членські внески у розмірі, визначеному загальними зборами членів МТСБУ;

б) гарантійні та інші внески до централізованих страхових резервних фондів у розмірі, визначеному цим Законом;

в) відрахування з премій обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності до цього Закону. Порухення строків сплати внесків та здійснення відрахувань до фондів МТСБУ або здійснення внесків не в повному обсязі протягом двох місяців позбавляє страховика членства в МТСБУ.

Кошти, сплачені страховиками до централізованого страхових резервних фондів МТСБУ як гарантійні внески, та відрахування з премій обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів є коштами страхових резервів таких страховиків.

МТСБУ має право розпоряджатися зазначеними коштами виключно відповідно до умов, визначених цим Законом та Статутом МТСБУ.

Порядок припинення членства в МТСБУ. Про намір вийти з членів МТСБУ страховик повідомляє Уповноважений орган та МТСБУ і припиняє діяльність, пов'язану з укладанням договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності. При цьому страховик зобов'язаний виконати свої зобов'язання згідно з укладеними ним договорами обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності (ст. 52).

Завданнями МТСБУ є:

- здійснення виплат із централізованих страхових резервних фондів компенсацій та відшкодувань на умовах, передбачених цим законом;
- управління централізованими страховими резервними фондами, що створюються при МТСБУ для забезпечення виконання покладених на нього функцій;
- забезпечення членства України в міжнародній системі автомобільного страхування "Зелена карта" та виконання загальновизнаних зобов'язань перед уповноваженими організаціями інших країн — членів цієї системи;

- збирання необхідної інформації про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності для узагальнення та внесення пропозицій щодо удосконалення механізму здійснення обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності;

- співробітництво з уповноваженими організаціями інших країн у галузі страхування цивільно-правової відповідальності, координація обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників та/або водіїв транспортних засобів — нерезидентів у разі в'їзду їх на територію України та власників та/або водіїв транспортних засобів — резидентів — у разі їх виїзду за межі України;

- співробітництво з органами Міністерства внутрішніх справ України та іншими органами державної влади з питань обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності;

- розробка зразків страхових полісів і договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, що затверджується *Уповноваженим органом*;

- надання страховикам інформації щодо страхових випадків стосовно конкретних страхувальників.

Повноваження МТСБУ (ст. 40).

1. Гарантування відшкодування міжнародною системою страхування "Зелена карта":

- *на території країн — членів міжнародної системи автомобільного страхування "Зелена карта"* шкоди, заподіяної власниками та/або користувачами зареєстрованих в Україні транспортних засобів, якщо такі власники та/або користувачі надали іноземним компетентним органам страховий сертифікат "Зелена карта", виданий від імені страховиків — членів МТСБУ;

- *на території України* — шкоди, заподіяної водіями-нерезидентами, на умовах та в обсягах, встановлених законодавством про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності та принципами взаємного врегулювання шкоди на території країн — членів міжнародної системи автомобільного страхування "Зелена карта", за інших обставин, визначених чинним законодавством про цивільно-правову відповідальність.

Якщо МТСБУ відповідно до правил міжнародної системи автомобільного страхування “Зелена карта” було здійснене відшкодування шкоди за страховика — члена об’єднання або за власника та/або користувача зареєстрованого в Україні транспортного засобу, який використовував за кордоном підроблений або змінений у незаконний спосіб страховий сертифікат “Зелена карта” та спричинив дорожньо-транспортну пригоду, відповідні витрати МТСБУ мають бути компенсовані такими особами в повному обсязі у порядку, визначеному для міжнародної системи автомобільного страхування “Зелена карта”.

МТСБУ має право залучати аварійних комісарів у порядку, встановленому Уповноваженим органом, для визначення причин, що зумовили настання страхового випадку та розміру збитків у випадку надходження до МТСБУ скарг від страхувальника щодо оскаржень рішень страховика.

2. Здійснення регламентних виплат з централізованих страхових резервних фондів МТСБУ (ст. 41) у випадках, коли шкода заподіяна:

а) транспортним засобом, власник якого не застрахував свою цивільно-правову відповідальність;

б) невстановленим транспортним засобом, крім шкоди, яка заподіяна майну та навколишньому природному середовищу;

в) транспортним засобом, який вийшов з володіння власника не з його вини, а в результаті протиправних дій іншої особи;

г) учасникам бойових дій та інвалідам війни, що визначені законом, інвалідам I групи, що самі керують автотранспортом, а також особам, що керують автотранспортним засобом, що належить інваліду I групи, у його присутності;

д) у разі недостатності коштів та майна страховика — учасника МТСБУ, що визнаний банкрутом та/або ліквідований, для виконання його зобов’язань за договором обов’язкового страхування цивільно-правової відповідальності;

е) за інших обставин, визначених законодавством про цивільно-правову відповідальність власників наземних транспортних засобів;

є) у разі надання страхувальником або особою, відповідальність якої застрахована, свого транспортного засобу працівникам міліції та медичним працівникам закладів охорони здоров’я згідно з чинним законодавством;

ж) за інших обставин, визначених законодавством про цивільно-правову відповідальність власників наземних транспортних засобів.

Регламентні виплати, зазначені у підпунктах “а” — “е” цього пункту, розподіляються рівними частками між повними або асоційованими членами МТСБУ.

3. Здійснення виплат за рахунок коштів фонду страхових гарантій:

а) у разі недостатності коштів та майна страховика — повного члена МТСБУ, що визнаний банкрутом та/або ліквідований, для виконання його зобов’язань за договором обов’язкового страхування цивільно-правової відповідальності;

б) власниками застрахованих в Україні транспортних засобів, якщо такі власники надали відповідним уповноваженим органам інших країн страховий сертифікат “Зелена карта”, виданий від імені страховиків — членів МТСБУ, та за умови, що такий страховик не відшкодував шкоду;

в) на території України водіями-нерезидентами, на умовах та в обсягах, встановлених законодавством про обов’язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів та принципами взаємного врегулювання шкоди на території країн — членів міжнародної системи автомобільного страхування “Зелена карта”;

г) за інших обставин, визначених законом про цивільно-правову відповідальність та міжнародними договорами стосовно обов’язкового страхування цивільно-правової відповідальності.

Фінансове забезпечення діяльності МТСБУ (ст. 42). Фінансування статутної діяльності МТСБУ здійснюється за рахунок внесків страховиків — членів МТСБУ, а також за рахунок пасивних доходів від тимчасового розміщення коштів цього фонду та інших джерел, не заборонених законодавством у порядку, визначеному Статутом МТСБУ, та в обсягах, передбачених кошторисом, що затверджується президією МТСБУ.

Централізовані страхові резервні фонди МТСБУ (ст. 43). Створюються для забезпечення виконання зобов’язань членів МТСБУ перед страхувальниками і потерпілими.

Види страхових резервних фондів:

- фонд страхових гарантій — призначений для забезпечення платоспроможності МТСБУ під час взаєморозрахунків з уповноваженими організаціями інших країн у галузі страхування цивільно-правової відповідальності, з якими МТСБУ уклало угоду про взаємне визнання договорів такого страхування та взаємне врегулювання питань стосовно відшкодування шкоди. Мінімальний розмір фонду страхових гарантій встановлюється на рівні визначеного Законом України “Про страхування” мінімального розміру статутного фонду страховика, що займається видами страхування іншими, ніж страхування життя;

- фонд захисту потерпілих у дорожньо-транспортних пригодах (фонд захисту потерпілих) — призначений для здійснення розрахунків з потерпілими у випадках, передбачених цим Законом.

Джерела формування централізованих страхових резервних фондів:

- разові гарантійні внески страховиків у розмірі, визначеному цим Законом;
- відрахування страховиків з премій обов’язкового страхування цивільно-правової відповідальності у розмірі, визначеному Координаційною радою МТСБУ;
- повернені МТСБУ в регресному порядку кошти за заподіяну в результаті дорожньо-транспортної пригоди шкоду;
- добровільні внески та пожертвування.

Відрахування страховиків з премій обов’язкового страхування цивільно-правової відповідальності в Україні становлять:

а) до фонду страхових гарантій — 5 % з премій, отриманих за міжнародними договорами обов’язкового страхування цивільно-правової відповідальності;

б) до фонду захисту потерпілих — 5 % з премій, отриманих за внутрішніми договорами обов’язкового страхування цивільно-правової відповідальності.

Кошти централізованих страхових резервних фондів, створених при МТСБУ, розміщуються з урахуванням безпечності, прибутковості та ліквідності і мають бути представлені активами таких категорій:

- грошові кошти на банківських рахунках;

- банківські депозити (вклади);
- цінні папери, що емітуються державою.

Нагляд за використанням коштів централізованих страхових резервних фондів та цільового фонду фінансування діяльності МТСБУ здійснює Координаційна рада МТСБУ.

Обов’язкове страхування цивільно-правової діяльності власників наземних транспортних засобів має право здійснювати страховик, який:

- має ліцензію на здійснення цього виду страхування;
- є членом МТСБУ (ст. 49).

Підставами для отримання ліцензії на здійснення обов’язкового страхування цивільно-правової відповідальності є відповідність ліцензійним умовам, що встановлюються Уповноваженим органом та містять вимоги щодо розміру статутного фонду, досвіду роботи на ринку добровільного страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів, сформованих страхових резервів, наявності кваліфікованого персоналу та можливостей опрацювання претензій на всій території України.

У разі невідповідності страховика ліцензійним умовам Уповноважений орган має право своїм рішенням тимчасово зупинити дію ліцензії до усунення порушень, виявлених за результатами перевірки. Якщо такі порушення не будуть усунуті встроки, визначені у рішенні Уповноваженого органу, Уповноважений орган має право анулювати ліцензію такого страховика.

Предметом обов’язкового страхування цивільно-правової відповідальності є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов’язані з відшкодуванням особою, цивільно-правова відповідальність якої застрахована, шкоди, заподіяної життю, здоров’ю, майну потерпілих внаслідок експлуатації забезпеченого транспортного засобу.

Об’єктом страхування за цим видом є життя, здоров’я та майно потерпілих унаслідок ДТП забезпеченого транспортного засобу.

Відшкодуванню страховиком підлягає пряма шкода, заподіяна третій особі під час руху транспортного засобу за умови, що встановлено причинний зв’язок між рухом транспортного засобу та заподіяною ним шкодою.

Страховим випадком вважається дорожньо-транспортна пригода, що сталася з участю транспортного засобу страхувальника, внаслідок якої настає його цивільна відповідальність за заподіяну шкоду майну, життю чи здоров'ю третіх осіб.

Страхова сума — це грошова оцінка розміру шкоди, яку страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний виплатити третій особі (особам) після настання страхового випадку.

Види договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності:

- внутрішні, які діють виключно на території України;
- міжнародні (договір міжнародного страхування), які діють на території країн, зазначених у таких договорах.

Договори міжнародного страхування, які діють на території країн — членів міжнародної системи автомобільного страхування “Зелена карта”, підтверджуються відповідним уніфікованим сертифікатом “Зелена карта”, що визначається і діє в цих країнах.

Під час в'їзду на територію України власник транспортного засобу, який зареєстрований в іншій країні, зобов'язаний мати на весь строк перебування такого транспортного засобу на території України сертифікат міжнародного автомобільного страхування “Зелена карта” або внутрішній договір страхування цивільно-правової відповідальності.

У разі виїзду транспортного засобу, зареєстрованого в Україні, до країн — членів міжнародної системи автомобільного страхування “Зелена карта” власник такого транспортного засобу зобов'язаний мати чинний договір міжнародного страхування, посвідчений відповідним сертифікатом “Зелена карта”.

Встановлення франшизи. Франшиза при відшкодуванні шкоди, заподіяної життю та/або здоров'ю потерпілих, не застосовується.

Розмір франшизи при відшкодуванні шкоди, заподіяної майну потерпілих, встановлюється при укладанні договору обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності і не може перевищувати 2 % від ліміту відповідальності страховика, в межах якого відшкодовується збиток, заподіяний майну потерпілих.

Укладання договору страхування. Договір обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності зобов'язані укладати відповідно до законодавства України.

Для транспортних засобів, які не беруть участі в дорожньому русі, страхування є необов'язковим.

При укладанні договору страхувальник зобов'язаний повідомити страховика про всі чинні договори обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, укладені з іншими страховиками, а також, на вимогу страховика, надати інформацію про всі відомі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (ст. 17.3).

У разі втрати страхувальником поліса страховик зобов'язаний протягом семи календарних днів *безкоштовно* видати дублікат цього поліса на підставі заяви страхувальника. У разі втрати дублікату умови повторної його видачі визначаються договором.

Зразки типових полісів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності затверджуються Уповноваженим органом за поданням МТСБУ.

Умови дострокового припинення дії договору. Договір може бути достроково припиненим з ініціативи страхувальника у таких випадках:

- у разі знищення транспортного засобу або у разі вилучення транспортного засобу з володіння страхувальника проти його волі;
- за письмовою вимогою страхувальника, про що він зобов'язаний повідомити страховика не пізніше ніж за 30 днів до дати припинення дії договору страхування та надати оригінал поліса страховику;
- з інших підстав, передбачених законом або договором.

У разі *дострокового припинення договору* обов'язкового страхування *страховик*, за умови відсутності виплат страхового відшкодування за цим договором, *повертає страхувальнику* частку страхового платежу, яка обчислюється пропорційно до періоду страхування, що залишився.

Захист інтересів страхувальника у разі ліквідації страховика (ст. 20):

• якщо ліквідується страховик, правонаступник якого встановлений, договори страхування зберігають свою силу до закінчення строку дії такого договору;

• у разі ліквідації страховика за його власним рішенням визначені договором обов'язки цього страховика виконує ліквідаційна комісія;

• у разі ліквідації страховика за рішенням визначених законом органів обов'язки за договорами обов'язкового страхування, цивільно-правової відповідальності виконує ліквідаційна комісія. Обов'язки, для виконання яких у страховика, що ліквідується, недостатньо коштів та/або майна, бере на себе МТСБУ.

Виконання обов'язків у повному обсязі гарантується коштами моторно-транспортного бюро.

Визначення розміру страхових платежів. Розмір страхових платежів щодо "Зеленої карти" не є предметом регулювання цього Закону.

Розміри *індивідуальних страхових платежів* (внесків, премій) встановлюються страховиками самостійно шляхом множення базового платежу на відповідні коригувальні коефіцієнти.

Для *заохочення безаварійної експлуатації транспортних засобів* (при укладанні договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності строком понад 6 місяців) страховики мають право застосовувати коефіцієнти страхових тарифів залежно від наявності (чи відсутності) страхових випадків з вини осіб, відповідальність яких застрахована, в період дії попередніх договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності (*бонус-малус*), який розраховується кожним зі страховиків з урахуванням положень п. 7.1 ст. 7 Закону "Про страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів".

При укладанні договору обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності страхувальнику присвоюється *клас* залежно від частоти страхових випадків, які виникли з вини особи, відповідальність якої застрахована. Якщо такий договір укладається вперше, страхувальнику присвоюється клас 3. Найнижчим є клас М.

У кожному наступному договорі з обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності *при визначенні тарифу* застосовується коефіцієнт *зниження* з присвоєнням *вищого* класу, якщо впродовж дії попереднього договору мала місце безаварійна експлуатація транспортного засобу та не було страхових випадків, або коефіцієнт *підвищення* з присвоєнням *нижчого* класу (аж до найнижчого — М) залежно від кількості страхових випадків, що сталися з вини страхувальника. Клас визначається залежно від частоти страхових випадків, що виникли з вини особи, відповідальність якої застрахована. Нижче наводиться таблиця коефіцієнтів залежно від класу страхувальника (табл. 12.1).

Таблиця 12.1. Коефіцієнти, що знижують (підвищують) тариф залежно від класу страхувальника

Клас на початку дії договору	Коефіцієнт страхових тарифів	Клас по закінченні дії договору страхування з урахуванням наявності страхових випадків з вини страхувальника			
		0	1	2	3
Страхові виплати					
1	2	3	4	5	6
М	2,45	0	М	М	М
0	2,30	1	М	М	М
1	1,55	2	М	М	М
2	1,40	3	1	М	М
3	1,00	4	1	М	М
4	0,95	5	2	М	М
5	0,9	6	3	1	М
9	0,70	10	5	2	1
10	0,65	11	6	2	1
11	0,60	12	6	2	1
12	0,55	13	6	2	1
13	0,50	13	7	2	1

Обов'язковий ліміт відповідальності страховика. Цей Закон встановлює *обов'язковий ліміт відповідальності страховика за шкоду, заподіяну майну потерпілих, у розмірі 25 500 грн на одного потерпілого.*

У разі коли загальний розмір збитків (шкоди) за одним страховим випадком перевищує *п'ятикратний* ліміт відповідальності страховика, відшкодування кожному потерпілому пропорційно зменшується. Наприклад, якщо шкода, заподіяна майну семи потерпілих від одного страхового випадку, оцінюється в 200 000 грн, то максимальний ліміт відповідальності — 127 500 грн (25 500 грн · 5) буде розподілено між усіма постраждалими рівномірно (за умови, що їх збитки рівні) і становитиме 18,214 тис. грн.

Обов'язковий ліміт відповідальності страховика за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю потерпілих, встановлюється у розмірі 51 000 грн на одного потерпілого.

Якщо виплачена сума відшкодування за чинним договором перевищила сумарний ліміт відповідальності страховика (76 500 грн), дія договору може бути припинена в односторонньому порядку з ініціативи страховика. У цьому випадку страховик зобов'язаний письмово повідомити страхувальника протягом 24 годин. Договір при цьому вважається дійсним протягом 10 календарних днів з дня надсилання повідомлення стосовно припинення дії договору.

Якщо договір страхування був підписаний на *індивідуальних умовах*, то ліміти відповідальності страховика можуть бути вищими.

Розміри лімітів відповідальності страховика повинні переглядатися Уповноваженим органом відповідно до змін рівня інфляції та індексу споживчих цін (ІСЦ).

Пільги у страхуванні для певних категорій громадян. Закон “Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів” *звільняє* від обов'язкового страхування цього виду відповідальності на території України учасників бойових дій, що визначені Законом, інвалідів I групи, які особисто керують транспортними засобами. Збитки від дорожньо-транспортної пригоди, винуватцями якої є зазначені особи, проводить МТСБУ у порядку, визначеному цим законом.

Закон надає пільги страхувальникам пенсіонерам — громадянам України та інвалідам II групи, учасникам війни, постраждалим від Чорнобильської катастрофи особам, віднесеним до I та II категорій, які особисто керують транспортними засобами з робочим двигуном до 2500 куб. см включно, встановлюючи норми страхових платежів за договорами в розмірі 50 % розміру базового платежу з урахуванням коригувальних коефіцієнтів, наведених у цьому Законі.

Типи договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів. Закон визначає три типи договорів страхування цивільно-правової відповідальності залежно від умов, на яких ці договори укладаються:

- типу I — за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю, майну третіх осіб внаслідок експлуатації транспортного засобу, визначеного в договорі страхування, будь-якою особою, яка його експлуатує на законних правах;

- типу II — страхування відповідальності за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю, майну третіх осіб внаслідок експлуатації будь-якого транспортного засобу або одного з транспортних засобів, зазначених у договорі, особою, вказаною в договорі страхування;

- типу III — страхування відповідальності за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю, майну третіх осіб внаслідок експлуатації транспортного засобу, визначеного в договорі страхування, або однієї з осіб, зазначених у договорі.

Відмінність між трьома типами договорів полягає в тому, що в I типі договору застрахованою є *відповідальність будь-якої особи*, котра експлуатує зазначений у договорі транспортний засіб на законних підставах, тоді як у II типі договору страхується відповідальність тільки *однієї особи*, вказаної у договорі страхування, але за умови, що *вона може експлуатувати будь-який із транспортних засобів, вказаних у договорі*, а в III типі договору визначається *один транспортний засіб, який може експлуатуватись однією з осіб, зазначених у договорі*.

Закон надає страхувальнику право вибору страховика для укладання договору обов'язкового страхування цивільно-пра-

вової відповідальності і забороняє відмову страховика в укладанні такого договору на умовах, зазначених у п. 15.3 ст. 15 цього Закону (договір III типу).

Страхове відшкодування на території України. При настанні *страхового випадку* відповідно до лімітів відповідальності страховика *відшкодовується оцінена шкода*, що була заподіяна в результаті ДТП *життю, здоров'ю та майну третьої особи*.

Потерпілим, які є юридичними особами (ст. 22.2) згідно з цим Законом *відшкодовується виключно шкода, заподіяна майну*.

Потерпілому відшкодовується також *моральна шкода*, передбачена пунктами 1, 2 частини другої ст. 23 Цивільного кодексу України. При цьому страховик відшкодовує не більше 5 % ліміту, визначеного в ст. 9.3 цього Закону.

Різницю між сумою відшкодування, яку визначив суд, та сумою, що відшкодовується страховиком, сплачує особа, яку визнано винною в скоєнні ДТП.

Якщо судом встановлено відшкодування потерпілому моральної шкоди, передбаченої пунктами 3, 4 частини другої ст. 23 Цивільного кодексу України, то відшкодування у розмірі, визначеному судом, повністю здійснює особа, яку визнано винною у скоєнні ДТП.

Відшкодування шкоди, заподіяної життю та здоров'ю потерпілого в результаті ДТП (ст. 23). Шкода, заподіяна життю та здоров'ю потерпілого в результаті ДТП, зокрема моральна, є такою, що пов'язана:

- з лікуванням;
- тимчасовою втратою працездатності;
- стійкою втратою працездатності;
- смертю.

Відшкодування збитків у зв'язку з лікуванням потерпілого (ст. 24) визнається обґрунтованими витратами, пов'язаними з доставкою, розміщенням, утриманням, діагностикою, лікуванням та реабілітацією потерпілого у відповідному закладі охорони здоров'я, медичним піклуванням, лікуванням у домашніх умовах та купівлею лікарських препаратів.

Витрати, пов'язані з лікуванням потерпілого в іноземних державах, відшкодовуються за умови, що має місце узгодження зі страховиком чи МТСБУ.

Витрати, пов'язані з лікуванням потерпілого, мають бути підтверджені документально відповідним медичним закладом.

У зв'язку з *тимчасовою втратою працездатності потерпілим відшкодовуються* (ст. 25) неотримані доходи за підтверджений відповідним закладом охорони здоров'я час втрати працездатності. Доходи потерпілого оцінюються в таких розмірах:

- для особи, що працює за трудовим договором, — неотримана середня заробітна плата, обчислена відповідно до норм законодавства України про працю;
- для особи, яка забезпечує себе роботою самостійно, — неотримані доходи, які обчислюються як різниця між доходом за попередній (до ДТП) календарний рік та доходом, отриманим у тому календарному році, коли особа була тимчасово непрацездатною;
- для непрацюючої повнолітньої особи — допомога у розмірі, не меншому від мінімальної заробітної плати, встановленої чинним законодавством.

Відшкодування шкоди, пов'язаної зі стійкою втратою працездатності (ст. 26) потерпілим, здійснюється у *розмірі неотриманих* ним доходів, які не відшкодовуються за рахунок *іншого обов'язкового виду страхування*.

Страхове відшкодування за шкоду, пов'язану зі стійкою втратою працездатності, виплачується не рідше одного разу на місяць до відновлення працездатності потерпілого. За погодженням потерпілого і страховика страхове відшкодування може бути виплачене у вигляді одноразових компенсацій.

Якщо потерпілий, який навчається на денному (очному) відділенні закладу освіти, в результаті стійкої втрати працездатності не може продовжувати навчання на стаціонарі, страховиком або МТСБУ оплачується його навчання на заочному відділенні акредитованого закладу освіти України.

Якщо потерпілий зі стійкою втратою працездатності має можливість освоїти нову професію з метою отримання доходів від праці, яка сумісна з його теперішнім станом здоров'я, страховиком або МТСБУ оплачується його професійна освіта, яка

відповідає освіті того ступеня, який був у потерпілої особи на момент ДТП.

Потерпілим, які на момент настання страхового випадку не одержували доходів у зв'язку зі стійкою втратою працездатності, відшкодовуються витрати, пов'язані з доставкою, розміщенням, утриманням, діагностикою, лікуванням та реабілітацією потерпілого у відповідному закладі охорони здоров'я, медичним піклуванням, лікуванням та доглядом у домашніх умовах, а також купівлею лікарських препаратів.

Відшкодування у зв'язку зі смертю потерпілого (ст. 27). Право на отримання відшкодування, пов'язане зі смертю потерпілого, мають особи, які перебували на утриманні потерпілого, та особи, які взяли на себе витрати з поховання.

У зв'язку зі смертю годувальника в результаті ДТП право на отримання страхового відшкодування мають:

- діти (в тому числі усиновлені) до досягнення ними повноліття;
- непрацездатна вдова (вдівець), непрацездатні батьки — до відновлення ними працездатності, а також працездатна вдова (вдівець), якщо у сім'ї є діти до 8 років;
- інші члени сім'ї, які перебували на утриманні потерпілого.

Виплата страхового відшкодування здійснюється за умови, що смерть потерпілого в результаті ДТП настала протягом одного року після ДТП та є прямим наслідком такої ДТП.

Розмір відшкодування у зв'язку зі смертю годувальника підраховується на основі визначення частини неотриманих доходів потерпілого, яка б належала кожному утриманцю за життя потерпілого, вирахуванням наданих утриманцям внаслідок втрати годувальника. Порядок обчислення відшкодування утриманцям визначає Кабінет Міністрів України.

Витрати на поховання відшкодовуються на основі пред'явленого страховику оригінала свідоцтва про смерть та документів, які підтверджують витрати.

Відшкодування шкоди, заподіяної майну потерпілого внаслідок ДТП (ст. 28). Шкода, заподіяна майну потерпілого у зв'язку з ДТП, — це шкода, пов'язана:

- з пошкодженням чи знищенням транспортного засобу;
- пошкодженням чи фізичним знищенням доріг, дорожніх споруд, технічних засобів регулювання руху;
- проведенням робіт, які необхідні для врятування потерпілих у результаті ДТП;
- пошкодженням транспортного засобу, який використовується для доставки потерпілого до відповідного закладу охорони здоров'я, а також у зв'язку із забрудненням салону цього транспортного засобу;
- евакуацією транспортних засобів з місця ДТП.

Відшкодування шкоди у зв'язку з пошкодженням транспортного засобу.

У зв'язку з пошкодженням транспортного засобу (ст. 29) відшкодовуються витрати, пов'язані з відновлювальним ремонтом транспортного засобу з урахуванням зносу, розрахованого у порядку, встановленому Уповноваженим органом, включаючи витрати на усунення пошкоджень, зроблених навмисно з метою порятунку потерпілих внаслідок ДТП, з евакуацією транспортного засобу з місця дорожньо-транспортної пригоди до місця проживання законного користувача транспортного засобу чи того власника, який керував транспортним засобом у момент ДТП, чи до місця здійснення ремонту на території України. Якщо виникла потреба з поважних причин помістити транспортний засіб на стоянку, до розміру шкоди додаються також витрати на евакуацію транспортного засобу до стоянки та плата за послуги стоянки.

Відшкодування у зв'язку з фізичним знищенням транспортного засобу (ст. 30). Закон визнає *транспортний засіб фізично знищеним*, якщо його ремонт технічно неможливий чи економічно необґрунтований і власник транспортного засобу згоден з визнанням його фізично знищеним. Ремонт вважається економічно необґрунтованим, якщо передбачені згідно з експертизою, проведеною відповідно до законодавства, витрати на ремонт транспортного засобу перевищують вартість транспортного засобу до дорожньо-транспортної пригоди.

Якщо власник транспортного засобу не згоден з визнанням транспортного засобу фізично знищеним, йому відшкодовується різниця між вартістю транспортного засобу до та після ДТП, а також витрати з евакуації транспортного засобу з місця ДТП.

Якщо транспортний засіб визнано фізично знищеним, відшкодування шкоди виплачується у розмірі, який відповідає вартості транспортного засобу до дорожньо-транспортної пригоди та витратами з евакуації транспортного засобу з місця дорожньо-транспортної пригоди. Право на залишки транспортного засобу отримує страховик чи МТСБУ.

Відшкодування у зв'язку з пошкодженням дороги, дорожніх споруд та інших матеріальних цінностей чи їх фізичним знищенням (ст. 31). Шкода, пов'язана з пошкодженням дороги, дорожніх споруд та інших матеріальних цінностей чи їх фізичним знищенням, визначається як різниця між вартістю відповідного об'єкта до та після ДТП.

Цей Закон визнає випадки, в яких страховик звільняється від страхового відшкодування (ст. 32).

Страховик або МТСБУ не відшкодовує шкоду:

- заподіяну при експлуатації забезпеченого транспортно-го засобу, але за спричинення якої не виникає цивільно-правової відповідальності відповідно до Закону;
- заподіяну забезпеченому транспортному засобу, який спричинив ДТП;
- заподіяну життю та здоров'ю пасажирів, які знаходилися у забезпеченому транспортному засобі, що спричинив ДТП, та які є застрахованими відповідно до пункту 6 ст. 7 Закону України "Про страхування";
- заподіяну майну, яке знаходилося у забезпеченому транспортному засобі, який спричинив ДТП;
- заподіяну при використанні забезпеченого транспортно-го засобу під час тренувальної поїздки чи для участі в офіційних змаганнях;
- яка прямо чи опосередковано викликана чи якій сприяли іонізуюча радіація, викликане довільним ядерним паливом радіоактивне отруєння, радіоактивна, токсична, вибухова чи в іншому відношенні небезпечна властивість довільної вибухової ядерної сполуки чи її ядерного компонента;
- пов'язану з втратою товарного вигляду транспортного засобу;
- заподіяну пошкодженням або знищенням внаслідок ДТП антикварних речей, виробів з коштовних металів, кош-

товного та напівкоштовного каміння, біжутерії, предметів релігійного культу, картин, рукописів, грошових знаків, цінних паперів, різного роду документів, філателістичних, нумізматичних та інших колекцій;

- заподіяну в результаті дорожньо-транспортної пригоди, якщо вона відбулася внаслідок масових заворушень і групових порушень громадського порядку, військових конфліктів, терористичних актів, стихійного лиха, вибуху боєприпасів, пожежі транспортного засобу, не пов'язаної з цією пригодою.

Порядок обчислення розмірів страхових платежів за договорами обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів на території України. Протягом двох місяців з дня опублікування цього Закону МТСБУ розраховує актуарним методом на підставі статистичних даних базовий платіж та подає його на узгодження, яке затверджується Уповноваженим органом у строк, не більший за 45 календарних днів з дня подання МТСБУ відповідної пропозиції до Уповноваженого органу. Якщо протягом такого строку Уповноважений орган не затверджує розмір базового страхового платежу, то його розмір встановлюється на рівні 100 гривень.

Протягом одного року з дня набрання чинності цим Законом застосовуються такі коригувальні коефіцієнти до страхових платежів (табл. 12.2).

Таблиця 12.2. Коригувальні коефіцієнти залежно від типу транспортних засобів для визначення розміру страхових платежів

№ з/п	Тип коригувального коефіцієнта	Договір I типу	Договір II типу	Договір III типу
1	2	3	4	5
I	Тип транспортного засобу			
1	Легковий автомобіль			
	• до 1600 куб. см	0,71	1,41	0,71
	• 1600—2000 куб. см	0,94	1,41	0,94
	• 2000—3000 куб. см	1,39	1,41	1,39
	• 3000 куб. см і більше	1,41	1,41	1,41

Продовження табл. 12.2

1	2	3	4	5
2	Причепи до легкових автомобілів	0,27	0,27	0,27
3	Автобуси з кількістю місць для сидіння • до 20 осіб • більше 20 осіб	3,04 3,58	3,58 3,58	3,04 3,58
4	Вантажні автомобілі вантажопідйомністю • до 2 т • понад 2 т	1,68 1,86	1,86 1,86	1,68 1,86
5	Причепи до вантажних автомобілів	0,57	0,57	0,57
6	Мотоцикли та моторолери • до 300 куб. см • 300 куб. см та більше	0,27 0,54	0,54 0,54	0,27 0,54
II	Територія переважного використання транспортного засобу • місто Київ • міста з населенням більше 1 млн осіб • міста з населенням 1 млн — 500 осіб • міста з населенням 500—100 тис. осіб • населені пункти з населенням менше 100 тис. осіб	1,5—1,8 1,2—1,5 1—1,2 0,8—1 0,5—0,8	1,5—1,8 1,5—1,8 1,5—1,8 1,5—1,8 1,5—1,8	1,5—1,8 1,3—1,5 1—1,2 0,8—1 0,5—0,8
III	Сфера використання транспортного засобу			
1	Автомобіль, який використовується юридичною особою	1,1—1,2	1,1—1,2	1,1—1,2
2	Автомобіль, який використовується фізичною особою	1	1,1—1,2	1

Закінчення табл. 12.2

1	2	3	4	5
IV	Водійський стаж осіб, відповідальність яких застрахована за договором • до 1 року • 1—3 роки • 3—10 років • більше 10 років	1,2—1,5 1,2—1,5 1,2—1,5 1,2—1,5	1,2—1,5 1—1,1 1 0,9—1	1,2—1,5 1—1,1 1 0,9—1
V	Кількість зазначених у договорі осіб • одна особа • дві особи • 3—5 осіб		1 1—1,1 1,2—1,4	
VI	Наявність або відсутність у страховальника (протягом попереднього року) доведених у судовому порядку спроб страхового шахрайства або випадків, що були підставою для подання регресного позову згідно зі ст. 38 цього Закону • наявність • відсутність	2 1	2 1	2 1

Коригувальні коефіцієнти розраховуються з кратністю 0,01.

Максимальний розмір страхового платежу (враховуючи коригувальні коефіцієнти типів II—IV) не може перевищувати більше ніж у три рази або бути меншим 50 % базової ставки, до якої застосований відповідний коригувальний коефіцієнт типу I.

Якщо договір страхування укладається на умовах III типу, визначених п. 15.3 ст. 15 цього Закону, але в ньому зазначено декілька осіб, відповідальність яких застрахована, при розрахунку страхового платежу застосовується такий коефіцієнт групи IV, що відповідає особі, відповідальність якої застрахо-

вана, з найменшим водійським стажем серед визначених у договорі.

У разі якщо договір обов'язкового страхування укладається на строк, менший ніж один рік, застосовуються такі додаткові коефіцієнти залежно від строку дії договору (табл. 12.3).

Таблиця 12.3. Додаткові коефіцієнти для визначення страхових платежів за договорами строком, меншим від одного року

Строк дії договору	Коефіцієнт, що застосовується до річного страхового платежу, %
15 днів	15
1 міс.	20
2 міс.	30
3 міс.	40
4 міс.	50
5 міс.	60
6 міс.	70
7 міс.	75
8 міс.	80
9 міс.	85
10 міс.	90
11 міс.	95
12 міс.	100

Стан та проблеми розвитку обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників наземних транспортних засобів в Україні. Для України цей вид страхування є новим. Початок його запровадження датується 1997 р. Спочатку за цим видом страхування приймався всього один ризик — шкода, заподіяна життю та здоров'ю потерпілої від ДТП особи. Ліміт відповідальності страховика за цим ризиком встановлювався в розмірі 2000 грн.

У 2000 р. до страхування цивільної відповідальності власників автотранспортних засобів включається ще один ризик, пов'язаний зі шкодою, завданою майну потерпілої особи в розмірі 25 500 грн. Ліміт відповідальності за шкоду, заподіяну здоров'ю і життю, цього року збільшено до 8500 грн.

Наразі ліміт відповідальності за шкоду, завдану майну потерпілих, залишається на рівні 25 500 грн, а ліміт відповідальності за шкоду, завдану життю і здоров'ю потерпілих, збільшено до 51 000 грн. Звісно, позитивним є факт усвідомлення законодавцями того, що людське життя та здоров'я мають оцінюватись вище вартості майна.

Прийняття Закону “Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів” від 1 січня 2005 р. прискорило розвиток цього виду страхування в Україні, про що свідчить насамперед досить швидке зростання обсягів страхових платежів. Але, враховуючи сумну статистику ДТП в Україні¹ та відсутність належного контролю з боку держави за обов'язковою наявністю у кожного власника автотранспортного засобу поліса зі страхування його цивільної відповідальності, реальних винуватців ДТП значно більше, ніж тих, хто має з цього виду страхування поліси.

Чому так відбувається? *По-перше*, контроль за цим видом страхування покладено на спецпідрозділи Державної автоінспекції та Державної прикордонслужби, які не в змозі здійснювати всеохоплюючий контроль. *По-друге*, штраф за відсутність страхового поліса з обов'язкового страхування відповідальності власника авто встановлено мізерний — від 8,5 до 17 грн, тоді як у Білорусі цей штраф дорівнює річному страховому внеску, що, звичайно, робить не вигідним уникати страховки. *По-третє*, не внесено доповнень до Правил дорожнього руху щодо обов'язковості страхування відповідальності власника автотранспортного засобу. *По-четверте*, невелика частка власників авто, що мають страховий поліс, не може забезпечити своїми внесками належного покриття збитків, спричинених ДТП, кількість та вартісна оцінка яких мають стійку тенденцію до зростання. Звісно, страховик та МТСБУ мають право су-

¹ В Україні в середньому кожні 12 хвилин трапляється ДТП. Майже кожні півтори години в ДТП гине людина. За добу в автоаваріях гине близько 20 та отримують травми близько 120 осіб. За рік на автошляхах України трапляється близько 150 тис. ДТП, в яких гинуть 7 тис. та травмуються 47 тис. осіб. Сотні тисяч автотранспортних засобів зазнають серйозних пошкоджень (див.: Страхова справа. — 2005. — № 2 (18). — С. 40).

дового позову щодо повернення коштів винуватцями ДТП, але на суд потрібні час і затрати, які тільки з часом будуть відшкодовані, якщо вина тих, хто спричинив ДТП, буде доведена. *По-п'яте*, неповне охоплення внутрішнім страхування власників автотранспортних засобів посилює тиск на МТСБУ у зв'язку з обслуговуванням міжнародних договорів. Українські автовласники, що мають поліс “Зелена карта”, виданий МТСБУ, скоюють за кордоном у рік близько 2 тис. аварій, а МТСБУ сплачує за шкоду потерпілим майже 6 млн євро. Якщо іноземці зазнають збитків від ДТП з вини українських автотранспортних засобів, МТСБУ мусить врегулювати справу за їх полісами, ліміти на які значно перевищують чинні ліміти в Україні. Так, в Євросоюзі відповідальність страховика за ушкодження майна третіх осіб перевищує 120 тис. дол. США, а за збитки, завдані здоров'ю та життю, — понад 600 тис. дол.

Отже, тільки повне охоплення власників автотранспортних засобів внутрішнім страхуванням відповідальності може стати запорукою належного обсягу захисту інтересів як самих спричинювачів збитків (страхувальників — власників авто), так і потерпілих.

Окрім того, прикордонні з Україною країни застосовують демпінгові ціни на страхові поліси “Зелена карта” для українських громадян, що ускладнює налагодження ефективного функціонування цього виду страхування в Україні.

12.3. Страхування професійної відповідальності

Професійна відповідальність (Professional Indemnity) — це майнова відповідальність спеціалістів різних професій, недостатня кваліфікація, помилки та упушення яких внаслідок необачності чи недбалості можуть спричинити шкоду клієнтові.

З метою захисту майнових інтересів страхувальників (фізичних та юридичних осіб), що спричинили шкоду третім особам, а також майновим інтересам постраждалих (третіх осіб), які здійснювали професійну діяльність, вводиться *страхуван-*

ня професійної відповідальності. У розвинутих країнах страхування професійної відповідальності є обов'язковим у разі започаткування приватної практики.

Залежно від кількості страхувальників, включених до одного договору, страхування професійної відповідальності поділяють на індивідуальне (персональне) та групове.

Страхування персональної професійної відповідальності (Personal Professional Liability Insurance) — це різновид страхування професійної відповідальності, за якого страхувальниками є індивідуальні особи, котрі своєю професійною діяльністю можуть спричинити шкоду здоров'ю чи майну третіх осіб.

Страхування групової (колективної) відповідальності передбачає включення в договір групи працівників — страхувальників, які своєю діяльністю можуть завдати шкоди майну чи здоров'ю третіх осіб (лікарі та медперсонал; проєктанти та будівельники і т. ін.).

Такий вид страхування пов'язаний з можливістю пред'явлення претензій особам за наслідки помилок, допущених ними під час виконання професійних обов'язків, зазначених у страховому полісі. Це вид захисту від претензій щодо професійної діяльності. Претензії страхувальнику, не пов'язані з виконанням ним професійних обов'язків, не підлягають страховому захисту.

У страхуванні професійної відповідальності виділяють дві групи ризиків:

- пов'язані з можливістю заподіяння третім особам тілесних ушкоджень та шкоди здоров'ю. Такі випадки трапляються в роботі лікарів, хірургів, дантистів, фармацевтів, водіїв транспортних засобів, що працюють за наймом, тощо;
- пов'язані з можливістю заподіяння матеріальних збитків, що містять строк втрати права на пред'явлення претензій. Вони пов'язані з діяльністю архітекторів, будівельників, консультантів та ін.

Строк втрати права на пред'явлення претензій встановлюється законодавством.

Передбачається, що вина страхувальника, який підлягає страхуванню з цього виду, може виявлятися двоюко: у *формі необачності*, недбалості, некваліфікованого виконання своїх

обов'язків та у *формі навмисних дій*. Вину у формі навмисних дій страхувальника може встановити тільки суд.

Страховий випадок — помилка, допущена страхувальником під час виконання професійних обов'язків, яка призвела до матеріальних збитків або втрати здоров'я, заподіяння тілесних пошкоджень чи смерті третіх осіб.

Розмір страхового відшкодування визначається договором страхування при добровільному страхуванні. При обов'язковому — мінімальна страхова сума визначається чинним законодавством або за згодою сторін.

Якщо претензії до одного страхувальника пред'являють відразу кілька осіб і обсяг спричинених збитків перевищує загальний ліміт відповідальності страховика, обумовлений договором, то відшкодування здійснюється пропорційно відношенню суми завданих збитків до загального ліміту відповідальності страховика.

Ставки платежу визначаються стосовно кожного виду професійної діяльності, що підлягає страхуванню, окремо. Ставки залежать від професії, віку, стажу роботи, дати отримання кваліфікації, дати підвищення кваліфікації, загальної кількості службовців, які підлягають страхуванню за цим видом. Визначають розмір страхового платежу два головних чинники: загальна чисельність службовців, зайнятих діяльністю, відповідальність за яку підлягає страхуванню, та встановлений ліміт відповідальності.

За цим видом страхування, як правило, передбачається франшиза. До неї, за вимогою страховика, можуть додаватися витрати, пов'язані з роботою належних експертів щодо встановлення суми збитків.

Цей вид страхування в Україні знаходиться поки що в зародковому стані. Його розвиток потребує розробки Кабінетом Міністрів переліку професій, що підлягають обов'язковому страхуванню професійної відповідальності, та розробки Правил для його здійснення. З добровільного страхування страхові компанії пропонують послуги зі страхування професійної відповідальності юридичних і фізичних осіб (юристів, аудиторів, нотаріусів, медичних працівників, митників, будівельників та ін.).

12.4. Страхування відповідальності суб'єктів господарювання — джерел підвищеної небезпеки

За Законом України “Про страхування” страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного і санітарно-епідеміологічного характеру, є обов'язковим. Порядок і правила цього виду страхування затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2002 р. № 1788.

Причини, що зумовили необхідність запровадження обов'язкового страхування господарських суб'єктів — джерел підвищеної небезпеки:

- постійне зростання рівня ризиковості виникнення техногенних катастроф у міру розвитку НТП;
- залежність населення, що страждає від техногенних аварій, від можливостей та розуміння місцевої чи регіональної влади, котрі завжди обмежені;
- потреба у встановленні єдиних норм щодо фінансового відшкодування збитків потерпілим;
- потреба в додатковому гарантованому джерелі модернізації системи безпеки на небезпечних об'єктах.

Предмет страхування — майнові інтереси страхувальника, що не суперечать законодавству, пов'язані з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним прямої шкоди третім особам внаслідок пожежі та/або аварії на об'єкті підвищеної небезпеки.

Перелік майнових об'єктів *підвищеної небезпеки*, з приводу яких виникає цей вид страхування, затверджений Кабінетом Міністрів України, наведено в додатку 1 до Порядку (табл. 12.4—12.6).

Таблиця 12.4. Перелік груп об'єктів підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного і санітарно-епідеміологічного характеру, за категорією небезпеки

Групи об'єктів підвищеної небезпеки	Категорія небезпеки
Об'єкти, на яких можуть використовуватися або виготовляються, переробляються, зберігаються чи транспортуються небезпечні речовини, у тому числі пожежовибухонебезпечні, в кількості, що дорівнює чи перевищує норматив граничної маси для об'єкта 1-го класу, визначеного відповідно до Порядку ідентифікації та обліку об'єктів підвищеної небезпеки, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 956 (далі — Порядок). Гідротехнічні споруди 1-го, 2-го і 3-го класів (табл. 12.5).	1
Хвостосховища, шламонакопичувачі, накопичувачі токсичних відходів (табл. 12.6)	
Об'єкти, на яких можуть використовуватися або встановлюються, переробляються, зберігаються чи транспортуються небезпечні речовини, у тому числі пожежовибухонебезпечні, в кількості, що дорівнює чи перевищує норматив граничної маси для об'єкта 2-го класу, але не більше, ніж норматив граничної маси для об'єкта 1-го класу, визначеного відповідно до Порядку.	2
Гідротехнічні споруди 4-го класу (табл. 12.5)	
Об'єкти, на яких можуть використовуватися або виготовляються, переробляються, зберігаються чи транспортуються небезпечні речовини, у тому числі пожежовибухонебезпечні і пожежонебезпечні, в кількості, що становить 2 і більше відсотки нормативу граничної маси для об'єкта 1-го класу, але не більше, ніж норматив граничної маси для об'єкта 2-го класу, визначеного відповідно до Порядку	3

Таблиця 12.5. Класи основних гідротехнічних споруд

Тип гідротехнічних споруд (СНіП 2.06.01—86)	Тип ґрунтової основи	Клас гідротехнічної споруди залежно від її висоти (або глибини)			
		1	2	3	4
1	2	3	4	5	6
Греблі з ґрунтових матеріалів	А	Понад 100	70—100	25—70	Менш як 25
	Б	75	35—75	15—35	15
	В	50	25—50	15—25	15
Греблі бетонні та залізобетонні, підводні конструкції будівель гідроелектростанцій, судноплавні шлюзи, суднопідйомники та інші споруди, які беруть участь у створенні напірного фронту	А	Понад 100	60—100	25—60	Менш як 25
	Б	50	25—50	10—25	10
	В	25	20—25	10—20	10
Підпірні стіни	А	Понад 40	25—40	15—25	Менш як 15
	Б	30	20—30	12—20	12
	В	25	18—25	10—18	10
Морські причальні споруди основного призначення (вантажні, пасажирські, суднобудівні, судноремонтні тощо)	А	Понад 25	20—25	Менш як 20	
	Б				
	В				
Морські внутрішньопортові захисні споруди, берегові укріплення пасивного захисту, струмененапрямні і намулозатримувальні греблі та ін.	А		Понад 15	15 і менше	
	Б				
	В				
Захисні споруди (моли, хвилеломи і дамби), льодозахисті споруди	А	Понад 25	5—25	Менш як 5	
	Б				
	В				

Закінчення табл. 12.5

1	2	3	4	5	6
Сухі наливні доки, наливні доккамери	А Б В		Понад 15	15 і менше	
Стационарні бурові платформи на шельфі для добування нафти і газу, естакади у відкритому морі, штучні острови	А Б В	Понад 25	25 і менше		

Примітки. 1. Ґрунтова основа: А — скельна, Б — піщана, В — глиниста, водонасичена в пластичному стані.

2. Типи гідротехнічних споруд та ґрунтової основи визначаються відповідно до технічної документації.

Таблиця 12.6. Класи хвостосховищ і шламонакопичувачів, накопичувачів токсичних відходів

Клас сховища	Місткість сховища, млн куб. м	Вихід відходів, т/добу	Висота греблі або захисної дамби, м	Ступінь відповідальності споруд залежно від наслідків порушення їх експлуатації (згідно з ГОСТом 27751—88)
1	2	3	4	5
I	Більш як 100	Більш як 10 000	Більш як 50	Особливо відповідальні, пожежа та/або аварія на яких зумовлює катастрофічні наслідки для населених пунктів і підприємств, а також отруєння, забруднення водоймищ і водостоків питного призначення
II	Від 50 до 100	Від 5000 до 10 000	—	Особливо відповідальні, пожежа та/або аварія яких не зумовлює катастрофічних пунктів і підприємств, можливе затоплення сільськогосподарських угідь, отруєння

Закінчення табл. 12.6

1	2	3	4	5
				і забруднення водоймищ, які мають народногосподарське значення
III	Від 10 до 50	Від 3000 до 5000	Від 20 до 50	Відповідальні, пожежа та/або аварія на яких не може викликати значних наслідків для населених пунктів і підприємств, можливе затоплення місцевості, яка не має народногосподарського значення

Суб'єкти страхування — страховальники, страховики і треті особи, яким внаслідок пожеж та/або аварій на об'єктах підвищеної небезпеки може бути заподіяна пряма шкода.

Страховальники — суб'єкти господарювання, яким об'єкти підвищеної небезпеки належать на праві власності, повного господарського відання або оперативного управління чи які користуються або володіють об'єктами підвищеної небезпеки.

Страховики — юридичні особи — резиденти України, які отримали в установленому порядку ліцензію на проведення обов'язкового страхування.

Треті особи — фізичні та юридичні особи, яким може бути заподіяна або заподіяна пряма шкода внаслідок пожежі та/або аварії на об'єкті підвищеної небезпеки, крім осіб, які знаходилися в трудових відносинах зі страховальником, а також тих, які несанкціоновано або під час виконання службових обов'язків перебували на об'єкті підвищеної небезпеки.

Пожежовибухонебезпечний об'єкт — об'єкт, на якому використовуються, виготовляються, переробляються, зберігаються або транспортуються одна чи кілька пожежовибухонебезпечних чи пожежонебезпечних речовин і матеріалів у кількості, що є підставою для віднесення його будівлі, споруди та приміщення до відповідних категорій, встановлених нормативними актами.

Аварія на об'єкті підвищеної небезпеки — небезпечна подія техногенного характеру (наднормативний викид небез-

печних речовин, пожежа, вибух тощо), яка виникла під час експлуатації об'єкта підвищеної небезпеки і призвела до некеруванних змін його стану, загибелі людей чи тимчасової або незворотної втрати працездатності чи здоров'я людини, заподіяла шкоду довкіллю.

Аварія санітарно-епідеміологічного характеру — аварія, внаслідок якої стався неконтрольований викид чи скид у середовище життєдіяльності людини хімічних, біологічних (бактеріологічних) сполук, що спричинило загибель людей або призвело чи може призвести до шкідливого впливу на здоров'я людини, а також до проведення лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів серед населення чи до негативних наслідків для середовища життєдіяльності людини.

Страховий випадок — заподіяння прямої шкоди третім особам внаслідок пожежі та/або аварії на об'єкті підвищеної небезпеки під час дії договору обов'язкового страхування, внаслідок чого виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхового відшкодування.

Страхова сума визначається за кожним конкретним об'єктом підвищеної небезпеки відповідно до категорії небезпеки, встановленої у додатку 1, і дорівнює:

- для груп об'єктів 1-ї категорії небезпеки — 200 000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян на момент обчислення страхової суми;
- для груп об'єктів 2-ї категорії небезпеки — 70 000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян на момент обчислення страхової суми;
- для груп об'єктів 3-ї категорії небезпеки — 45 000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян на момент обчислення страхової суми.

Відшкодуванню підлягає пряма шкода, спричинена пожежею та/або аварією на об'єкті підвищеної небезпеки життю, здоров'ю та майну третіх осіб, яке (майно) перебувало у їх володінні чи користуванні на момент настання страхового випадку (включаючи природні ресурси, території та об'єкти природно-заповідного фонду).

Розміри страхового відшкодування залежать від об'єкта майнових інтересів і визначаються такими правилами:

1) на відшкодування шкоди, заподіяної життю та здоров'ю третіх осіб внаслідок настання страхового випадку — 50 % страхової суми, у тому числі на одну особу страхова виплата встановлюється:

- у разі виплати страхового відшкодування спадкоємцям третьої особи, яка загинула (померла), — 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;
- у разі встановлення третій особі I, II і III групи інвалідності — відповідно 450, 375 і 250 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;
- за кожний день непрацездатності третьої особи — один неоподатковуваний мінімум доходів громадян, але не більш як 250 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян за весь час втрати працездатності;

2) на відшкодування шкоди, заподіяної природним ресурсам, територіям та об'єктам природно-заповідного фонду, — 30 % страхової суми;

3) на відшкодування шкоди, заподіяної майну третіх осіб, — 20 % страхової суми.

Величина максимального страхового річного тарифу встановлюється у відсотках від страхової суми залежно від категорії небезпеки об'єкта і становить:

- для груп об'єктів 1-ї категорії небезпеки — 1,5;
- для груп об'єктів 2-ї категорії небезпеки — 0,6;
- для груп об'єктів 3-ї категорії небезпеки — 0,4.

Строк внесення страхового платежу визначається договором обов'язкового страхування.

Типовий договір з обов'язкового страхування відповідальності господарських суб'єктів — джерел підвищеної небезпеки теж затверджується Кабінетом Міністрів України і додається до Порядку і правил проведення цього виду страхування.

Обов'язки страхувальника при настанні страхового випадку. Протягом двох робочих днів з дати настання страхового випадку страхувальник повинен *письмово* повідомити страховика, зазначивши дату, характер страхового випадку, попередньо встановлені причини, вжиті заходи для зменшення розміру збитків та розмір заподіяної шкоди.

Для отримання страхового відшкодування страховальник подає страховику оригінал або нотаріально засвідчені копії таких документів:

- заяву про виплату страхового відшкодування;
- висновки відповідної експертизи про характер пожежі та/або аварії і розмір заподіяної шкоди;
- рішення суду про стягнення зі страховальника на користь третьої особи або підтверджувальні документи страховальника та третьої особи про врегулювання питання за участю страховика про розмір шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку, без звернення до суду.

За вимогою страховика страховальник повинен подати оригінали або нотаріально засвідчені копії:

- документів, що підтверджують ступінь виконання вимог експертного висновку про стан об'єкта до моменту пожежі та/або аварії;
- акта або інших документів про пожежу та/або аварію на об'єкті підвищеної небезпеки, складені органами (комісією), що здійснюють державний нагляд і контроль у відповідній сфері діяльності, пов'язаної з об'єктами підвищеної небезпеки;
- договору обов'язкового страхування;

Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках, передбачених ст. 26 Закону України "Про страхування", а також у разі:

- коли шкоду, заподіяну внаслідок стихійного лиха, неможливо було передбачити;
- коли страховий випадок стався внаслідок воєнних дій, масових заворушень, порушень громадського порядку, терористичного акту.

Страховик у *триденний* період з дня прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування повинен письмово повідомити про це страховальника та/або третю особу з обґрунтуванням причин відмови. У разі прийняття рішення про виплату страхового відшкодування страховик не пізніше ніж протягом 14 робочих днів з дати отримання документів, визначених Порядком і правилами, складає акт і не пізніше ніж протягом трьох робочих днів з дати його складання виплачує страхове відшкодування.

Франшиза (звільнення страховика від виплати відшкодування) обчислюється у відсотках від страхової суми, не може бути вище 1 % і не може поширюватись на страхову виплату за шкоду, завдану життю і здоров'ю третіх осіб.

12.5. Страхування інших видів відповідальності

Описані в попередніх підрозділах види страхування відповідальності не вичерпують наявних, а тим більше можливих різновидів страхування відповідальності. Нижче стисло розкрито зміст тих видів страхування відповідальності, які перебувають у нашій країні ще в зародковому чи потенційному стані. Звісно, ми не можемо та й не ставимо собі за мету дати повний асортимент можливих послуг у цьому сегменті страхового ринку, а тому розглянемо тільки деякі з них.

Страхування цивільної відповідальності виробника. За цим видом страхування відповідальності до страхування приймаються відповідальність виробника (підприємства) за шкоду, спричинену:

- 1) дефіцитом речових товарів, робіт, послуг;
- 2) неякісною продукцією, споживання якої зумовило настання смерті споживача чи його каліцтва, а також заподіяння майнових збитків у зв'язку з наявністю дефектів у виробленому чи реалізованому страховальником продукті. При цьому відшкодовуються страховиком тільки ті збитки, спричинені дефектом продукту, які обумовлені договором. Та шкода, яка завдається цим дефектом, але не включена в перелік видів шкоди, спричиненої неякісною продукцією, покривається страхуванням відповідальності за виробничий брак.

Виробник звільняється від відповідальності за відшкодування збитків, якщо буде доведено, що шкода, спричинена споживачеві, є наслідком непереборної сили.

Цей вид страхування поширений у розвинутих країнах світу. Він дає змогу виробникові перекласти на страховика затра-

ти часу на вирішення судових спорів. Страховик, що здійснює цей вид страхування, має можливість організувати експертизу, консультування та інше обслуговування. В кінцевому результаті — забезпеченні високоякісної продукції та мінімізації збитків від цього чинника — зацікавлені всі суб'єкти — учасники страхування: страхувальник (виробник), страховик та споживач продукції¹.

Страхування відповідальності роботодавця. Цей вид страхування забезпечує страховий захист інтересів роботодавця від збитків, пов'язаних з виплатою компенсацій у разі заподіяння шкоди здоров'ю, настання хвороби, втрати працездатності працівника чи його смерті.

За цим видом страхування страховик покриває збитки, пов'язані з затратами на надання:

- медичної допомоги;
- хірургічної допомоги;
- реабілітаційного терапевтичного лікування;
- виплат у разі непрацездатності;
- виплат у разі смерті.

Страхове покриття поширюється також на завдання шкоди одним працівником іншому внаслідок необачності. Цей вид страхування не поширюється на професійні захворювання².

Страхування відповідальності перед третіми особами під час проведення будівельно-монтажних робіт. Предметом страхування відповідальності перед третіми особами є майнові інтереси страхувальника, що не суперечать законодавству України, пов'язані з відшкодуванням матеріальної шкоди, завданої третім особам через недотримання строків будівництва, та моральної й матеріальної шкоди, завданої третім особам внаслідок неякісного виконання будівельно-монтажних робіт.

Вигодонабувачем за цим договором страхування є засновники фонду фінансування будівництва.

Страховими ризиками щодо страхування відповідальності перед третіми особами за цим договором є:

- халатність, необачність, необережність осіб, які не є відповідальними за організацією робіт, що спричинили брак, який виявлено на об'єкті страхування протягом гарантійного періоду;
- несвоєчасна здача об'єкта будівництва в експлуатацію.

Страхові випадки за договором страхування відповідальності перед третіми особами, які вимагають здійснення виплат страхового відшкодування, такі:

- порушення, пов'язані з використанням дефектних матеріалів, що спричинили страховий випадок, якщо особи, відповідальні за проведення робіт, не знали про наявність дефекту у використаних матеріалах;
- помилки під час монтажу;
- ненавмисне порушення норм і правил проведення робіт (недбалість, помилка, неухважність тощо) особами, які не є відповідальними за організацію робіт;
- наслідки халатності, необачності, необережності, браку, а саме: завдання шкоди життю, здоров'ю та збитків майну третіх осіб (фізичне пошкодження майна у процесі проведення будівельно-монтажних робіт) на території об'єкта, що споруджується.

Відшкодування матеріальних збитків, завданих третім особам (інвесторам), визначається на основі кошторису ремонтно-відновлювальних робіт, який (кошторис) складається експертною комісією, за розцінками Державного бюджету України з вирахуванням безумовної франшизи.

Страхова компанія "Аркада-Гарант", яка займається страхуванням ризиків довірчого управління при іпотечному кредитуванні та житлового будівництва, відшкодовує:

- збитки, завдані життю та здоров'ю вигодонабувача, у розмірі витрат на лікування в Україні, обмежуючи максимальну виплату сумою 8500 грн за кожним страховим випадком;
- збитки, завдані вигодонабувачам внаслідок несвоєчасної здачі будинку до експлуатації, у розмірі дійсних матеріально підтверджених витрат вигодонабувача (договір про оренду альтернативного житла тощо) з вирахуванням безумовної

¹ Юлдашев Р.Т. Страховий бізнес: Слов.-справ. — М.: АНКІЛ, 2005. — С. 604.

² Там же. — С. 649.

франшизи, але не більше 20 тис. грн за кожний страховий випадок;

- моральні збитки, завдані вигодонабувачам, згідно з рішенням суду.

За кожним страховим випадком, пов'язаним з відшкодуванням збитків, завданих майну третьої особи, *безумовна франшиза* становить 1000 грн, а за випадками, пов'язаними з завданням шкоди життю та здоров'ю третьої особи, — 100 грн за кожним страховим випадком.

У підручнику розглянуто далеко не всі види страхування цивільної відповідальності. Деякі з них були висвітлені в інших розділах: страхування відповідальності перевізника вантажу в розділі “Транспортне страхування”; страхування відповідальності перевізника пасажирів — у розділі “Страховання від нещасних випадків”; страхування відповідальності позичальника за неповернення кредиту — в розділі “Страховання фінансово-кредитних ризиків” і т. ін.

Деякі досить важливі види обов'язкового страхування відповідальності теж залишилися поза нашою увагою у зв'язку з тим, що вони визначаються законодавством та досить ґрунтовно висвітлені в підручнику В.Й. Плиси “Страховання” (К.: Каравела, 2006). Це обов'язкове страхування цивільної відповідальності за ядерну шкоду; відповідальності суб'єктів перевізників небезпечних вантажів; відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів.

Насамкінець необхідно зазначити, що хоча страхування відповідальності — ще зовсім новий вид страхування, але вкрай перспективний не тільки за кордоном, а й в Україні.

Висновки

1. Страхування цивільної відповідальності — це галузь страхування, предметом страхування якої є майнові інтереси, пов'язані з відшкодуванням страховальником заподіяної ним шкоди юридичній чи фізичній особі або її майну у зв'язку з діяльністю чи бездіяльністю страховика.

2. Обов'язкове страхування цивільної відповідальності поширюється на випадки з екстремально високими збитками. Інші випадки підлягають добровільному страхуванню.

3. Страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів покликане забезпечити відшкодування шкоди, заподіяної життю, здоров'ю та (або) майну потерпілих внаслідок ДТП та захисту майнових інтересів страховальника.

4. Єдиним об'єднанням страховиків, які мають право здійснювати обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів за шкоду, заподіяну третім особам, є Моторне (транспортне) страхове бюро України (МТСБУ).

5. Страховий міжнародний поліс з обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів “Зелена карта” має на меті забезпечення ефективного захисту потерпілих внаслідок ДТП, спричинених транспортними засобами, що зареєстровані за кордоном. Внутрішній поліс із цього виду страхування діє в межах країни.

6. Страхова сума — це грошова оцінка розміру шкоди, яку страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний виплатити третім особам після настання страхового випадку (ДТП).

7. Страхові тарифи зі страхування автовідповідальності повинні стимулювати безаварійне використання автотранспортних засобів. З цією метою застосовуються коефіцієнти (зниження та підвищення) тарифів залежно від наявності (відсутності) та частоти ДТП, спричинених з вини страховальника (бонус-малус). На величину страхових платежів впливають також тип транспортного засобу, територія переважного використання транспортного засобу, сфера його використання, водійський стаж, чисельність осіб, зазначених у договорі, строк дії договору тощо.

8. Страхування професійної відповідальності запроваджується з метою захисту майнових інтересів страховальників (юридичних та фізичних осіб), що спричинили шкоду життю, здоров'ю чи майновим інтересам третіх осіб, здійснюючи свою професійну діяльність. Страховим випадком є помилка, допущена страховальником у процесі виконання своєї професійної

діяльності. Страхове відшкодування визначається договором при добровільному страхуванні та законодавством при обов'язковому.

9. Страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного і санітарно-епідеміологічного характеру, є обов'язковим з причин надто відчутних збитків, впоратись з якими одноосібно чи навіть з участю місцевої влади неможливо.

10. Страхуваним випадком за цим видом страхування є заподіяння прямої шкоди третім особам внаслідок пожежі та/або аварії на об'єктах підвищеної небезпеки під час дії договору обов'язкового страхування. Страхова сума визначається для кожного об'єкта окремо: для об'єктів 1-ї категорії небезпеки — 200 тис.; для об'єктів 2-ї категорії — 70 тис.; для 3-ї — 45 тис. неоподатковуваних мінімумів доходів громадян на момент обчислення страхової суми.

Страхове відшкодування: для шкоди, заподіяної життю і здоров'ю — 50 % страхової суми; у разі смерті — 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян спадкоємцю, у разі інвалідності I, II і III груп — відповідно 450, 375 і 250 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. За шкоду, заподіяну природним ресурсам, — 30 % страхової суми. За шкоду, заподіяну майну, — 20 % страхової суми.

Страховий тариф встановлюється: для об'єктів 1-ї категорії небезпеки — 1,5 %; 2-ї — 0,6; 3-ї — 0,4 % від страхової суми.

11. Страхування цивільної відповідальності виробника здійснюється за таких ризиків: дефіцит речових товарів, робіт, послуг; неякісна продукція, споживання якої завдає шкоди життю, здоров'ю чи майну третіх осіб.

12. Страхування відповідальності роботодавця здійснюється з метою захисту інтересів роботодавця у зв'язку зі збитками, зумовленими шкодою, спричиненою працівникам під час виконання ними робіт на виробництві за наймом у разі втрати працездатності, у зв'язку з відшкодуванням затрат на лікування, реабілітацію, виплат у разі смерті тощо.

13. Страхування відповідальності перед третіми особами під час проведення будівельно-монтажних робіт здійснюється з метою захисту майнових інтересів страхувальника щодо відшкодування матеріальної шкоди, завданої третім особам з причин порушення строків будівництва та матеріальної й моральної шкоди третім особам внаслідок неякісного виконання будівельно-монтажних робіт.

Страховими ризиками є: халатність, необачність, необережність осіб, які не є відповідальними за організацію робіт, що спричинили брак, виявлений на об'єкті страхування протягом гарантійного періоду, та несвоєчасна здача об'єкта будівництва в експлуатацію.

Відшкодування збитків здійснюється на основі кошторису ремонтно-відновлювальних робіт.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Аварія на об'єкті підвищеної небезпеки; аварія санітарно-епідеміологічного характеру; бонус-малус; відповідальність виробника за неякісну продукцію; відповідальність під час проведення будівельно-монтажних робіт; відповідальність роботодавця; відповідальність суб'єктів господарювання — джерел підвищеної небезпеки; дорожньо-транспортна пригода (ДТП); класифікація об'єктів за категорією небезпеки; коригувальні коефіцієнти; Моторне (транспортне) страхове бюро (МТСБ); пожежовибухонебезпечний об'єкт; професійна відповідальність; страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів; цивільна відповідальність.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Розкрийте зміст і структуру цивільно-правової відповідальності.

2. Чим зумовлена необхідність запровадження страхування цивільно-правової відповідальності? Чи не формує цей вид страхування безвідповідальності страхувальника? Аргументуйте свою позицію.

3. Який критерій є визначальним щодо поділу страхування цивільної відповідальності на обов'язкову та добровільну форми?

4. В Україні до обов'язкового страхування цивільної відповідальності не відносять страхування відповідальності:

а) громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, що може бути нею заподіяна третім особам або їх майну;

б) суб'єктів космічної діяльності;

в) морського судновласника;

г) позичальника за несвоєчасне повернення кредиту.

5. Страхувальниками цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів є:

а) тільки юридичні особи;

б) тільки фізичні особи;

в) юридичні особи та дієздатні громадяни, що є власниками транспортних засобів, які експлуатуються;

г) немає правильної відповіді.

6. Ціна "Зеленої карти" не залежить від:

а) типу транспортного засобу;

б) строку страхування;

в) національності страхувальника;

г) рівня збитковості цього виду страхування.

7. МТСБУ здійснює відшкодування збитків у разі:

а) заподіяння шкоди транспортним засобом, власник якого не застрахував свою цивільно-правову відповідальність;

б) недостатності коштів та майна страховика — учасника МТСБУ, що визнаний банкрутом або ліквідованим;

в) відмови з боку страховика здійснювати відшкодування збитків;

г) знищення транспортного засобу.

8. Страхування професійної відповідальності покликане захищати майнові інтереси:

а) виключно потерпілих від ДТП;

б) виключно страхувальників;

в) страхувальників і потерпілих;

г) держави.

9. Дайте визначення страхування суб'єктів господарювання — джерел підвищеної небезпеки та розкрийте причини, що зумовили необхідність застосування цього виду страхування в обов'язковій формі.

10. Що є страховим випадком при страхуванні економічних суб'єктів — джерел підвищеної небезпеки? Від якого чинника залежить норма страхового відшкодування та максимального річного страхового тарифу?

11. Які ризики підлягають страхуванню у разі страхування цивільної відповідальності виробника; відповідальності роботодавця?

12. Що є об'єктом страхування відповідальності перед третіми особами під час проведення будівельно-монтажних робіт? Назвіть ризики, що підлягають страхуванню за цим видом страхування.

Література

1. Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін. Страхова справа. Інтегрований навчальний комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: У 2 кн. — Кн. 2: Страхування. Страхові послуги. — К.: НВП "АВТ"; Х.: Видав. центр НТУ "ХП", 2003. — С. 196—214.

2. Базилевич В.Д., Базилевич К.С. Страхова справа. — 5-те вид., стер. — К.: Знання, 2006. — С. 153—212, 246—249.

3. Гвозденко А.А. Основы страхования. — М.: Финансы и статистика, 1999. — С. 99—114.

4. Горбач Л.М. Страхова справа: Навч. посіб. — 2-ге вид., випр. — К.: Кондор, 2003. — С. 139—167.

5. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7.

6. Закон України “Про обов’язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів” від 1 липня 2004 р. № 1961-IV (зі змін. і доп., внесеніми Законом України від 22 вересня 2005 р. № 2902-IV) // <http://zakon.rada.gov.ua>.

7. Каценко О.Л., Борисова В.А. Соціально-економічні основи страхування: Навч. посіб. — Суми: Університет. кн., 1999. — С. 68—74.

8. Мачуський В.В. Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 203—220.

9. Плиса В.Й. Страхування: Навч. посіб. — К.: Каравела, 2006. — С. 211—251.

10. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Порядку і правил проведення обов’язкового страхування цивільної відповідальності суб’єктів господарювання за шкоду, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об’єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об’єкти та об’єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного і санітарно-епідеміологічного характеру” від 16 листопада 2002 р. № 1788 // Офіційний вісник України. — 2002. — № 47. — С. 254—263.

11. Страхование: принципы и практика: Учеб. пособие / Сост. Д. Бланд. — М.: Финансы и статистика, 2000. — С. 89—101.

12. Страхування: Підручник / Керівник авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 380—427.

13. Страхование от А до Я / Под ред. Л.И. Корчевской, Е.Е. Турбиной. — М.: ИНФРА-М, 1996. — С. 294—301.

14. Шинкаренко И.Э. Страхование ответственности: Справочник. — М.: Финансы и статистика, 1999. — С. 82—85.

15. Шумелда Я. Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006. — С. 144—188.

16. Юлдашев Р.Т. Страховой бизнес: Слов.-справ. — М.: АНКІЛ, 2005. — С. 604—649.

Частина V

ПЕРЕСТРАХУВАННЯ

Розділ 13. Перестраховання і співстраховання.

Розділ 13

ПЕРЕСТРАХУВАННЯ І СПІВСТРАХУВАННЯ

- 13.1. *Необхідність, зміст і перспективи розвитку співстраховання в Україні.*
- 13.2. *Виникнення, зміст та значення перестраховання у забезпеченні гарантій страхового захисту.*
- 13.3. *Методи перестраховання.*
- 13.4. *Види та інструменти перестраховання.*
- 13.5. *Стан та перспективи розвитку перестраховання в Україні.*

13.1. Необхідність, зміст і перспективи розвитку співстраховання в Україні

Взявши на страхування ризику, страховик як економічний суб'єкт зацікавлений у тому, щоб не втратити жодного клієнта. Разом з тим необхідно зазначити, що подекуди страховик має справу з ризиками, що супроводжуються кумуляцією збитків. Наприклад, епідемія серед великої рогатої худоби чи пташиного грипу, інші подібні ситуації спричиняють досить великі збитки, покрити які (в разі настання страхової події (епідемії), яка зумовлює велику кількість страхових випадків і, відповідно, кумуляцію збитків), страховик не зможе.

Для того щоб задовольнити потреби страхувальників у страховому захисті, не відмовивши бажаним купити страхову послугу, і водночас бути здатним виконати свої зобов'язання перед клієнтами, страховики використовують метод розподілу ризику між іншими страховиками (співстраховання) або здійснюють страхування страховиків, тобто самих себе (перестраховання).

І страхування, і перестраховання є одночасно захистом *інтересів страховиків* (страхуючи себе від неспроможності виконати зобов'язання перед клієнтами) та інтересів страхувальників, які завдяки цим двом формам отримують можливість застрахувати свої ризики і в разі реалізації ризику отримати відшкодування збитків.

Історично першим виникло співстраховання.

*Співстраховання (Co-Insurance)*¹ — це страхування, за якого два чи більша кількість страховиків беруть участь у страхуванні одного й того ж ризику на пайових засадах, видаючи сумісний або окремі поліси з зазначеною часткою страхової суми в кожному з них. Якщо в такому договорі не вказані права і обов'язки кожного страховика, вони *солідарно* відповідають перед страхувальником (вигодонабувачем) за виплату *страхового відшкодування* за договором майнового страхування чи страхування відповідальності та *страхової суми* за договором особового страхування.

Закон України “Про страхування” (ст. 11) зобов'язує, щоб договір співстраховання визначав права і обов'язки кожного страховика, що бере участь у співстрахованні. Окрім того, Закон зобов'язує, щоб співстраховання здійснювалось не тільки за згодою страховиків (співстраховиків), а й обов'язково за згодою страхувальника. За наявності такої угоди між співстраховиками і страхувальником один зі співстраховиків може представляти інтереси всіх інших у взаємовідносинах зі страхувальником, залишаючись відповідальним перед ним лише у розмірі своєї частки.

Як правило, страхування майна здійснюється за повною вартістю. Це означає, що завдяки застосуванню франшизи страхувальник теж несе відповідальність за певну частку ризику, визначену франшизою.

Найбільш сприятливими для співстраховання є сегменти страхового ринку, що надають послуги страхового захисту для однорідних ризиків: осіб, об'єднаних належністю до певної професійної діяльності, що потребує гарантій захисту майнових інтересів (судновласники, фермери, нотаріуси, лікарі та ін.).

¹ Юлдашев Р.Т. Страховой бизнес: Слов.-справ. — М.: АНКІЛ, 2005. — С. 572.

Зацікавлені особи (фізичні та юридичні) для страхового захисту своїх інтересів можуть створювати товариства взаємного страхування.

Товариства взаємного страхування — юридичні особи — страховики, створені відповідно до Закону України “Про страхування” з метою страхування ризиків цього товариства. Сплата страхового платежу здійснюється за рахунок чистого прибутку, що залишається у розпорядженні членів товариства, крім випадків, передбачених законодавством України.

У разі настання страхового випадку кожний член товариства, за умови використання ним усіх зобов’язань перед товариством взаємного страхування, незалежно від суми страхового внеску, має право отримати повністю необхідне страхове відшкодування.

Між товариствами взаємного страхування (ТВС) і акціонерними страховими товариствами (АСТ) є важливі відмінності:

- по-перше, процедура і механізм утворення ТВС значно простіші і потребують набагато менше часу, ніж утворення АСТ;
- по-друге, ТВС, на відміну від АСТ, можуть функціонувати без нагромадження первісного капіталу, оскільки при сплаті актуарно обчисленого страхового внеску виплати отримують тільки постраждалі, а капітал АСТ використовується тільки тоді, коли виплати страховика перевищують надходження страхових премій;
- по-третє, ТВС — це об’єднання зацікавлених у страховому захисті суб’єктів, а АСТ — це об’єднання капіталів, метою власників яких є прибуток, а не страховий захист.

В умовах, коли формування первісного капіталу є проблемою, що властива постсоціалістичним та пострадянським країнам, ТВС є досить прийнятною, бажаною формою страхування. ТВС добре себе зарекомендували в страхуванні життя, від нещасних випадків, у автомобільному страхуванні.

Історично ТВС виникають найчастіше як невеликі місцеві утворення. З часом вони перетворюються на великі, котрі, у свою чергу, змінюють свою організаційно-правову форму на акціонерну. Прагнення перетворити ТВС в АСТ пояснюється насамперед можливістю отримати доступ до ринку капіталів.

Незважаючи на значні переваги ТВС, вони не отримали належного розвитку на теренах пострадянських країн і України зокрема. Пояснюється це тим, що, по-перше, в Україні не прийнято закону про взаємне страхування; по-друге, ця форма вимагає взаємодії страховальника з декількома страховиками, що ускладнює процедуру укладання страхової угоди як для страховальника, так і для страховиків, які зобов’язані узгоджувати свої дії.

Приклад співстраховання

Нехай предметом співстраховання є майнові інтереси, пов’язані з використанням страхового об’єкта вартістю 100 млн грн. Цей об’єкт страхується трьома страховиками. Безумовна франшиза становить 10 % страхової суми. Відповідальність між трьома страховиками розподілена таким чином: I — 20 %, тобто 20 млн грн, II — 30 %, тобто 30 млн грн, і III — 40 %, тобто 40 млн грн. Припустимо, що страховий тариф становить 1 % від страхової суми. Тоді страхові премії I страховику становитимуть 2 млн грн, II — 3 млн; III — 4 млн грн.

Якщо об’єкту протягом дії договору заподіяно шкоду обсягом 60 млн грн, то від сплати франшизи в обсязі 6 млн грн. страховики звільняються, а 54 млн грн збитків розподіляються між трьома страховиками в пропорції 2 : 3 : 4, тобто I страховик відшкодує 12 млн, II — 18 млн, III — 24 млн грн.

13.2. Виникнення, зміст та значення перестраховання у забезпеченні гарантій страхового захисту

Перестраховання як явище виникло зі страхування морського транспорту. Кожне морське перевезення було ризиковим. З поширенням використання позик під здійснення високоризикових морських перевезень позичальники домовлялися між собою про авансування вантажу судновласникові за високий відсоток, який згодом набрав форми страхової премії. Через певний проміжок часу деякі підприємці стали постійно,

повністю або частково брати на себе відповідальність за перевезення, здійснюючи їх перестраховання.

У XIX ст. перестраховання почало розвиватися в галузі покриття ризиків, пов'язаних з пожежами.

Перший договір перестраховання укладено в 1821 р. між фірмами “Руайаль” (Париж) та “Пропріє стер реюні” (Брюссель). Першим перестраховальним товариством стала фірма “Кельніш Рюк” (1846 р.). Незабаром виникли “Мюнхенер Рюк” (1862 р.) та “Компані Сюїсс де реассюранс” (1863 р.).

Словник-довідник Р.Т. Юлдашева наводить таке визначення перестраховання.

Перестраховання (Reinsurance) — це операція, згідно з якою страховик, беручи на страхування ризику, частину відповідальності за ними (з урахуванням своїх фінансових можливостей) передає на узгоджених умовах іншим страховикам (перестраховикам) з метою створення збалансованого страхового портфеля забезпечення фінансової стійкості та рентабельності страхових операцій¹.

Ст. 12 Закону України “Про страхування” визначає *перестраховання як страхування одним страховиком (цедентом, перестраховальником) на визначених договором умовах ризику виконання частини своїх обов'язків перед страхувальником у іншого страховика (перестраховика), резидента або нерезидента, який має статус страховика або перестраховика, згідно з законодавством країни, в якій він зареєстрований*.

Таким чином, перестраховання — це страхування особливого виду. Зміст його полягає у передачі частини ризику (ризиків) у відповідальність іншому спеціалізованому страховику, тобто перестраховику. Страховика, котрий безпосередньо працює зі страхувальниками щодо взяття на себе їхніх ризиків, називають “прямим страховиком”, або страховиком, що передає ризику. Процес передачі частини взятих на себе ризиків іншим страховикам з метою створення такого страхового портфеля, який би забезпечував стійкість і рентабельність страхових операцій, називають перестрахованням.

¹ Юлдашев Р.Т. Страховий бізнес: Слов.-справ. — М.: АНКІЛ, 2005. — С. 398.

Перестраховик — це страховик, котрий надає страхову послугу “прямому страховику”. У свою чергу перестраховик може передати частину взятих на себе ризиків іншому страховику і т. ін.

Процес передачі страхового ризику називається *цедуванням ризику* або *страхувальною цесією*. Страховик, який передає ризик, називається цедентом, а той, що бере цей ризик, — *цесіонарієм*. Подальша передача цесіонарієм (частково або повністю) ризику іншому перестраховику називається *ретроцесією*. Страхове товариство, яке передає третьому учаснику ризик у наступне перестраховання, називається *ретроцедентом*, а товариство, яке бере на себе *ретроцедований* ризик, називається *ретроцесіонарієм*.

На рис. 13.1. зображено чотири рівні передачі ризику¹.

Цесіонарій не має ніяких зобов'язань щодо укладених цедентом договорів страхування. Це означає, що страховик (цедент), котрий уклав договір із перестраховиком (цесіонарієм), залишається повністю відповідальним перед страхувальником. Він навіть не зобов'язаний інформувати страхувальника про передачу ризику в перестраховання.

Перестраховик зобов'язаний виплатити відшкодування цеденту пропорційно до його участі за умови, що цедент виплатив це відшкодування страхувальнику. Цедент зобов'язаний інформувати цесіонарія про цедований ризик так само, як страхувальник зобов'язаний інформувати страховика про всі зміни, що відбуваються в ризику, який він передав страховику.

У ст. 12 Закону України “Про страхування” зазначено: “у разі, якщо обсяги страхових платежів, що передаються в перестраховання нерезидентами, перевищують 50 % їх загального розміру, отриманого з початку календарного року, перестраховальник подає до Уповноваженого органу декларацію за звітний період за формою, встановленою Кабінетом Міністрів України.

У декларації страховик (перестраховальник) зобов'язаний вказати інформацію про ризики та предмет договору страху-

¹ Базилевич В.Д. Страховий ринок України. — К.: Т-во “Знання”, КОО, 1998. — С. 294.

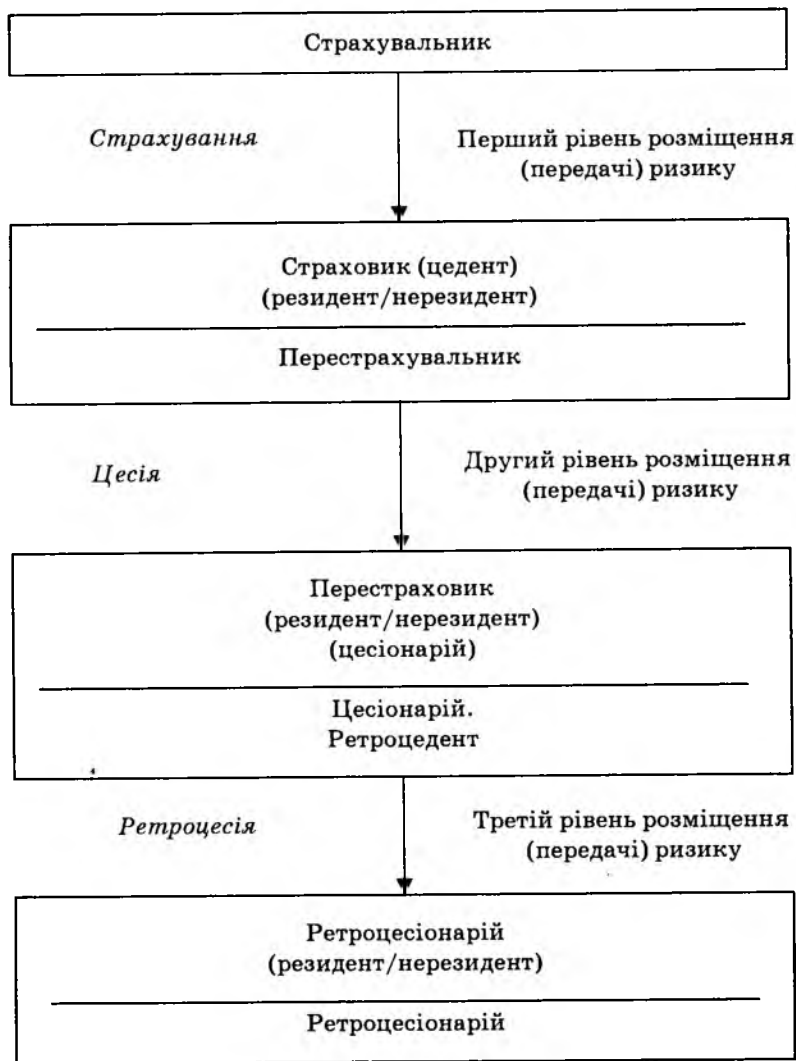


Рис. 13.1. Рівні передачі ризику

вання, які перестраховуються у нерезидентів, дані про нерезидентів — перестраховиків та про перестраховиків-брокерів, іншу інформацію, визначену Кабінетом міністрів України”.

Значення перестраховання у забезпеченні гарантій страхового захисту розкривається через його (перестраховання) функції.

Функції перестраховання.

Головна функція перестраховання — вторинний перерозподіл ризику. Зміст її полягає в тому, що страховик може забезпечити страховальнику тільки таку гарантію, яка відповідає його фінансовим можливостям. Самотужки домогтися значних результатів страховику досить важко. Якісніше і в повнішому обсязі виконувати свої зобов'язання страховик може завдяки *перестрахованню*, тобто через розподіл ризику між ним та іншим страховиками. За цих умов перестраховик бере на себе відносно значну частку ризику чи гарантії. **Частина ризику, яку цедент залишає за собою, називається власним утриманням.** На практиці найчастіше кілька перестраховиків беруть участь у покритті збитків (вони вступають у співпрацю на підставі контрактного документа або договору).

Як правило, на кожного перестраховальника припадає різна частка покриття. Завдяки цьому страховик, котрий передає ризику в перестраховання, збільшує свої можливості щодо взяття ризиків у десятки разів.

Допоміжні функції такі:

1. Перестраховання дає змогу брати на страхування дуже дорогі та унікальні ризики.
2. Сприяє запровадженню та поширенню нових видів страхування.

3. Перестраховання в перспективі створює умови для формування однорідного збалансованого портфеля, який необхідний страховику для надійного контролю своєї середньо- та довгострокової політики. Наприклад, страхова компанія має портфель страхування від пожежі, що характеризується певною стабільністю. У певні проміжки часу збитковість компанії може досить різко коливатись упродовж 3—5 років. Причини цих коливань можуть бути різними: випадковість, економіко-політичні ситуації, якість взятих на страхування ризиків.

Для керівництва така ситуація досить уразлива. Йому треба розподілити ці коливання на певний період, скажімо, на

5 років. Вирішення такої проблеми досягається через перестраховання.

4. Якщо перерозподіл ризику здійснюється між компаніями з різних країн, то перестраховання набирає форми зовнішньої торгівлі, де об'єктом купівлі-продажу є страхові гарантії. Це "невидимий" експорт-імпорт.

Розрізняють активне та пасивне перестраховання.

Активне перестраховання полягає у взятті іноземних ризиків для покриття або продажу страхових гарантії.

Пасивне перестраховання — це передача ризиків іноземним страховикам (купівля страхових гарантії). Головна його мета — передача відносно дрібних ризиків великій кількості перестраховиків у різних країнах. Завдяки цьому досягається стабільність страхового портфеля та встановлюються широкі контакти на ринку перестраховання.

13.3. Методи перестраховання

Маючи на меті забезпечення страхування ризиків, масштаби страхового відшкодування за якими перевищують економічні можливості окремих страховиків, останні змушені передавати частину цих ризиків (а тому і відповідні частки страхових премій) іншим страховикам, тобто здійснювати перестраховання.

Передача ризиків від одного страховика до іншого здійснюється за допомогою різних методів. На практиці найбільшого поширення набули факультативний, облігаторний та факультативно-облігаторний методи передачі ризику (табл. 13.1).

Факультативний метод передачі ризику в перестраховання вважається найпростішим. Факультативне перестраховання здійснюється практично за одним великим ризиком. Цедент має право визначати, який ризик, в якому обсязі та на яких умовах можна перестраховувати, тобто цедент самостійно встановлює власну частку утримання страхового ризику. Цей метод передбачає також свободу цесіонарія, який може прийняти чи відхилити пропозиції цедента, він може також внести

Таблиця 13.1. Передача ризику в перестрахованні

Факультативний	Облігаторний (договірний)	Факультативно-облігаторний
Кожний ризик розглядається окремо і може перестраховуватись повністю або частково	Обов'язкова передача цедентом певної частки <i>усіх</i> ризиків, взятих на страхування, цесіонарію, якщо їх страхова сума перевищує обумовлений обсяг власної участі цедента	Цедент має право визначити, які ризики та в яких обсягах можуть бути передані в перестраховання
Цесіонарій може прийняти, відкинути або змінити умови пропозиції цедента	Цесіонарій зобов'язаний взяти у перестраховання частку усіх ризиків страховика (цедента)	Цесіонарій зобов'язаний взяти цедовані частки ризиків за умовами цедента
Цесіонарій і цедент вільні у своєму виборі умов та розмірів передачі (взяття) ризику в перестраховання	Цесіонарій може ввнести певні обмеження своєї відповідальності за ризиками, що перестраховуються	

свої пропозиції щодо умов перестраховання страхового ризику.

Використовуючи факультативний метод перестраховання, цедент має можливість укладати договори на страхування ризиків, що значно перевищують його економічні можливості відшкодувати збитки (за настання страхової події), домагаючись при цьому збалансування страхового портфеля цедента, котрий може самостійно вибирати та передавати в перестраховання лише найбільші за обсягом чи найнебезпечніші ризики. Це *позитивні* аспекти факультативного методу.

До *негативних* аспектів впровадження факультативного методу перестраховання належать такі:

- значні затрати, які може здійснити цедент при визначенні тарифів зі страхування окремого страхового ризику;
- значні затрати, пов'язані з підготовкою та наданням інформації цесіонарію про власний страховий портфель;

— зобов'язання передати частину ризику перестраховику до початку відповідальності цедента за цей ризик;

— вірогідність того, що перестраховик через різні канали ретроцесії може взяти на себе надмірну відповідальність за один і той же страховий ризик, що призводить до надмірного зростання зобов'язань одного перестраховика.

До факультативного методу перестраховування вдаються у таких випадках:

1) коли певний страховий ризик не можна перестраховувати іншими методами;

2) коли ризик надто великий і виходить за межі лімітів чинних договорів перестраховування;

3) коли страхова компанія (цедент) бажає передати частину ризику, що знаходиться на її власному страховому утриманні.

Взяття факультативного ризику в перестраховування передбачає, що цедент повинен надіслати можливим перестраховикам (цесіонаріям) письмову пропозицію (*сліп*), у якій визначаються: назва та адреса страхувальника; характеристика об'єкта страхування (ризик); страхова сума; умови страхування та перестраховування; ставки премії; розміри власного утримання страхового ризику цедентом.

Якщо перестраховик погоджується взяти факультативний ризик на умовах цедента, то він надсилає цеденту підтвердження (*тейк ноут*), яким засвідчує свою участь у взятті на перестраховування визначеної частки ризику.

Облігаторний (договірний) метод перестраховування зобов'язує цедента передати перестраховику в межах певної частки всі ризики одного характеру, взяті на страхування в тій чи іншій країні, наприклад, ризики пожежі та непрямі ризики. Передача таких часток ризиків перестраховику здійснюється тільки тоді, коли страхова сума перевищує законодавчо визначене власне утримання страховика.

Власне утримання (Retention) — це розмір ризику, який страховик залишає у своїй відповідальності. Ризики (або частки їх), що перевищують цей розмір, передаються в перестраховування.

Перестраховик за умовами цього виду договору зобов'язується взяти всі ці ризики в перестраховування, не маючи мож-

ливості контролювати ні тарифікацію, ні виплати з ліквідації збитків.

Цей вид договору укладається на невизначений строк з правом його розірвання. Договір дуже вигідний для цедента, оскільки всі заздалегідь визначені ризики автоматично покриваються перестраховиком.

Облігаторне перестраховування дешевше від факультативного. Воно передбачає встановлення між цедентом та цесіонарієм стосунків повної взаємної довіри. Передача ризиків відбувається в межах юридичного документа — договору, який має низку положень, практично ідентичних для всіх країн світу.

Якщо договір страхування укладено з умовою перестраховування, про це робиться застереження в перестраховому договорі.

Як правило, договір перестраховування набирає сили 31 січня. Іншу дату може бути встановлено в разі створення страхового товариства або відкриття нової галузі протягом року.

Факультативно-облігаторні договори перестраховування — це договори “відкритого покриття”.

За цією формою цедент вільний у виборі ризику (чи груп ризику), які він хоче передати перестраховику, а також у визначенні їхнього розміру.

Перестраховик зобов'язується прийняти цедовані ризики на попередньо застережених цедентом умовах.

Перестрахові платежі за цим договором визначаються на індивідуальній основі за згодою сторін або пропорційно страховим платежам, отриманим при підписанні первинного договору страхування.

Небезпека для цесіонарія за облігаторним та факультативно-облігаторним договорами полягає у тому, що цедент може зробити селекцію ризиків у страховому портфелі і найнебезпечніші з них передати перестраховику. Тому ці договори мають ґрунтуватися на абсолютній довірі сторін.

У факультативно-облігаторному договорі можуть досить чітко встановлюватись частка утримання ризику цедента, розраховуватись параметри страхового покриття, що потребує участі перестраховика.

Перевага факультативно-облігаторного методу перестраховування *для цедента* полягає в тому, що він (метод) дає мож-

ливість підняти рівень платоспроможності цедента при взятті ним до страхування особливо великих та надзвичайно небезпечних ризиків завдяки зменшенню частки власного утримання та зростанню частки, що передається в перестраховання.

Факультативно-облігаторне перестраховання може проводитись у формі відкритого *коверу* (англ. *cover* — покриття, захист), коли цедент має можливість передавати ризики у перестраховання не тільки без будь-яких обмежень, але і без визначення розмірів власного утримання. Договори відкритого коверу укладаються, як правило, при страхуванні від пожежі та морському страхуванні. В окремих випадках відкриті ковери використовують брокери (*брокерський сліп*), які пропонують ковер найбільшим світовим лідерам. Якщо останні дають згоду на утримання ризику, то інші перестраховики, враховуючи рішення лідера, беруть на своє утримання ризики в тих розмірах, які їм пропонує брокер. Такий спосіб управління ризиком прискорює процес перерозподілу ризику і не вимагає затрат на розрахунки нелідерів, оскільки вони діють за прикладом лідера.

13.4. Види та інструменти перестраховання

Розвиток перестраховання сприяв виникненню великого різноманіття форм і видів договорів між цедентом та цесіонарієм. Договори розрізняються за мірою участі перестраховиків, ставками премії (тарифами), величиною власного утримання, комісійними відрахуваннями тощо.

Залежно від умов розподілу ризиків між перестраховальником (цедентом) та перестраховиком розрізняють пропорційну та непропорційну форми договорів перестраховання.

Пропорційне перестраховання (*Proportional Reinsurance*) — це перестраховання, за якого цедент передає у перестраховання заздалегідь визначені частки взятих на страхування ризиків і премій, а цесіонарій відшкодовує цеденту в тій же частці виплачені ним збитки страхувальнику.

Непропорційне перестраховання (*Non-Proportional Reinsurance*) — перестраховання, за якого відповідальність пере-

страховика настає тоді, коли обумовлений розмір збитку чи збитковості перевищений. У табл. 13.2. наведено порівняльну характеристику пропорційних та непропорційних договорів перестраховання. Розглянемо конкретніше кожен з форм договорів та їх види.

У практиці **пропорційного** перестраховання використовують: квотні, ексцедентні та квотно-ексцедентні договори.

Квотний перестраховальний договір передбачає передачу цесіонарію премії та збитків в однаковій пропорції в межах певного ліміту взяття ризиків. Якщо власне утримання цедента становить, скажімо, 30 %, то перестраховальник отримує 70 % премій, сплачених цеденту, і відшкодовує 70 % його збитків.

Переваги та недоліки квотних договорів пропорційного перестраховання. За цим договором перестраховик зобов'язаний взяти у перестраховання визначені частки ризиків і це, з одного боку, посилює економічні можливості цедента, а з іншого — вимагає від перестраховика великої відповідальності та покладає на нього вимоги покриття визначених часток ризиків, переданих йому цедентом.

Для цедента квотний договір має не лише переваги, а й недоліки. Він ускладнює процес управління ризиками у зв'язку з тим, що вимагає передачі в перестраховання і невеликих ризиків, які цедент мав би змогу забезпечити власним утриманням, і, відповідно, зміг би залишити у себе страхові премії з цих ризиків. А премії за невеликими ризиками, як правило, становлять значну частку інвестиційного портфеля страховика.

Зіставляючи переваги та недоліки квотного договору, можна переконатись, що він має більше переваг, ніж недоліків. Так, цедент за цим договором має можливість залишити на власному утриманні ту частку страхових ризиків, яка відповідає його економічним можливостям. Окрім цього, цедент може утримувати у себе частину страхової премії, яка належить перестраховику, але залишається у цедента для формування резервів збитку та премій. На цю частину страхової премії нараховуються відсотки, що надходять перестраховику, величина яких зазвичай менша, ніж банківських відсотків. Різниця між

Таблиця 13.2. Форми та види договорів перестраховання

Пропорційне перестраховання		Непропорційне перестраховання	
Пропорційне перестраховання		Проводиться там, де немає верхньої межі відповідальності цедента	
Форми договорів перестраховання			
Види договорів перестраховання			
квотний	ексцедентний	квотно-ексцедентний	ексцедента збитків
Цедент зобов'язується передати частку всіх ризиків у перестраховання	Визначається максимальна власна участь цедента у кожному ризику	Перестраховання страхового портфеля проводиться на квотній основі	Перестраховуються збитки за окремим ризиком
Цесіонарій зобов'язується їх взяти, але може встановити ліміт власної відповідальності	Сума, що перевищує цей максимум, повинна передаватись у перестраховання цесіонарью	Кожен ризик перестраховується на закладах ексцедентного договору	Перестраховання усього страхового портфеля від надзвичайно великої збитковості Цесіонарій несе відповідальність у межах визначених лімітів
			Перестраховання відбувається на основі договору ексцедента (<i>stop loss</i>). Цесіонарій несе відповідальність у межах визначених лімітів

Перестраховання і співстраховання

ними є власністю цедента. Цедент має перевагу внаслідок того, що страхові премії у відповідних частках передаються перестраховику після виконання ним фінансових операцій із ведення страхової справи, а відповідно, весь цей час страхова премія, що належить страховику, може використовуватись цедентом, що позитивно впливає на економічні результати страховика (цедента).

Договір *ексцедентного* перестраховання ґрунтується на тому, що перестраховик бере на себе зобов'язання відповідати за полісами, які покривають суми, що перевищують ліміти власної участі страховика в покритті ризику. В договорі передбачається кількість лімітів, які можуть бути передані перестраховику.

Перевищення максимуму власної участі страховика в покритті ризику, який передається в перестраховання, називається *ексцедентом*.

Максимальна участь перестраховальника у покритті ризику визначається *кратністю* власної участі цедента.

Ексцедентні договори сприяють формуванню страхового портфеля цедента переважно з рівновеликих за страховими сумами ризиків.

Перестраховик може брати у перестраховання всю суму ексцедента (або його певну частку), і тоді йому належить відшкодувати збитки пропорційно сумі взятого у перестраховання ексцедента, але водночас перестраховик отримує право на відповідне, пропорційне частці, отримання страхових премій.

На ринку перестраховання можуть укладатись угоди першого, другого і т. д. ексцедентів (див. рис. 13.1) доти, доки не буде перестраховано весь обсяг ризику.

Квотно-ексцедентний договір поєднує засоби двох уже названих.

Портфель за такими договорами перестраховується *квотно*, а *перевищення сум* страхування ризиків *понад встановлену квоту* (ліміт) у свою чергу підлягає перестрахованню *на закладах ексцедентного договору*.

Квотно-ексцедентна форма договору перестраховання застосовується, коли страхова компанія виходить на ринок для роботи з новими для неї видами страхування, а отже, може чітко визначити частку цих видів страхування, а відповідно, й

формувані свою політику управління ризиками з цих видів страхування.

Непропорційна форма перестраховання покликана забезпечити відповідальність страховика за взятими до страхування ризиками у разі великого обсягу сукупного збитку за певний період часу.

За цією формою перестраховання страховик (цедент) сам покриває збитки до певного обсягу, а перевищення цього обсягу покриває перестраховик у межах його ліміту відповідальності за договором. За непропорційних договорів цедент може домогтися певних результатів, а перестраховик — зазнати збитків. Здебільшого ці договори діють у зв'язку з подіями, а не ризиками.

Їхня мета — захист цедента:

- від великих збитків;
- суміщення збитків;
- подій катастрофічного характеру (землетрус, ураган і т. ін.).

За цих умов перестраховик бере на себе суму збитку, яка перевищує власне утримання (або *пріоритет*)¹ цедента в межах визначеної суми (ліміт перестраховального покриття за договором).

Управління ризиком за непропорційного перестраховання передбачає можливість покриття ризику в певних межах безпосередньо цедентом. Якщо збитки перевищують певну обумовлену межу, то перестраховик бере на себе покриття суми, що перевищує встановлену межу власного утримання цедента. Однак і цесіонарій (перестраховик) покриває збитки лише в межах його ліміту відповідальності, який встановлюється в абсолютних чи відносних параметрах.

Переваги непропорційних договорів перестраховання для цедента:

- не потребують затрат розрахунки сум відповідальності у зв'язку з передачею страховиком (цедентом) лише тих ризиків, які перевищують його власний ліміт відповідальності;

¹ У страховій практиці ліміт відповідальності цедента називають по-різному: пріоритетом, франшизою, утриманням збитку, першим збитком.

- не потребують затрат розрахунки перестрахової премії з кожного ризику у зв'язку з тим, що розрахунок премії здійснюється з усього портфеля для окремих видів страхування за рік.

Види договорів непропорційного перестраховання. Найпоширенішими в непропорційному страхуванні є договори ексцедента збитків. Такий договір укладається для розподілу збитків від найбільших ризиків. Перестраховання за цим видом договору передбачає взяття цесіонарієм на себе покриття збитків цедента у разі перевищення суми збитків обумовленого договором розміру, але не більше ліміту відповідальності цесіонарія. Інакше кажучи, відповідальність перестраховика за договором ексцедента збитків починається з певного рівня збитковості цедента і визначається також певними межами.

У зв'язку з тим, що збитки можуть бути спричинені одним страховим випадком або кумуляцією ризиків, у перестрахованні за договором ексцедента збитків виділяють два типи покриття:

- ризиковий ексцедент збитків за окремим (одиничним) ризиком — WXL (*working excess of loss*);
- катастрофічний ексцедент збитку від кумуляції збитків, спричинених настанням однієї події (ДТП, землетрус, повінь, ураган і т. ін.), — CXL (*catastrophical excess of loss*).

Розподіл відповідальності між цедентом і цесіонарієм (перестраховиком) за договором ексцедента збитку розглянемо на умовному прикладі. Нехай страховик уклав договір ексцедента збитку з перестраховиком на суму в 400 тис. ум. од. Сума збитків цедента — 700 тис. ум. од., його власне утримання — 200 тис. ум. од. У цьому обсязі цедент (страховик) покриває збитки самостійно. Збитки обсягом 400 тис. ум. од. покриває перестраховик, але ще 100 тис. ум. од. залишаються непокритими. Їх мусить відшкодувати страховик (цедент), якщо інше не передбачено договором страхування.

Якби збитки становили 600 тис. ум. од., 200 ум. од. відшкодував би цедент і 400 тис. ум. од. — перестраховик.

Якби збитки становили 500 тис. ум. од., 200 ум. од. покривав би цедент, а 300 тис. ум. од. — цесіонарій.

Непропорційна форма перестраховання здійснюється також на основі договорів *ексцедента збитковості* (договір *stop loss*). Головна мета такого договору — покриття не окремих збитків, а збитків *за всім страховим портфелем страхової компанії*. Договір ексцедента збитковості застосовується для перестраховання всього страхового портфеля за певним видом страхування від надзвичайно великої збитковості, котра може бути наслідком великої кількості малих ризиків або невеликої кількості значних ризиків. Рівень збитковості, з якого набуває сили договір перестраховання, встановлюється на такій межі, яка б не дозволяла цеденту використати на свою користь зменшення його частки власного утримання.

Головним для цедента при укладанні договору *stop loss* є уникнення надзвичайно високої суми відшкодування збитків. Цесіонарій при укладанні договору *ексцедента збитковості* передбачає ліміти покриття ризику, в межах яких він несе відповідальність. Договори ексцедента збитків та ексцедента збитковості укладаються на один рік.

Управління страховою діяльністю тісно пов'язане з перестрахованням. Саме масштаби та рівень перестрахової діяльності характеризують ступінь розвитку страхового ринку та його придатність до інтеграційних і глобалізаційних процесів.

Премії за перестраховання визначаються по-різному за пропорційного та непропорційного перестраховання.

Для *пропорційного* перестраховання премія визначається як фіксована частка премії прямого страховика, яка дорівнює частці відшкодування збитків.

Однак у зв'язку з тим, що прямі страховики здійснюють ті затрати, від яких звільняється перестраховик (затрати на огляд (сюрвей), на рекламу, сплата комісійних брокеру і т. ін.), перестраховик виплачує прямому страховику *додаткові комісійні*, які становлять певну частку оригінальної премії. Якщо ризик не реалізувався, перестраховик може виплачувати прямому страховику *преміальні комісійні*. Якщо в перестраховому договорі брав участь брокер, перестраховик мусить оплатити брокерські комісійні.

Для *непропорційного перестраховання* кінцева вартість ризику, взятого до перестраховання, стає відомою для перестра-

ховика тільки після оплати всіх претензій. Подекуди врегулювання цих проблем потребує досить значного часу (навіть декількох років) після настання страхової події. Зазвичай премії за непропорційного перестраховання визначаються у відсотках до премій прямого страховика з урахуванням досвіду минулих років. Загалом премії повинні покривати очікуваний рівень збитків, адміністративних затрат, включаючи брокерські комісійні, та забезпечувати отримання нормального прибутку перестраховику.

13.5. Стан та перспективи розвитку перестраховання в Україні

В Україні перестраховання здійснюють переважно страхові компанії. Пояснюється це тим, що чинне страхове законодавство нашої країни не виокремлює перестраховиків як суб'єктів страхового ринку від звичайних страховиків, хоча, як свідчить світовий досвід, вимоги, що висуваються до компаній, які займаються власне перестраховою діяльністю, значно вищі, адже, *по-перше*, перестраховики здійснюють страхування самих професійних страховиків і вже тому перестраховання як різновид діяльності вимагає якнайвищої кваліфікації, професіоналізму, виваженості та відповідальності; *по-друге*, перестраховики перебирають на себе досить великі, часто катастрофічні, ризики. Тому економічні результати перестраховання є надзвичайно важливою запорукою соціально-економічної стабільності системи.

Можливі три основні моделі розвитку перестрахового ринку (табл. 13.3), кожній із яких властиві певні переваги та недоліки.

Сьогоднішня ситуація на українському ринку перестраховання свідчить про тяжіння до третьої моделі. У зв'язку з цим варто зазначити, що наявність у економіці України декількох професійних спеціалізованих перестраховальних компаній є, безумовно, бажаною. Адже тільки спеціалізований потужний перестраховик здатний брати великі ризики, оцінювати реаль-

Таблиця 13.3. Моделі розвитку ринку перестраховання

Моделі розвитку	Переваги	Недоліки
I модель Ґрунтується на домінуванні професійних спеціалізованих перестраховиків	— Здатність витримувати великі ризики; — висока надійність перестраховального покриття; — можливість розміщення великих ризиків у короткі строки	— Обмежений вибір перестраховика; — домінування типових договорів; — відсутність гнучкості при прийнятті управлінських рішень страховиком; — зменшення можливих прибутків
II модель Основними суб'єктами, що надають перестрахові послуги, є звичайні страхові компанії	— Дотримання балансу в перестрахованні премій; — широкий вільний вибір перестраховика; — гнучкі умови перестраховання; — значні прибутки від перестраховальної діяльності; — диверсифікація ризиків	— Досить важко розмістити великі ризики
III модель (змішана) Передбачає існування на ринку двох груп операторів: спеціалізованих перестраховиків та звичайних страховиків	Включає переваги та недоліки обох моделей, які виявляються слабкіше внаслідок взаємопогашення ефекту	

Складено за: Страховой клуб. — 2005. — № 11 (25). — Ноябрь. — С. 20—22.

ну вартість взятих ризиків, адекватно до ситуації ефективно їх розміщувати тощо.

До 2004 р. регламентація діяльності з перестраховання здійснювалась на основі Закону України “Про страхування” та

постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження Положення про порядок здійснення операцій з перестраховання” від 24 жовтня 1996 р. № 1290. Це положення регламентувало порядок укладання договорів перестраховання вітчизняних страховиків за межами України з перестраховиками-нерезидентами, але не врегульовувало проблем відносин страхових компаній всередині країни. І, незважаючи на те, що Положення мало досить суттєве значення для страхування у галузі ядерної енергетики, космосу тощо, які насправді вимагають об'єднання міжнародних фінансових можливостей, це абсолютно не виправдовує байдужості національного законодавства щодо цедування взятих українськими страховиками ризиків, вартість яких не може бути покрита самотужки. Законодавче забезпечення перестраховання покликане, з одного боку, підняти рівень довіри до інституту страхування, а з іншого — стимулювати вітчизняні капітали обслуговувати національну економіку.

Про розвиток перестраховальних операцій в Україні свідчить динаміка частки премій, що передаються перестраховикам.

На рис. 13.2 зображено динаміку частки перестраховання у валових страхових преміях за 2001—2006 рр. З рисунку видно, що частка перестраховиків-нерезидентів у валових страхових преміях чітко виявляє тенденцію до зростання з 26 % у 2001 р. до 29 % у 2002 р. та до 35 % у 2003 р.

Зважаючи на те, що перераховані за кордон премії — це вилучені кошти з інвестиційного процесу в Україні, уряд та новостворена структура в особі Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України (Держфінпослуг) вжили заходів щодо створення умов як економічного, так і правового характеру для розвитку внутрішнього перестрахового ринку, зростання його місткості.

Прийнята Кабінетом Міністрів України постанова “Порядок та вимоги щодо здійснення перестраховання у страховика (перестраховика) — нерезидента” від 4 лютого 2004 р. № 124 і розпорядження Держфінпослуг “Порядок надання страховиками (цедентами, перестраховиками) інформації про укладені договори перестраховання зі страховиками (перестраховиками)

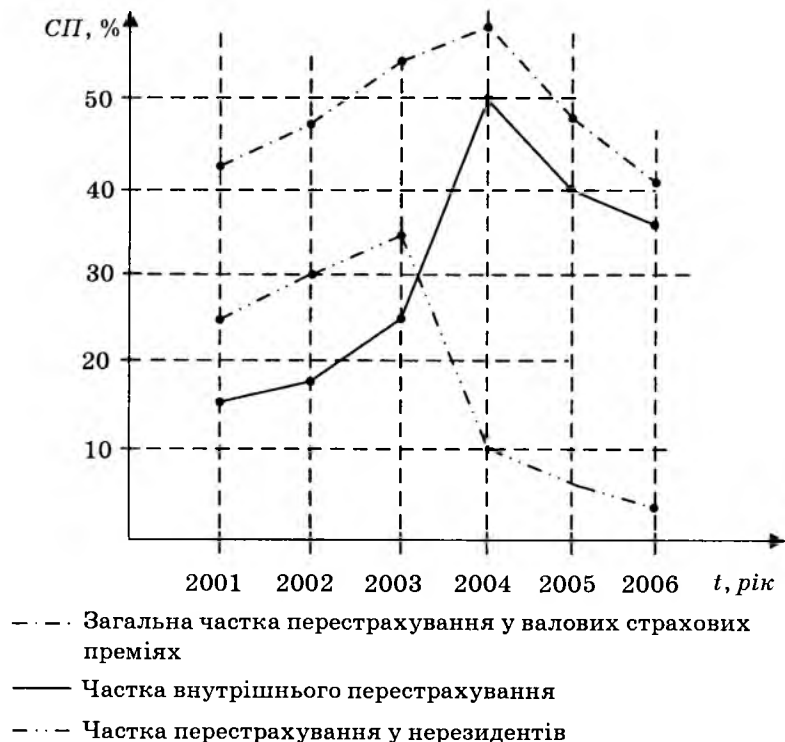


Рис. 13.2. Частка перестраховування у валових страхових преміях в Україні за 2001—2006 рр.¹

— нерезидентами до Держфінпослуг від 4 червня 2004 р. № 914 та “Порядок погодження в Держфінпослуг” України договорів перестраховування перестраховиками-нерезидентами для перерахування (купівлі) валюти страховиками-резидентами та страховими (перестраховими) брокерами резидентами” від 3 червня 2005 р. № 4123, як свідчать дані рис. 13.2, докорінно змінили ситуацію на українському ринку перестраховування. Починаючи з 2004 р. частка нерезидентів у отриманні премій має чітку тенденцію до зменшення — від 35 % у 2003 р. до 10 % у 2004 р., 5 % у 2005 р. та 4 % у 2006 р.

¹ Страховий бізнес України: Довідник / Кер. проекту С. Падій; Пер. з англ. Г. Шевченко. — К.: АРТ-МЕДІА, 2007. — С. 38.

Розглянемо коротко зміст цих документів.

Постанова уряду України “Порядок та вимоги щодо здійснення перестраховування у страховика (перестраховика) — нерезидента” (2004 р.) регламентує умови, дотримання яких є обов’язковим для укладання договорів перестраховування з перестраховиками-нерезидентами:

- наявність передбаченого законодавством країни, в якій зареєстрований страховик (перестраховик) — нерезидент, державного нагляду за страховою і перестраховальною діяльністю;
- підтвердження про здійснення страховиком (перестраховиком) — нерезидентом безперервної страхової (перестраховальної) діяльності протягом як мінімум трьох років до укладання договору перестраховування з українськими страховиками (перестраховиками);
- відсутність фактів порушення страховиками (перестраховиками) — нерезидентами, з якими укладають українські страховики (перестраховики) договори перестраховування, законодавства про страхову та перестраховальну діяльність із питань запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, і боротьби з тероризмом країни його реєстрації.

Дотримання вимог Держфінпослуг України має бути засвідченим (у письмовій чи електронній формі) уповноваженим наглядовим за страховою діяльністю органом країни, де зареєстрований нерезидент, або Міжнародною асоціацією органів нагляду за страховою діяльністю.

Українські страховики (перестраховики) можуть укладати договори перестраховування за участю нерезидентів-брокерів виключно через їх постійні представництва в Україні.

Для того щоб визначити ефективність здійснення перестрахових операцій, необхідно зіставити обсяги та частки страхових премій, що передаються у перестраховування, з обсягами та частками страхових виплат, що здійснюються перестраховиками.

Загальна сума виплат, отримана українськими страховиками, які передавали свої ризики в перестраховування, становила в 2006 р. 396,3 млн грн (15,2 % від усіх валових страхових виплат), зокрема від:

- перестраховиків-нерезидентів — 112,8 млн грн (4,7 % від валових страхових виплат);
- перестраховиків-резидентів — 273,4 млн грн (10,5 % від валових страхових виплат).

Порівняно з 2005 р. пропорція страхових виплат у розрізі внутрішнього і зовнішнього перестраховування суттєво не змінилась. У 2005 р. від перестраховиків надійшло 409,6 млн грн (21,6 % від усіх валових страхових виплат), зокрема від нерезидентів — 65,3 млн грн (3,45 %) та від резидентів — 344,3 млн грн (18,2 %)¹.

Структура перестраховування за межами України у 2006 р. в територіальному розрізі характеризується такими даними (млн грн):

- Російська Федерація — 36 % (201,8);
- США — 24 % (132,8);
- Німеччина — 16 % (87,5);
- Франція — 9 % (52,9);
- Швейцарія — 6 % (35,6);
- Австрія — 5 % (25,7);
- Велика Британія — 2 % (13,3);
- Інші — 2 % (11,3).

У 2006 р. українські перестраховики отримали від перестраховальників-нерезидентів 21,5 млн грн.

Найбільша частка перестраховування у страховиків-нерезидентів припадає на такі види та підвиди галузей страхування:

- обов'язкове авіаційне страхування цивільної авіації — 57,15 %;
- обов'язкове страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за ядерну шкоду, що може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту, — 54,20 %;
- страхування відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника) — 51,48 %;
- страхування відповідальності власників повітряного транспорту (включаючи відповідальність перевізника) — 47,72 %;

¹ Страховий бізнес України: Довідник / Кер. проекту С. Падій; Пер. з англ. Г. Шевченко. — К.: АРТ-МЕДІА, 2007. — С. 40.

- страхування водного транспорту (морського внутрішнього та ін.) — 40,80 %¹.

Виходячи з того, що основний зміст інституту перестраховування полягає насамперед у забезпеченні найоптимальнішого використання капіталу, законодавче забезпечення перестраховування покликане, з одного боку, підняти рівень довіри до інституту страхування, а з іншого — стимулювати наші капітали обслуговувати національну економіку. Зазначені вище документи, як свідчить статистика, діють у належному напрямку. Хоча, звісно, марно думати, що чинне законодавство і нормативна база в галузі перестраховування близькі до досконалості як з погляду потреб перестраховиків, так і з позицій інтересів національної економіки в цілому. Україна знаходиться ще тільки на початку формування перестрахового ринку, який за своєю природою не може бути обмежений національним кордоном.

Дуже коротко зупинимось і на проблемах *перестраховування життя*.

На початку першого десятиріччя XXI ст. страхові компанії України почали звинувачувати у відмиванні “брудних” грошей. Стверджується, що 2/3 страхового ринку нашої країни займається відмиванням “брудних” грошей і тільки 1/3 загального обсягу страхових премій у 2003 р. отримані від класичної страхової діяльності. Інші — за рахунок ухилення від сплати податків та вивезення капіталу за кордон².

Водночас варто зазначити, що *перестраховування* — це не тільки переказ валюти перестраховальникові, а й перекладання фінансової відповідальності, яка в десятки разів перевищує перестраховальні премії.

Крім того, необхідно розмежувати операції з перестраховування життя та операції з перестраховування ризикових видів страхування. При перестраховуванні життя нагромаджувана частина перестраховальної премії залишається у власності страхувальників — резидентів України і повертається з настанням страхового випадку чи при призупиненні дії договору.

¹ Страховий бізнес України: Довідник / Кер. проекту С. Падій; Пер. з англ. Г. Шевченко. — К.: АРТ-МЕДІА, 2007. — С. 40.

² Фондовий ринок України. — 2004. — № 4 (6). — С. 29.

При *перестрахованні життя* гроші не змінюють власника, іноземний перестраховик залишається боржником нашого страховика. Тому вивезення перестраховальних премій зі страхування життя за кордон — це форма вивозу капіталу, а як відомо, вивіз капіталу — найбільш зріла і вигідна форма міжнародних економічних відносин, властива переважно високорозвинутим країнам і не доступна для слаборозвинутих країн. Вивіз капіталу дає змогу одержувати і вивозити прибуток з країн, до яких вивозяться грошові капітали, використовувати досвід управління фінансами в Європі, який набагато більший за наш, і заощаджувати за рахунок збереження своїх природних ресурсів, торгівлю якими можна обмежити.

Іноземні інвестиційні фонди беруть за послуги 0,5 % вкладеної суми на рік і дають прибуток впродовж багатьох років у розмірі 10—15 % річних. Таким чином, вкладаючи гроші у західні фонди, ми отримуємо прибуток, який ще не скоро матимемо у вітчизняній промисловості. Окрім того, слід врахувати, що кошти, які перетинають кордон України при здійсненні перестрахових операцій зі страхування життя, є власністю не держави, а громадян, які підписали договори страхування за умови, що їхні гроші будуть перестраховані саме за кордоном. У протилежному випадку вони б відмовились від страхування життя зовсім.

Щоб організувати страхову компанію зі страхування життя в Україні, іноземні підприємці повинні інвестувати в статутний фонд 1 500 000 євро.

Якщо компанія працює з перестрахованням у перестраховальника-нерезидента, то для того, щоб перевести у вигляді перестраховальних платежів суму, еквівалентну інвестованій у статутний фонд, необхідно застрахувати в Україні від 2 тис. до 5 тис. осіб, узявши на себе відповідальність, що дорівнює 60 млн євро. Тільки дуже впевнені в успіху страхування життя в Україні люди можуть зважитись на таку справу. І поки такі люди знаходяться, треба цією ситуацією користуватись, адже ця справа дає, крім вищезазначених здобутків, можливість використання найновітніших технологій страхового бізнесу.

Висновки

1. Співстраховання та перестраховання виконують водночас функції захисту страхових інтересів страхувальників і страховиків.

2. Співстраховання — це страхування, за якого двоє чи більша кількість страховиків беруть участь у страхуванні одного й того ж ризику на пайових засадах чи на основі солідарної відповідальності.

3. Товариствам взаємного страхування притаманні важливі переваги: простий механізм утворення; не потрібне нагромадження первісного капіталу; учасниками їх є зацікавлені саме у страховому захисті суб'єкти.

4. Перестраховання — це страхування одним страховиком (цедентом, перестраховиком) на визначених договором умовах частини своїх обов'язків перед страхувальником у іншого страховика (цесіонарія, перестраховика) — резидента чи нерезидента, який має статус страховика або перестраховика згідно з законодавством країни.

5. Процес передачі ризику перестраховику (іншому страховику) називається цедуванням ризику або страховою цесією.

6. Перестраховання виконує низку важливих функцій: вторинний перерозподіл ризику; взяття до страхування дуже дорогих та унікальних ризиків; сприяння запровадженню та поширенню нових видів страхування; сприяння формуванню однорідного збалансованого портфеля; є формою “невидимого” експорту.

7. Передача ризиків у перестраховання здійснюється факультативними, облігаторними та факультативно-облігаторними методами. Факультативний метод застосовують, як правило, за одним великим ризиком; облігаторний — коли ризик настільки великий, що виходить за межі лімітів чинних договорів перестраховання; факультативно-облігаторний — метод, за якого цедент вільно обирає ризик (чи групу ризиків), що передаються в перестраховання, та їх розмір.

8. Залежно від умов розподілу ризиків між цедентом і цесіонарієм розрізняють пропорційне та непропорційне перестраховання. Пропорційне передбачає передачу цедентом заздалегідь визначених часток взятих на страхування ризиків і премій, пропорційно яким цесіонарій здійснює відшкодування. Непропорційне перестраховання — така форма, за якої відповідальність перестраховика настає тоді, коли обумовлений розмір збитку чи збитковості перевищений.

9. Пропорційному перестрахованню притаманні такі види договорів: квотний, ексцедентний та квотно-ексцедентний.

10. Найпоширенішими видами договорів непропорційного перестраховання є договір ексцедента збитків, за яким цесіонарій несе відповідальність у межах визначених лімітів за окремий ризик, та договір ексцедента збитковості, за яким цесіонарій несе відповідальність у межах визначених лімітів за страховий портфель.

11. Є три основні моделі ринку перестраховання: 1) домінування професійних спеціалізованих перестраховиків; 2) основні суб'єкти — страховики, що надають перестрахові послуги; 3) змішана модель.

12. Перестраховий ринок України знаходиться тільки на початку свого становлення. Позитивними тенденціями його розвитку є розширення місткості національного ринку; позитивна динаміка між валовими і чистими преміями; поява на національному ринку професійних перестраховиків.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Власне утримання; договори пропорційного перестраховання: квотний, ексцедентний, квотно-ексцедентний; договори непропорційного перестраховання: ексцедента збитків та ексцедента збитковості; ковер; сліп; методи передачі ризику в перестраховання: факультативний, облігаторний, факультативно-облігаторний; моделі розвитку ринку перестраховання; не-

пропорційне перестраховання; перестраховик; перестраховання; пропорційне перестраховання; ретроцедент; ретроцесіонарій; співстраховання; страхувальна цесія; товариство взаємного страхування; цедування ризику; цедент; цесіонарій.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Дайте визначення та зробіть порівняльний аналіз співстраховання та перестраховання. Як ви думаєте, чому співстраховання виникло раніше, а в сучасних умовах дівішим і поширенішим є перестраховання?

2. Процес первинної передачі страхового ризику в перестраховання називають:

- 1) ретроцесією;
- 2) цедентом;
- 3) цедуванням;
- 4) всі відповіді правильні.

3. Головною функцією перестраховання є:

- 1) можливість взяття до страхування великих ризиків;
- 2) створення умов формування однорідного збалансованого портфеля;

3) запровадження та поширення нових видів страхування;

4) вторинний перерозподіл ризику.

4. Факультативний метод передачі ризику в перестраховання характеризується тим, що:

1) цесіонарій зобов'язаний взяти цедовані частки ризиків за умовами цедента;

2) цедент вільний у виборі умов та розмірів передачі ризику в перестраховання, а цесіонарій не має такої свободи вибору;

3) і цесіонарій, і цедент вільні у виборі умов та розмірів передачі (взяття) ризику в перестраховання;

4) немає правильної відповіді.

5. Облігаторний метод передачі ризику в перестраховання характеризується тим, що:

1) і цесіонарій, і цедент вільні у виборі умов та розмірів передачі (взяття) ризику в перестраховання;

2) цедент має право визначити види і розмір ризиків, що передаються в перестраховання;

3) цедент зобов'язаний передати, а цесіонарій зобов'язаний взяти певну частку всіх ризиків, взятих цедентом на страхування, якщо їх страхова сума перевищує обсяг власного утримання (участі) цедента;

4) немає правильної відповіді.

6. Квотний перестраховальний договір передбачає:

1) визначення максимальної власної участі цедента у кожному ризику;

2) передачу цесіонарію премій та збитків в однакових пропорціях у межах лімітів взяття ризиків;

3) передачу в перестраховання найбільш небезпечних ризиків;

4) всі відповіді правильні.

7. Ексцедентний договір перестраховання передбачає:

1) передачу в перестраховання найбільш небезпечних ризиків;

2) визначення максимальної власної участі цедента у кожному ризику та передачі в перестраховання сум, що перевищують цей максимум;

3) передачу цесіонарію премій та збитків у межах лімітів взяття ризиків;

4) всі відповіді правильні.

8. Договори непропорційного страхування покликані захистити:

1) страхувальника від великих збитків;

2) страховика-цедента від великих збитків, зумовлених катастрофічними подіями та кумуляцією збитків;

3) перестраховика-цесіонарія від неспроможності виконати свої зобов'язання перед цедентом;

4) немає правильної відповіді?

9. Договір перестраховання ексцедента збитків характеризується тим, що:

1) перестрахованню підлягають збитки з окремим ризиком, і цесіонарій несе відповідальність у межах визначених лімітів;

2) перестрахованню підлягає весь страховий портфель;

3) цесіонарій несе відповідальність у межах визначених лімітів;

4) всі відповіді правильні.

10. Договір перестраховання ексцедента збитковості характеризується тим, що:

1) цесіонарій несе відповідальність у межах визначених лімітів;

2) цедент несе відповідальність у межах власної участі;

3) перестрахованню підлягає весь страховий портфель від надзвичайно великих збитків, і цесіонарій несе відповідальність у межах визначених лімітів;

4) всі відповіді правильні.

11. Коротко проаналізуйте стан та перспективи розвитку перестрахового ринку в Україні. Наведіть власні пропозиції щодо удосконалення його функціонування і розвитку.

Література

1. *Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін.* Страхова справа. Інтегрований навчальний комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: У 2 кн. — Кн. 2: Страхування. Страхові послуги — К.: НВП “АВТ”; Х.: Видав. центр НТУ “ХПІ”, 2003. — С. 215—243.

2. *Базилевич В.Д.* Страховий ринок України. — К.: Т-во “Знання”, КОО, 1998. — С. 290—313.

3. *Горбач Л.М.* Страхова справа: Навч. посіб. — 2-ге вид., випр. — К.: Кондор, 2003. — С. 188—204.

4. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7.

5. *Кащенко О.Л., Борисова В.А.* Соціально-економічні основи страхування. Навч. посіб. — Суми: Університ. кн., 1999. — С. 94—100.

6. *Мачуський В.В.* Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 228—233.

7. Порядок надання страховиками (цедентами, перестраховиками) інформації про укладені договори перестраховання

зі страховиками (перестраховиками) — нерезидентами до Держфінпослуг: Затв. Держфінпослуг 4 червня 2004 р. № 9/14 // www.dfp.gov.ua (Нормативно-правова база).

8. Порядок погодження в Держфінпослуг договорів перестраховання перестраховиками-нерезидентами для перерахування (купівлі) валюти страховиками-резидентами та (перестраховиками) брокерами-резидентами: Затв. Держфінпослуг 3 червня 2005 р. № 4123 // www.dfp.gov.ua (Нормативно-правова база).

9. Порядок та вимоги щодо здійснення перестраховання у страховика (перестраховика) — нерезидента: Затв. пост. Кабінету Міністрів України від 4 лютого 2004 р. № 124 // Урядовий кур'єр. — 2004. — № 25. — 10 лютого.

10. Страхування: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 428—457.

11. Шумелда Я. Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006. — С. 235—249.

12. Юлдашев Р.Т. Страховой бизнес: Слов.-справ. — М.: АНКІЛ, 2005. — С. 398—406.

Частина VI

ФІНАНСИ СТРАХОВОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ

Розділ 14. Фінанси страховика.

Розділ 15. Фінансова безпека страховика.

Розділ 14

ФІНАНСИ СТРАХОВИКА

14.1. Ризики страхової організації та джерела їх покриття.

14.2. Страхові тарифи.

14.3. Баланс страхової організації, фінансові ресурси страховика.

14.4. Формування фінансового результату страхової організації. Показники фінансової діяльності.

14.5. Страхові резерви.

14.1. Ризики страхової організації та джерела їх покриття

Зростання ступеня впливу фінансових ризиків на результати фінансової діяльності компанії пов'язане зі швидкою зміною економічної ситуації і кон'юнктури фінансового ринку, розширенням сфери фінансових відносин підприємства, появою нових фінансових технологій, фінансових інструментів та іншими факторами.

Фінансові ризики мають об'єктивну природу через невизначеність зовнішнього середовища щодо компанії. Зовнішнє середовище містить у собі об'єктивні економічні, соціальні та політичні умови, за яких компанія здійснює свою діяльність і до динаміки змін яких змушена пристосовуватись.

Слід зазначити, що у загальному випадку страхова компанія має справу з двома видами ризиків — ризиками, що надходять від страхувальників, та ризиками, зумовленими діяльністю самого страховика.

Ризик страховика — це невизначеність, ймовірність недостатності коштів страхової організації для виконання покладених на неї обов'язків, у першу чергу страхових.

Ризик страхувальника — це невизначеність, ймовірність появи збитку (втрат, пошкодження та знищення), вираженого у грошовому вимірі.

Отримуючи страхові внески, страховик бере від страхувальника на себе відповідальність за ризиками і для виконання страхових зобов'язань, тобто для покриття ризиків страхувальників, формує страхові резерви.

Технічні резерви — це показник, який виражає грошову оцінку обов'язків страховика за страховими зобов'язаннями, і одночасно — сума коштів, що є гарантією виконання зобов'язань перед страхувальниками з огляду на наявні у портфелі страховика договори страхування.

Технічні резерви дають змогу страховику бачити загальний обсяг відповідальності за чинними договорами їх страхування. Обсяг технічних резервів має бути достатній для покриття відшкодування всіх збитків за діючими договорами страхування, навіть у випадках припинення надходження премій за договорами.

Варто зазначити, що розмір страхового резерву буде тим ближчий до розміру майбутніх страхових виплат, чим:

- точніше будуть дотримані прийняті передумови;
- більш адекватними будуть методи розрахунку страхових тарифів та страхових резервів;
- краще будуть оцінені ризики.

Водночас, є можливість того, що сформованих резервів виявиться недостатньо для виконання страховиком взятих на себе зобов'язань за страховими виплатами.

У цьому випадку додатковим фінансовим джерелом виконання страхових зобов'язань стають власні вільні кошти (ВВК) страховика.

Для ризиків, які складно оцінити та виміряти, також формуються страхові резерви. Проте є висока ймовірність недостатності коштів страховика для виконання страхових зобов'язань, тому у цьому випадку він змушений використовувати ВВК. За умови використання не цілком адекватних методів розрахунку страхових резервів та страхових тарифів, коштів

страхових резервів також може виявитись недостатньо. Тобто для виконання страхових зобов'язань страховик використовує два основних фінансових джерела — страхові резерви та власні вільні кошти.

У більшості випадків ризики страхувальників стають причиною виникнення технічних ризиків страховика, пов'язаних з поточним виконанням страхових операцій.

На рис. 14.1 наведено співвідношення між ризиками страхувальників, технічними ризиками страховика та фінансовими джерелами їх покриття.

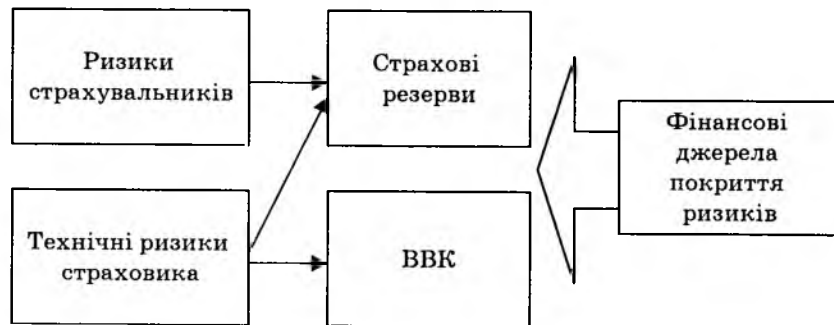


Рис. 14.1. Співвідношення між ризиками страхувальників, технічними ризиками страховика та фінансовими джерелами їх покриття

Варто зазначити, що діяльності страхової компанії притаманні три групи ризиків: технічні, інвестиційні та нетехнічні. Подібна класифікація була розроблена Європейським комітетом зі страхування¹.

До *технічних ризиків* належать ризики недостатності коштів страхової компанії для виконання зобов'язань зі страхових виплат, зумовлені виконанням нею страхових операцій.

Інвестиційні ризики — це ризики недостатності коштів страхової компанії для виконання зобов'язань зі страхових виплат, що пов'язані з інвестиційною діяльністю компанії.

¹ Solvency of Insurance Undertaking: Report. — 1997. — April.

У свою чергу, під *нетехнічними* розуміють ризики, з якими може зіткнутися страхова компанія як компанія, що займається будь-яким видом діяльності.

У табл. 14.1 подано ризики, на які наражається страхова компанія в процесі своєї діяльності на ринку. Кожна група ризиків містить певний набір небезпек, які загрожують фінансовому стану і можуть призвести до зміни грошового потоку страхової компанії, тому всі вони є фінансовими. Розглянемо детальніше представлені групи ризиків.

Таблиця 14.1. Групи ризиків страховика

Технічні ризики	Інвестиційні ризики	Нетехнічні ризики
<p><i>Поточні ризики:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — ризик недостатності тарифів; — ризик відхилення; — ризик недостатності страхових резервів; — ризик перестраховування; — ризик операційних витрат; — ризик великих збитків; — ризик катастроф чи кумулятивний ризик. <p><i>Спеціальні ризики:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — ризик зростання; — ліквідаційний ризик 	<ul style="list-style-type: none"> — Ризик знецінення активів; — ризик неліквідності активів; — ризик невідповідності активів зобов'язанням; — ризик відсоткових ставок; — ризик оцінки інвестицій; — ризик вкладень в інші компанії; — ризик, пов'язаний з використанням похідних фінансових інструментів 	<ul style="list-style-type: none"> — Ризик управління; — ризик, пов'язаний з виконанням зобов'язань перед третіми особами; — ризик недоотримання коштів від третіх осіб; — загальний ризик бізнесу

Поточні технічні ризики.

Ризик недостатності тарифів (risk of insufficient tariffs) пов'язаний з тим, що свідомо чи несвідомо (наприклад, у результаті недостатності даних та браку кваліфікованих спеціалістів, що характерно для фінансового ринку України) тариф був розрахований неправильно і розмір страхових премій виявився заниженим. Цей ризик має велике значення і є найважливішим серед технічних ризиків. Його складно чітко виділити. Наприклад, якщо помилка при розрахунку страхових

премій була зроблена спеціально, то цей ризик потрапляє в категорію ризиків управління. Якщо розрахунок неправильний унаслідок неточності чи помилки, причому до уваги бралась вся наявна інформація, то цей ризик потрапляє в категорію ризику відхилення.

Ризик відхилення (*deviation risk*) є одним з найбільш важливих серед технічних ризиків. Це ризик недостатності коштів компанії для виконання зобов'язань, пов'язаних з відхиленням фактичного розміру страхових виплат, відсоткового доходу та адміністративних витрат від розрахункових величин внаслідок зміни факторів, які впливають на ризик (наприклад, зміни в законодавстві, рівні цін та заробітній платі, зниження відсоткових ставок), а також ризики, які виникають внаслідок пропозиції нових страхових продуктів. З цими ризиками зіштовхуються як нові, так і вже існуючі компанії на нових і вже освоєних страхових ринках.

Ризик недостатності страхових резервів (*evaluation risk in connection with technical provisions*) — це ризик недостатності сформованого розміру технічних резервів для виконання зобов'язань за договорами страхування. Оскільки страхові резерви є неадекватними щодо взятих зобов'язань, виникає ризик неплатоспроможності. Він є наслідком того, що розрахований страховий тариф є заниженим у результаті браку досвіду в актуарних розрахунках, а також відсутності кваліфікованих спеціалістів, що властиво теперішньому періоду розвитку української економіки.

Ризик перестраховування (*reinsurance risk*) — це ризик неплатежу зі сторони перестраховика і низької якості перестраховального захисту.

Ризик операційних витрат (*operating expenses risk*) полягає в тому, що сума витрат, закладена в ставку страхового тарифу (точніше в частину страхового тарифу, яка називається навантаженням) при його розрахунку, в подальшому виявиться недостатньою для покриття всіх дійсних витрат.

Ризик великих збитків (*major losses risk*) відображає потенційний ризик, на який наражається страхова компанія у зв'язку з розміром та кількістю великих збитків, що відбулися, коли реальний збиток виявився суттєво більшим, ніж передбачали при розрахунку тарифу.

Ризик катастроф чи кумуляції збитків (*accumulation or catastrophe risk*) — це ризик масових збитків, викликаних одним страховим випадком.

Спеціальні технічні ризики.

Ризик зростання (*growth risk*). Якщо зростання страхової компанії не регулюється та відбувається швидкими темпами (згідно з регламентом “National Association of Insurance Commissioners” (США), значення темпів приросту страхових премій більш ніж на 33 % у щорічному розрахунку повинно викликати підвищену увагу з боку наглядових органів), фінансовий стан компанії може зазнавати небезпеки, особливо, якщо неправильно оцінюються ризики, які беруться на страхування, недостатньо точно розраховуються страхові тарифи, страхові резерви і в компанії немає достатніх фінансових ресурсів для покриття ризиків

Ліквідаційний ризик (*liquidation risk*) — це ризик того, що коштів компанії буде замало для виконання зобов'язань перед страхувальниками у випадку припинення діяльності компанії.

Отже, оскільки для виконання страхових зобов'язань використовуються страхові резерви та власні вільні кошти страховика, технічний ризик страховика може бути пов'язаний з недостатністю страхових резервів чи власних вільних коштів, чи перших та других джерел одночасно. Реалізація технічних ризиків страховика в основному зумовлена тими ризиками страхувальників, які складно оцінити і які не є масовими та однорідними.

Інвестиційні ризики. Інвестиційні напрями страхової компанії регламентуються Законом України “Про страхування”, яким визначається максимальна межа вкладення в певний актив, таким чином держава обмежує інвестиційний ризик. Страхові компанії можуть розміщувати вільні фінансові ресурси у визначених державою активах, а саме: грошові кошти на розрахунковому рахунку; банківські вклади (депозити); валютні вкладення згідно з валютою страхування; нерухоме майно; акції, облігації; цінні папери, що емітуються державою; права вимоги до перестраховиків; інвестиції в економіку Украї-

ни за напрямками, визначеними Кабінетом Міністрів України; банківські метали; кредити страхувальникам-громадянам, що уклали договори страхування життя, в межах викупної суми на момент видачі кредиту та під заставу викупної суми; готівка в касі в обсягах лімітів залишків каси, встановлених Національним банком України.

Ризик знецінення активів (depreciation risk) — це ризик знецінення інвестицій внаслідок змін на ринку капіталу, обмінних курсів валют, коли зобов'язання страхової компанії оцінюються в іноземній валюті, а також внаслідок неплатоспроможності боржників.

Ризик ліквідності (liquidity risk) — це ризик того, що страховику не вдасться вивільнити розміщені кошти в потрібний момент. Результатом може бути неспроможність страхової компанії виконати свої зобов'язання. Неліквідність може бути викликана, наприклад, тимчасовою неможливістю продати власність, чи перешкодами у здійсненні платежів між страховиком і його боржниками внаслідок певних правил здійснення грошових переказів.

Ризик невідповідності активів зобов'язанням (matching risk). Активи страхової компанії з урахуванням показників ефективності вкладення, строків та віддачі за ними мають гарантувати достатнє покриття страхових зобов'язань. На ефективність вкладення і прибуток за інвестиціями постійно впливають зовнішні фактори — зміни на ринку капіталу, обмінні курси валют і т. ін., що може загрожувати наявності необхідного покриття страхових зобов'язань. Звідси активи, що беруться на покриття страхових резервів, мають за строками погашення відповідати строкам виконання зобов'язань.

Ризик відсоткових ставок, пов'язаний з інвестуванням (interest rate risk), є ризиком зниження вартості основного капіталу, якщо вартість цінних паперів з фіксованою нормою дохідності в інвестиційному портфелі страхової компанії знизиться внаслідок підвищення відсоткової ставки на ринку. Цей ризик містить ризик зниження відсоткових ставок на ринку, коли інвестиційний портфель включає цінні папери, що забезпечують дохід за ринковою нормою дохідності.

Ризик оцінки інвестицій (evaluation risk) — це ризик завищеної оцінки інвестицій, що може призвести до недостатності коштів для виконання зобов'язань за страховими виплатами.

Ризик участі (participation risk) — це ризик недостатності коштів страхової організації для виконання зобов'язань за страховими виплатами, зумовлений фінансовими труднощами компанії, акціями якої володіє страховик.

Ризик, пов'язаний з використанням похідних фінансових інструментів (risk related to the use of derivative financial instruments). Використання похідних фінансових інструментів також підпадає під певні ринкові та кредитні ризики, а також ризики ліквідності. В основному ризик становлять позабалансові операції, для яких ще не встановлені чіткі правила оцінки, і тому є ймовірність ризику неправильної оцінки вкладень. Особливим ризиком, пов'язаним з використанням похідних фінансових інструментів, є ризик того, що ці операції здійснюються співробітниками страхової компанії, які не мають достатнього досвіду роботи з фінансовими інструментами, що таким чином збільшує вже наявний потенційний ризик від проведення подібних операцій.

Отже, слід зазначити, що використання інвестиційного доходу для виконання страхових зобов'язань ґрунтується на принципі підпорядкування інвестиційної діяльності компанії страховим операціям. Тому при використанні інвестиційного доходу для виконання страхових зобов'язань можна говорити про інвестиційний ризик страховика як про ризик недостатності отриманого інвестиційного доходу для виконання страхових операцій. Наприклад, страхова компанія не отримала інвестиційний дохід, частину якого вона могла б використати для виконання страхових зобов'язань.

Нетехнічні ризики.

Ризик управління (management risk) підсумовує всі ризики, на які наражається страхова компанія, у зв'язку з некомпетентністю керівної ланки. Управлінський ризик може бути причиною виникнення технічних та інвестиційних ризиків.

Ризик, пов'язаний з виконанням обов'язків перед третіми особами (risk in connection with guaranties in favor of third parties) виникає, коли третя особа на користь якої надається гарантія, не в змозі виконати свої фінансові зобов'язання.

Ризик збитків у зв'язку з недоотриманням коштів від третіх осіб (перестраховиків, співстрахових компаній,

страхових посередників) (*risk of loss of receivable due from third parties (reinsurance undertakings, co-insurance undertakings and insurance inter-mediaries)*) — це ризик того, що треті сторони не виконають своїх зобов'язань щодо страхової компанії за договорами перестраховування, співстрахування та посередництва. На ризик, який виникає у зв'язку з договорами посередництва, наражаються в основному страхові компанії, які розширюють сферу своєї діяльності, використовуючи зовнішні канали розповсюдження страхових полісів, а страхові посередники не в змозі погасити заборгованість перед страховою компанією. Ризик, який виникає у зв'язку з договорами співстрахування, виявляється, коли співстраховик передає частину страхового відшкодування, яка припадає на його частку, головному страховику, для наступної її виплати вигодонабувачеві чи страхувальнику, а головний страховик стає банкрутом до того, як він зміг здійснити цю виплату.

Загальний ризик бізнесу (*general business risk*) пов'язаний із внесенням змін до законодавства щодо діяльності страхової компанії (наприклад, зміни в податковому законодавстві та інших сферах), а також зі змінами в економічній та соціальній сферах (що стосуються страхувальників), виді діяльності.

Варто зазначити, що реалізація деяких нетехнічних ризиків може призвести до появи як технічних, так і інвестиційних ризиків. Наприклад, наслідком реалізації нетехнічного ризику “погіршення політичної ситуації” може стати неможливість здійснення інвестиційної діяльності (прояв інвестиційних ризиків) та страхових операцій (прояв технічних ризиків).

Джерелами покриття нетехнічних ризиків у страховій компанії можуть бути власні вільні кошти, резерви організації, передбачені її організаційно-правовою формою, запозичені кошти та цільові надходження.

У цілому співвідношення між ризиками страхувальників, усіма ризиками страховика та фінансовими джерелами їх покриття можна представити у вигляді схеми (рис. 14.2).

Наведені дані свідчать про те, що суттєву роль у виконанні страхових зобов'язань — покритті ризиків страхувальників та відповідно технічних ризиків страховика — відіграють два фінансових джерела: власні вільні кошти та страхові резерви.

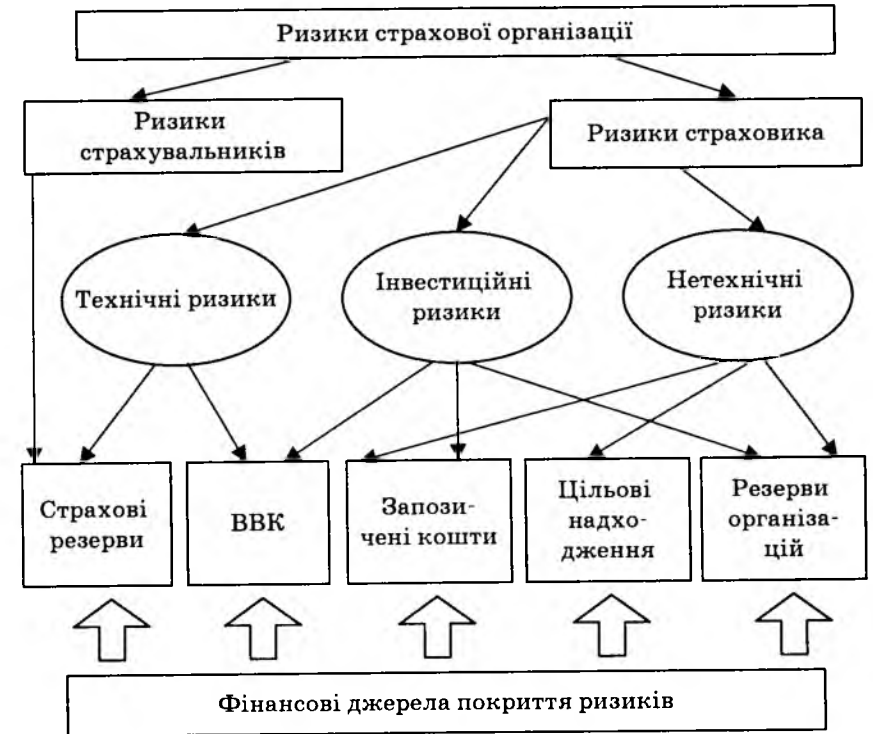


Рис. 14.2. Співвідношення між ризиками страхувальників, ризиками страховика та фінансовими джерелами їх покриття

Варто зазначити, що власні вільні кошти страхової організації використовуються для покриття технічних, інвестиційних та нетехнічних ризиків страховика, тому першочерговим завданням для страхової компанії є визначення їх мінімального рівня, необхідного для цього.

У свою чергу, страхові резерви страховика формуються за рахунок страхових премій для виконання страхових зобов'язань. Правила їх формування та використання спрямовані на забезпечення їх адекватності страховим зобов'язанням.

14.2. Страхові тарифи

Страховання як інститут фінансового захисту передбачає передачу страховику відповідальності страхувальника із зазначенням ризику. Ознакою передачі такої відповідальності є сплата страхового внеску, структурний елемент якого — нетто-премія — призначений для виконання майбутніх страхових виплат.

В основі ціни страхового продукту лежить страховий тариф (брутто-тариф).

Страховий тариф є грошовою платою з одиниці страхової суми або з вартості об'єкта страхування (тобто з повної страхової суми) за визначений період страхування. Відповідно, чим нижчий страховий тариф, тим дешевший страховий продукт.

Страхова сума — це одна з основних умов довільної угоди страхування, що є грошовим вираженням зобов'язань страховика перед страхувальником.

Страхова сума є базою для обчислення страхової премії. Це “кількісний” чинник, від якого залежить відповідальність страховика, тобто обсяг його ризику і, відповідно, розмір страхової премії. “Якісним” чинником є страховий тариф: його розмір залежить від переліку подій, на випадок яких відбувається страхування; ступеня ризику згідно з фізичними властивостями об'єкта страхування; строку дії договору тощо. Тобто страховий тариф відображає індивідуальні характеристики кожного конкретного договору страхування.

У практиці українських страховиків найбільш поширеним є встановлення ставки премії у відсотках. Для західних компаній більш звичним є встановлення ставки премії у грошовому вираженні.

Отже, розмір страхового внеску залежить від величини страхової суми, рівня ризику та періоду, за який здійснюється страховий внесок. Структура брутто-премії відображає економічний механізм страхування.

Страховий тариф має два основних компоненти — *нетто-премію* та *навантаження* до нетто-тарифу. У свою чергу, нетто-премія призначена для фінансування виплат за договором

страхування, а навантаження використовується для фінансування витрат з ведення страхової справи та формування прибутку страховика.

Страхові тарифи (або максимальний їх розмір) з обов'язкових видів страхування встановлюються відповідними законодавчими актами. Страхові тарифи з добровільних видів розробляються страховиками самостійно і потім затверджуються державним наглядовим органом у сфері страхування під час розгляду питання про видачу ліцензії на проведення відповідного виду страхування.

Структура брутто-премії представлена на рис. 14.3.

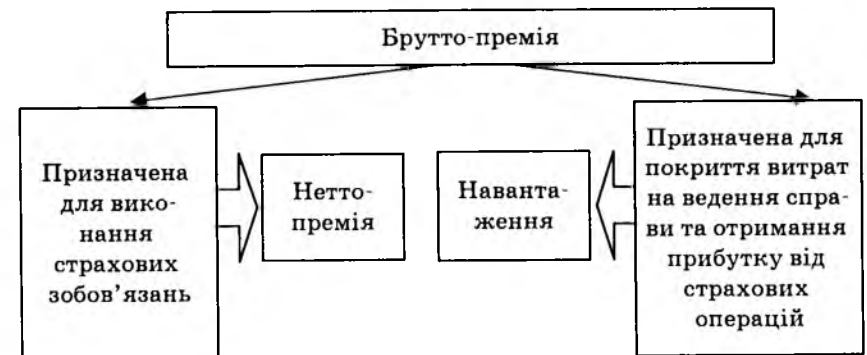


Рис. 14.3. Структура брутто-премії

Співвідношення нетто-премії та навантаження залежно від виду та обсягу страхування, а також від рівня витрат на ведення справи може бути різним.

Слід зазначити, що за різними видами страхування частка нетто-премії коливається в межах 70—90%. Висока частка навантаження зумовлюється в основному збільшенням її структурного елемента — комісійної винагороди, яку сплачують посереднику (брокеру, агенту). Це, у свою чергу, свідчить про посилення ролі роботи посередника у страхуванні і відповідає світовій практиці.

Загалом нетто-премія може містити такі структурні елементи: ризиковий внесок, ризикову (гарантійну) надбавку та накопичувальний (ощадний) внесок (рис. 14.4).

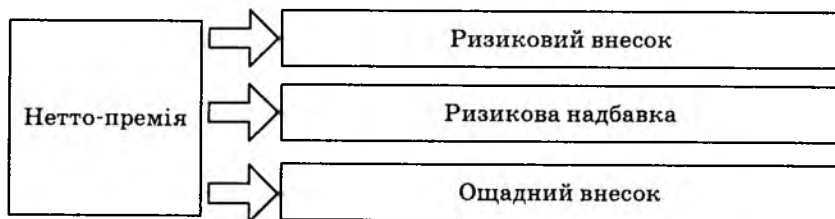


Рис. 14.4. Структура нетто-премії

Ризиковий внесок, або *величина нетто-ставки*, формується під впливом багатьох чинників, які відображають конкретні умови, в яких перебуває застраховане майно, здійснюється виробництво, живе і працює людина. Величина нетто-ставки завжди відповідає величині ризику. Для підприємницьких ризиків загальна нетто-ставка складається з окремих нетто-ставок, які відповідають окремим складовим підприємницького ризику. Тому ризиковий внесок використовується для покриття ризику за всіма видами страхування, тобто для страхових виплат у разі настання страхового випадку.

Ризикова (гарантійна) надбавка формується залежно від специфіки конкретної страхової операції і використовується для компенсації можливого перевищення фактичних виплат над розрахунковими. До структури нетто-премії вона може не включатися — все залежить від обраної страховиком стратегії управління. Якщо він має на меті захоплення страхового ринку за рахунок нижчих, ніж у конкурентів, цін, ризикова надбавка не включається до структури нетто-премії. Навпаки, включення її до нетто-премії дасть змогу страховій організації покращити свою фінансову стійкість.

Накопичувальний (ощадний) внесок використовується для накопичення суми, яка виплачується за умовами довгострокового договору страхування життя — у випадку дожиття застрахованої особи до визначеної дати (за ризиком дожиття). Накопичувальний внесок повинен інвестуватися з метою отримання прибутку.

Розмір ризикової надбавки залежить від прийнятої ймовірності перевищення фактичних виплат над розрахунковими. При цьому співвідношення між ризиковим внеском і ризико-

вим навантаженням для різних видів страхування може бути різним.

Розмір накопичувального внеску залежить від обраного принципу обчислення відсотків (прості чи складні відсотки), розміру страхової суми, яка виплачується за ризиком дожиття, обіцяної страховальнику норми доходу та строку дії договору страхування. Для накопичувального виду страхування співвідношення ризикового та накопичувального внесків визначається умовами договору.

Варто зазначити, що виконання зобов'язань страховика перед страхувальником за страховими виплатами ґрунтується на дотриманні принципу поєднання економічного ризику, відповідно до якого всі кошти, які були зібрані зі страхувальників для виконання страхових зобов'язань, акумулюються у страхових фондах.

Джерелами різних страхових фондів, які призначені для виплат за умовами договору страхування, є елементи нетто-премії — ризиковий внесок, ризикова надбавка на накопичувальний внесок.

Навантаження — це частина бруutto-премії, яка призначена для покриття витрат з ведення справи та для отримання прибутку за страховими операціями (рис. 14.5).

В основі обчислення навантаження до нетто-ставки — класифікація витрат на ведення страхової справи. До них належать:

- *організаційні витрати* — це витрати, пов'язані з заснуванням страхової компанії;
- *аквізаційні витрати* — це перший етап у процесі реалізації страхового продукту, пов'язаний із залученням нових страхувальників, укладанням нових страхових угод за посередництва страхових агентів;
- *ліквідаційні витрати* — це витрати з ліквідації збитків, спричинених страховим випадком (оплата праці ліквідаторів, судові витрати, поштово-телеграфні витрати, витрати на відшкодування збитків страхувальнику);
- *управлінські витрати* — це витрати з управління майном певної компанії, а також загальні управлінські витрати;
- *інкасаційні витрати* — це витрати з обслуговування готівкового обігу, надходжень платежів тощо.

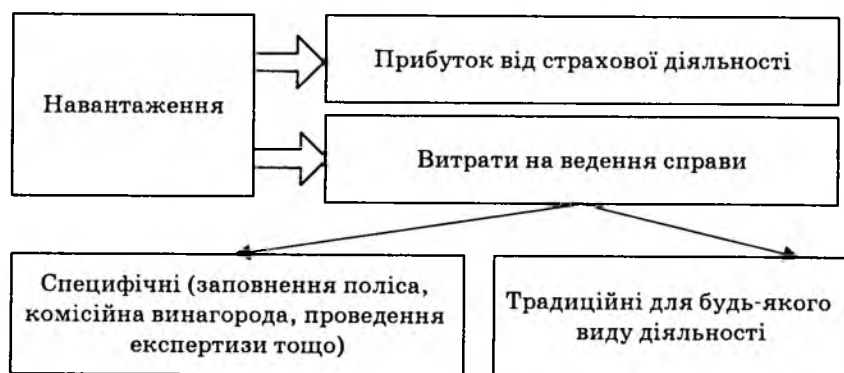


Рис. 14.5. Структура навантаження

14.3. Баланс страхової організації, фінансові ресурси страховика

Бухгалтерський баланс страхової організації є її основним фінансовим документом, який характеризує фінансові можливості та стійкість страховика. Перелік та структура статей балансу страхової організації формуються з урахуванням особливостей страхової діяльності (табл. 14.2).

Активи балансу відображають майно страхової організації. Це засоби, які інвестовані в цінні папери, нерухомість, рахунки та депозити в банках. Їх джерелом є пасиви — статутний і резервний капітал, технічні резерви, прибуток.

Паралельно з порівнянням загального обсягу активів страхових компаній необхідно приділяти увагу структурі та співвідношенням статей балансу страхової організації

До особливих статей активів балансу страхової організації можна віднести такі.

У розділі “Інвестиції” специфічними для страхової діяльності статтями балансу є позики зі страхування життя, які страхова організація видає страхувальнику згідно з умовами договору страхування життя. Якщо страхова організація здійснює діяльність із ризикових видів страхування, такої статті у

Таблиця 14.2. Спрощена схема балансу страхової організації

Активи	Пасиви
1. Нематеріальні активи	1. Власний капітал та резерви
2. Інвестиції, з них: позики зі страхування життя; депо премій з ризиків, взятих у перестраховання	2. Страхові резерви
3. Частка перестраховиків у страхових резервах	3. Зобов’язання, в тому числі: — депо премій з ризиків, переданих у перестраховання; — кредиторська заборгованість, у тому числі за операціями страхування, співстрахування і перестраховання
4. Дебіторська заборгованість, у тому числі за операціями страхування, співстрахування і перестраховання	4. Інші пасиви
5. Інші активи, в тому числі основні засоби та грошові кошти	

балансі не буде. Також особливою статтею є депо премій з ризиків, взятих у перестраховання. Перестрахові премії тимчасово утримуються перестраховальником, і тому перестраховик може вважати їх за активи.

Розділ “Частка перестраховиків у страхових резервах” наявний виключно у балансі страхової (перестрахової) організації та відображає діяльність страхової організації як перестраховика. Є частиною страхового резерву перестраховика, відповідає обсягу ризику, що перестраховується.

Особливими саме для страхування є статті, що відображають дебіторську заборгованість за операціями страхування, співстрахування і перестраховання, тобто показують заборгованості страхувальників, страхових агентів, брокерів та інших страхових організацій.

Пасиви балансу страхової організації відображають джерела коштів страховика, в тому числі власний капітал і залучені кошти.

Розділ “Страхові резерви” наявний у пасиві балансу виключно страхової (перестрахової) організації, відображає зобов’язання страховика за страховими виплатами. Страхові резерви поділяються:

- на резерв незароблених премій (визначена частка від страхових платежів), що формується під ризику, які не настали;
- резерв збитків (зарезервовані, але ще не виплачені суми страхового відшкодування за вже установленими вимогами клієнтів страховика);
- резерви зі страхування життя (формується тільки в тих страхових організацій, що спеціалізуються на страхуванні життя).

У розділі “Зобов’язання” специфічними для страхової діяльності є депо премій з ризиків, переданих у перестраховання. Страхова організація, що здійснює перестрахову діяльність, частину премії з ризиків, переданих у перестраховання, залишає у себе для формування депо премій за цими ризиками. Мета цього полягає у підвищенні гарантій виконання страхових зобов’язань перед страхувальниками. Кредиторська заборгованість з операцій страхування, співстрахування і перестраховування втілює в собі заборгованість страхової організації перед страхувальниками, страховими агентами, брокерами та іншими страховими організаціями.

Капітал страхової організації за джерелами його походження складається із власного і залученого. Головним елементом власного капіталу страховика є статутний капітал, а залученого — страхові резерви.

Якщо власний капітал перевищує статутний, це свідчить про те, що діяльність страхової компанії прибуткова. І навпаки, значне перевищення статутного капіталу над власним свідчить про збиткову діяльність страховика або про заборгованість засновників зі сплати статутного капіталу. Слід зазначити, що протягом перших років своєї діяльності страховики зі страхування життя здійснюють значні фінансові витрати, що істотно впливає на розміри їх власного капіталу, проте з часом (3—5 років) ситуація змінюється в міру надходження страхових платежів. Той факт, що статутний капітал сформований в обсязі, набагато більшому за вимоги фінансових нормативів, зазвичай

свідчить про зацікавленість засновника в розвитку страхової компанії. Чим більший статутний капітал, тим більшу частку кожного ризику страховик може залишити на власному утриманні, тим менше він передає в перестраховання.

Статутний капітал є не тільки чинником забезпечення платоспроможності страхової організації. Він також створює фінансову основу для її подальшого розвитку. Визначений законодавством норматив максимального розміру відповідальності за окремим об’єктом страхування безпосередньо пов’язаний не тільки з обсягами страхових резервів, а й з величиною статутного фонду. Страхові організації зобов’язані укладати договори перестраховання, якщо страхова сума за окремим об’єктом страхування перевищує 10 % суми сплаченого статутного фонду та сформованих страхових резервів. Страхові організації, які планують розвиватися, повинні прагнути до збільшення розміру статутного фонду порівняно з мінімально встановленим. Тоді вони мають можливість суттєво розширювати сферу своєї діяльності, беручи на страхування великі ризики, отримуючи значні обсяги страхових премій, а відтак — швидко нарощуючи свою фінансову потужність.

Статутний капітал у страховій діяльності має дещо інше призначення, ніж у інших підприємств. Він не тільки забезпечує статутну діяльність страхової організації (як у інших суб’єктів господарювання), а й є джерелом покриття страхових виплат у разі недостатності інших коштів. Оскільки статутний капітал від самого початку заснування страхової організації формує основу її фінансової стійкості, його розміру і структурі приділяється дуже велика увага з боку як страховиків, так і наглядових органів. Тому початкові (мінімальні) розміри статутних капіталів страхових організацій є законодавчо встановленими та контрольованими.

Власний капітал страхової організації також містить додатковий та резервний капітал, нерозподілений прибуток минулих років та поточного року, цільові надходження та фінансування, непокриті збитки минулих років та поточного року.

Власний капітал страхової організації формується за рахунок внесків засновників, відрахувань з прибутків від страхової діяльності та доходів від інвестиційної діяльності страхової організації, а також від додаткової емісії акцій.

Структура залучених коштів страхової організації насамперед зумовлюється специфікою страхової діяльності й включає страхові резерви, сформовані за рахунок частини страхових внесків страхувальників і призначені для страхових виплат (страхові резерви становлять найбільшу частину залучених коштів), кредиторську заборгованість за операціями страхування, співстрахування і перестрахування та кредиторську заборгованість, безпосередньо не пов'язану зі страховою діяльністю.

Для того щоб правильно обрати страхову організацію, у її балансі треба:

- звернути увагу на розмір і якість активів;
- проаналізувати структуру страхового портфеля організації (перевага одного типу ризиків у портфелі значно підвищує ймовірність великих виплат, а потім і фінансової нестійкості організації);
- оцінити розмір статутного фонду страхової організації і перспективи його зростання;
- звернути увагу на показники прибутковості діяльності страхової організації, що дають змогу оцінити ефективність його роботи;
- порівняти поточні балансові показники страхової організації з показниками попереднього періоду й оцінити темпи їхнього зростання.

Серед найбільш важливих факторів формування фінансових ресурсів страхової організації виділяють такі:

- принципи організації страхування;
- особливості ризиків страхувальників;
- специфіку ризиків страховика;
- випадковість страхових виплат.

Процес організації та здійснення страхової діяльності ґрунтується на дотриманні певної кількості принципів, зокрема принципу передачі ризику настання економічних збитків, принципу об'єднання економічного ризику, принципу солідарності та принципу фінансової еквівалентності. Ці принципи страхової діяльності впливають на формування фінансових ресурсів страхової організації. Страхова організація формує страхові резерви для виконання своїх зобов'язань. Кошти страхових резервів призначені для виконання страхових зобов'язань, тому є власністю страхувальників. Страхові резерви є зобов'язанням страховика, тому їх обсяг пов'язаний з обсягом взятих зобов'язань.

Під час здійснення своєї діяльності страхова організація стикається з двома великими групами ризиків — ризиками, що надходять від страхувальників, і ризиками, зумовленими власною діяльністю страховика.

Для однорідних, масових ризиків страхувальників страхова організація формує страхові резерви, а для інших ризиків страхувальників, крім коштів страхових резервів, вона використовує власні вільні кошти. Ризиком страховика є невизначена можливість недостатності грошових коштів страхової організації для виконання своїх зобов'язань. На формування фінансових ресурсів страхової організації фактор специфіки ризиків страховика впливає таким чином: для покриття цих ризиків страховик повинен мати достатній обсяг власних вільних коштів.

Випадковість страхових виплат зумовлена природою настання збитку й означає випадковість виконання зобов'язань страховика в часі, обсязі та просторі. Тому, крім страхових резервів, кошти яких призначені для виконання страхових зобов'язань, страхова організація повинна мати власні кошти, вільні від будь-яких зобов'язань, обсяг яких повинен враховувати випадкову природу виплат.

14.4. Формування фінансового результату страхової організації. Показники фінансової діяльності

Кінцевий фінансовий результат страхової організації визначається як різниця між її доходами та витратами.

Доходи страхової організації — це сукупна сума грошових надходжень на її рахунки в результаті здійснення нею страхової чи іншої, законодавчо не забороненої, діяльності. Страховик може отримувати доходи від страхової діяльності та інші доходи, в тому числі від інвестиційної діяльності.

Доходи від страхової діяльності формуються за рахунок страхових премій, отриманих за укладеними договорами страхування і перестраховування, відшкодування частини збитків за ризиками, переданими у перестраховування, за рахунок комісійних і брокерських винагород у разі, якщо страхова організація є посередником у страхуванні, за рахунок повернення страхових резервів, а також за рахунок інших доходів від страхових операцій (рис. 14.6)



Рис. 14.6. Доходи страхової організації від страхової діяльності

Доходи від інвестиційної діяльності страхової організації формуються за рахунок інвестування коштів страхових резервів і власних вільних коштів. Страхові інвестиції повинні здійснюватися в обсягах, за строками і в просторі, які узгоджені зі взятими страховими зобов'язаннями. Доходи страхової організації від інвестиційної діяльності можуть бути використані на

виконання зобов'язань з надання інвестиційного доходу вигодонабувачам за довгостроковими договорами страхування життя чи на покриття недостатніх страхових резервів для відшкодування збитків. Інвестиційний дохід також може бути джерелом приросту власного капіталу страхової компанії, який використовується в надзвичайних ситуаціях для покриття страхових зобов'язань.

Страховик також може мати інші доходи, не пов'язані зі своєю основною діяльністю, зокрема:

- доходи від здавання майна в оренду (здійснення фінансового або оперативного лізингу, оренди землі, житлових помешкань тощо);
- доходи від надання консультаційних послуг;
- доходи від реалізації прав регресної вимоги страховика;
- доходи у вигляді безкоштовної фінансової допомоги страховику і безкоштовно переданих страховику товарів (надання послуг);
- доходи від продажу (відчуження) окремо цінних паперів і окремо деривативів протягом звітного періоду;
- доходи від індексації і передачі (відчуження) основних фондів і нематеріальних активів;
- курсові різниці;
- штрафи, пені та інші доходи.

Витрати страхової організації — це витрати під час здійснення статутної діяльності.

Склад і структуру витрат визначають два взаємозалежних економічних процеси — погашення зобов'язань перед страхувальниками і фінансування діяльності страхової організації, тому у страхуванні застосовується така класифікація витрат:

- витрати, пов'язані з виконанням страхових зобов'язань і проведенням страхових операцій (виплати страхових відшкодувань і страхових сум; відрахування до запасних фондів і резервів внесків; відрахування на попереджувальні заходи та ін.);
- витрати на проведення інших операцій (витрати на одержання доходів від інвестування і розміщення тимчасово вільних власних коштів страховика, сформованих ним страхових резервів та інших видів доходів);
- витрати на ведення справи.

Витрати на проведення страхових операцій, що є основними для страхової організації і становлять більшість її загальних витрат, містять виплати страхових сум і страхових відшкодувань за договорами страхування і перестраховування; відрахування до страхових резервних фондів; відрахування до технічних резервів, крім резерву незароблених премій, на умовах, що передбачені чинним законодавством; витрати на проведення й обслуговування процесу страхування і перестраховування.

Витрати на ведення справи призначені для забезпечення діяльності страхової організації, відіграють важливу роль у фінансуванні страхування. Вони належать до складу навантаження тарифної ставки і є важливим елементом собівартості страхових операцій. Витрати на ведення справи поділяються на аквізиторські, інкасові, ліквідаційні, управлінські.

Аквізиторські витрати здійснюються з метою укладення нових договорів страхування.

Інкасові витрати — це витрати на оплату праці працівників страхової організації, що пов'язані зі збиранням страхових премій і обслуговуванням страхувальників. Зазвичай інкасові витрати обчислюються у відсотках від бруто-ставки за принципом комісійних.

Ліквідаційні витрати звичайно є прямими і здійснюються після настання страхового випадку. Вони складаються з витрат на проїзд ліквідаторів збитку (аварійного комісара, експерта та ін.) до місця події, з винагороди, яка їм виплачується, судових витрат, витрат на пересилання кореспонденції, пов'язаної з цією подією, тощо.

До **управлінських витрат** належать: оплата праці адміністративно-управлінського персоналу страхової організації, адміністративно-господарські витрати і витрати на розвиток страхування.

Собівартість страхової послуги у широкому розумінні — це сукупність валових витрат страхової організації для надання страхової послуги, як безпосередніх (страхові виплати і витрати на ведення справи), так і викликаних потребою забезпечити задану фінансову усталеність страхових операцій (формування вільних резервів і запасних фондів).

Собівартість у вузькому розумінні — це тільки обсяг витрат страхової організації на ведення справи, вона може бути як плановою, так і фактичною.

Планова (розрахункова) собівартість страхової послуги — собівартість, що закладається в страховий тариф і представлена у вигляді його структурних елементів — нетто-премії і навантаження. Фактична собівартість — собівартість, що реально складається за результатами проходження договорів страхування.

Фінансовий результат страхової організації — підсумок фінансово-господарської діяльності страховика, що розраховується як різниця між доходами і витратами страхової організації за певний період часу.

Найбільш загальним показником результативності діяльності страховика є його валовий дохід. Він визначається як сума доходу від страхової діяльності, прибутку від страхування життя, прибутку від позареалізаційних операцій та іншої реалізації, зменшених на виплати страхового відшкодування та страхових сум, відрахувань у централізовані страхові резервні фонди та в технічні резерви, інші, ніж резерв незароблених премій.

Прибуток страхової організації — це різниця між ціною страхової послуги (тарифом) і собівартістю її надання. Потреба страхової організації в прибутку визначається завданнями самофінансування поточної діяльності і розвитку страхування. Страховий прибуток визначається балансовим методом шляхом зіставлення поточних надходжень із собівартістю страхових операцій, фонд поточних надходжень страхових платежів формується на основі тарифу як ціни страхової послуги. Собівартість страхових операцій — це сукупність усіх витрат страховика на забезпечення страхового захисту, як прямих, так і непрямих, включаючи відрахування в запасні фонди, необхідні для забезпечення фінансової стійкості страхових операцій, і гарантії виконання зобов'язань страховика перед страхувальниками. При розробці тарифів прибуток страхової організації закладається лише в навантаження, але під впливом об'єктивних причин фактичний прибуток може формуватися за рахунок будь-якого елемента тарифу. За джерелами формування фактичний страховий прибуток може включати прибуток від

зниження збитковості, прибуток від економії управлінських витрат, прибуток від інвестицій і прибуток у тарифах.

Головним джерелом формування прибутку від страхових операцій є прибуток у тарифах, який під час калькуляції навантаження закладається в тарифну ставку як самостійний елемент ціни страхової послуги. Частка прибутку в тарифах встановлюється у відсотках або в абсолютному розмірі. Як елемент тарифу прибуток відіграє важливу роль у регулюванні попиту та пропозиції з окремих видів страхування, оскільки всі інші елементи тарифу мають суто об'єктивну основу. Прибуток у тарифах слід відрізнити від фактичного прибутку від проведення страхових операцій, джерелом якого може бути будь-який елемент тарифу, а величина формується під впливом низки внутрішніх і зовнішніх факторів.

Прибуток від зниження збитковості — елемент сукупного прибутку страховика, що формується за рахунок зниження фактичної збитковості страхової суми всупереч передбаченій у тарифах унаслідок зміни соціально-економічних, кліматичних та інших умов. Обсяг прибутку від зниження збитковості визначають два фактори: стійке, довгострокове зниження збитковості страхової суми під впливом об'єктивних процесів (зростання тривалості життя населення, зниження виробничого і побутового травматизму, покращення доріг, пожежної охорони та ін.) і низька фактична збитковість цього року, якщо він виявився сприятливим. Прибуток від зниження збитковості є підставою для перегляду тарифів чи розширення відповідальності.

Прибуток від економії управлінських витрат — елемент сукупного прибутку страховика, що включається до витрат на ведення справи. Управлінськими є та частина витрат, яка не пов'язана безпосередньо з обслуговуванням страхувальників. Управлінські витрати включають оплату праці адміністративно-управлінського персоналу страхової організації, адміністративно-господарські витрати і витрати на розвиток страхування. Прибуток від економії управлінських витрат формується, якщо темпи зростання управлінських витрат відстають від темпів зростання страхових платежів. Є два основних напрями досягнення економії управлінських витрат: зростання страхових платежів за одним договором на підставі зростання серед-

ньої страхової суми і удосконалення управлінської діяльності (підвищення кваліфікації управлінського персоналу, наукова організація праці та ін.). На обсяг управлінських витрат справляють значний вплив також рівень уніфікації в страховій справі, структура форм і видів страхування, строки страхування та інші фактори.

Прибуток від інвестицій — це прибуток страхової організації від участі в господарській діяльності нестрахового характеру. Прибуток від інвестицій надає широкі можливості для розширення страхової відповідальності та зниження тарифів за окремими видами страхування, зміцнення матеріально-технічної бази страховика та інших напрямів розвитку страхової справи.

Варто зазначити, що для характеристики фінансової діяльності страховика крім прибутку можуть використовуватися інші абсолютні та відносні показники. До найбільш поширених абсолютних показників належать такі.

Кількість освоєних видів страхування характеризує ступінь охоплення різних галузей та видів страхування. Так, одна страхова компанія пропонує послуги лише за деякими видами страхування іншими, ніж страхування життя, а інша — за всіма іншими видами страхування.

Кількість укладених договорів страхування характеризує страховий портфель та ступінь охоплення страхового поля. Чим більший цей показник, тим більше підстав вважати, що страхова компанія займає гідне місце на страховому ринку.

Сумарна страхова сума розраховується як сукупна сума за всіма договорами. Інколи розраховується середня величина страхової суми. Характеризує взятую страховиком відповідальність за ризиками.

Обсяг страхових премій відображає розмір поточних фінансових коштів страховика, а також рівень взятих зобов'язань. Аналізується в динаміці в середньому за одним договором, за окремими видами страхування, за окремими підрозділами компанії і в цілому за портфелем.

Сумарні виплати відображають обсяг виконаних зобов'язань, аналізуються в динаміці в середньому за одним договором, за окремими видами страхування, за окремими підрозділами компанії і в цілому за портфелем.

Обсяг доходів та витрат характеризує фінансові результати страховика, аналізується в динаміці та за факторами.

Обсяг страхових резервів аналізується в динаміці, за складом та структурою.

Обсяг власних вільних коштів (чистих активів) є однією з характеристик ліквідності та платоспроможності страхової компанії. Порівнюється з обсягом взятих зобов'язань, аналізується в динаміці.

Серед відносних показників, які характеризують фінансову діяльність страхової компанії, та які найбільш часто використовуються, можна назвати такі.

Рентабельність розраховується як відношення балансового прибутку до статутного капіталу чи до власних коштів, як відношення прибутку від страхової діяльності до суми витрат та відрахувань страхової компанії. За окремими видами страхування рентабельність розраховується як відношення прибутку, отриманого за відповідним видом страхування, до сумарної страхової суми чи сумарного обсягу премій за цим видом страхування.

Рівень виплат за видами страхування розраховується шляхом зіставлення фактичних виплат та зібраних страхових премій.

Рівень витрат оцінюється як відношення витрат страхової компанії та обсягу зібраних страхових платежів.

Співвідношення прибутку від страхової та нестрахової діяльності розраховується як відношення прибутку від нестрахової діяльності до прибутку від страхової діяльності.

Надзвичайно важливим для визначення політики страхової компанії в різних сферах (поширення та дизайн страхових продуктів, андеррайтинг та врегулювання страхових випадків тощо) є фінансовий менеджмент.

Перспективний аналіз (прогнозування) необхідний для визначення політики страхування у зв'язку з подальшими змінами ринкової кон'юнктури, податкового режиму, страхового нагляду та інших факторів.

Ретроспективний аналіз (за даними минулих та поточних операцій) необхідний для розуміння того, як змінюється ситуація і які тенденції зміни страхового портфеля.

Для проведення подібних досліджень необхідно глибоко вивчити особливості страхових операцій, які проводяться. Варто зазначити, що при цьому не обійтися без використання методів актуарного аналізу.

Зв'язок фінансового менеджменту та актуарного аналізу визначається концепцією, яка називається "цикл актуарного управління".

Основний зміст цієї концепції можна пояснити за допомогою схеми, зображеної на рис. 14.7.

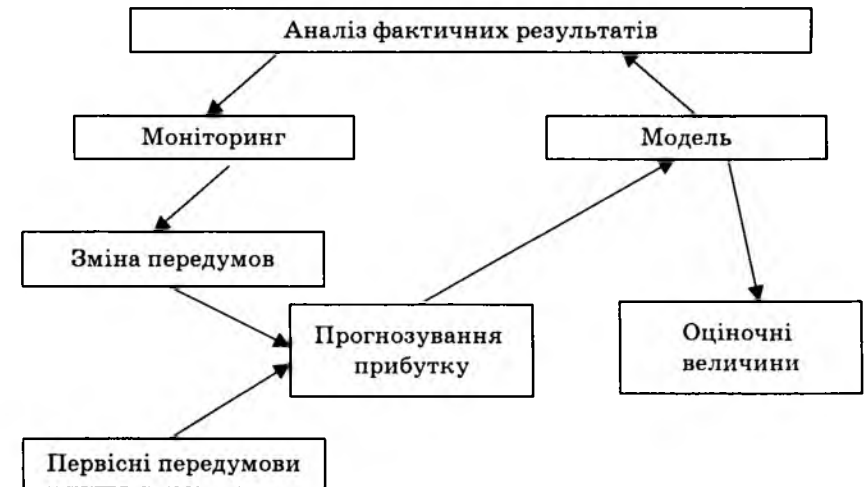


Рис. 14.7. Цикл актуарного управління

При створенні нового страхового продукту в межах його актуарного аналізу використовуються первісні передумови, які відображають уявлення страхової компанії про майбутні операції та умови їх реалізації.

Актуарний аналіз, у свою чергу, не повинен обмежуватися оцінкою премій та резервів. Він має поширюватися на докладне економічне дослідження відповідних операцій, включаючи оцінку майбутніх грошових потоків за групами договорів страхування.

Зазначені грошові потоки можна аналізувати різними способами, наприклад, за допомогою критерію чистої справжньої вартості чи прогнозування вектора майбутнього прибутку.

Ці грошові потоки та оцінки майбутнього прибутку, у свою чергу, використовуються для побудови фінансової моделі компанії, яка включає побудову грошового потоку для можливих страхових портфельів різної структури. На цій основі оцінюються шукані величини, необхідні для аналізу впливу змін в оподаткуванні, політиці виплати дивідендів тощо.

Потім оцінки, отримані в моделі, порівнюються з фактичними результатами роботи компанії. Виявляються причини відхилень, зокрема з'ясовується, зі зміною яких актуарних передумов це пов'язано. Таким чином, з'ясовується інформація про те, які фактори є основними джерелами прибутків та збитків, і, відповідно, яким чином слід організувати постійний моніторинг. Подібний моніторинг дає змогу уточнити актуарні передумови, покладені в основу розрахунків. Таким чином, цикл замикається, забезпечуючи постійний аналіз бізнесу компанії як основу прийняття управлінських рішень.

14.5. Страхові резерви

Для реалізації своєї основної виробничої функції — здійснення виплат страхових відшкодувань у разі настання страхових подій страхова організація повинна мати певну частину грошових коштів. Відповідно до свого призначення такі кошти отримали назву “страхові резерви”. Формування та розміщення страхових резервів є основою інвестиційної діяльності страхової компанії, у зв'язку з чим визначення сутності страхових резервів для теорії та практики є надзвичайно актуальною проблемою.

Основним поняттям тут є саме “страховий фонд”, який безпосередньо пов'язаний з визначення страхування. Так, В.К. Райхер у фундаментальній праці “Суспільно-історичні типи страхування” виділяє три основні форми організації страхового фонду:

- децентралізовану (самострахування);
- централізовану (державний страховий фонд);
- змішану (безпосередньо страхування).

У своїй праці В.К. Райхер наводить таке визначення страхування: форма організації централізованого страхового фонду за рахунок децентралізованих джерел — внесків, що здійснюються в цей фонд його учасниками. Таким чином, сама сутність страхування полягає у формуванні страхового фонду за рахунок премій. Цілком зрозуміло, що витрачання коштів страхового фонду можливе лише на виплату страхових відшкодувань у разі настанні страхових подій.

У контексті безпосередньо страхування термін “страховий фонд” можна визначити як сукупність фінансових ресурсів, призначених для попередження та відшкодування збитків, завданих стихійними лихами, нещасними випадками та іншими надзвичайними подіями. Таким чином, страховий фонд — це проміжна ланка між страховою премією та страховою виплатою.

Не менш важливим поняттям є “страхові резерви”, сутність якого на сьогодні не має однозначного тлумачення.

Так, з позиції використання страхових резервів подається визначення їх змісту в “Словнику страхових термінів” за редакцією російських авторів П.В. Коломіна та В.В. Шарова та в підручнику “Страхування” за редакцією С.С. Осадця:

“Резерви страхові — фонди, які створюються страховими організаціями для забезпечення гарантій виплат страхового відшкодування і страхових сум та використовуються, якщо сума виплат страхувальникам або операційний період перевищує поточні надходження страхових платежів, а також в інших обумовлених випадках”.

Деякі вітчизняні вчені ототожнюють поняття “страхові фонди” та “страхові резерви”: “фонд страховий (страхові резерви) — це сукупність фінансових ресурсів для попередження, локалізації та відшкодування збитків, завданих страхувальнику в результаті страхових подій”.

Друга позиція полягає у використанні поняття “страхові резерви” як облікової категорії, що характеризує обсяг зобов'язань за здійснення страхових виплат за договорами страхування.

В.В. Шахов дає таке визначення страхових резервів: це категорія, що відображає суму фінансових ресурсів не виконаних на даний момент зобов'язань страховика зі страхових виплат.

Ця позиція характеризує страхові резерви з погляду бухгалтерського обліку страхових організацій.

Отже, на нашу думку, страхові резерви — це узагальнююча категорія, що визначає необхідний обсяг страхового фонду чи виконання зобов'язань страховика за договорами страхування.

Суперечність категорії “страхові резерви” виявляється і під час розгляду інвестиційного процесу страхової компанії. Перша група вчених використовує поняття “інвестування коштів страхових резервів”, інша — “інвестування активів, що приймаються в покриття страхових резервів”. Слід зазначити, що і в першому, і в другому випадках йдеться насамперед про інвестування саме страхових фондів, а віднести страхові резерви до інвестиційних активів можна лише умовно, адже вони є лише частиною інвестиційного потенціалу страховика.

У системі обліку страхової компанії (як бухгалтерського, так і управлінського) загальне поняття страхового фонду трансформується в сукупність конкретних резервів. Конкретні форми резервів визначають мету та відображають завдання їх створення, проте всі вони об'єднані єдиною метою — забезпечити платоспроможність страхової організації.

Загальна класифікація страхових резервів, які створюються страховими компаніями, наведена нижче.

Страхові резерви:

- резерв попереджувальних заходів;
- технічні резерви:
 - обов'язкові резерви:
 - а) резерв незароблених премій;
 - б) резерв збитків (резерв несплачених збитків);
 - в) резерв заявлених, але не виплачених збитків;
 - г) резерв збитків, що сталися, але не заявлені;
 - додаткові резерви накопичення;
 - резерв катастроф;
 - резерв коливань збитковості;
 - інші резерви;
- резерви зі страхування життя.

Відповідно до нормативно-правової бази України, що регулює відносини у сфері особистого страхування та страхування життя, тарифні ставки розраховують за допомогою спеці-

фічних актуарних методів. При цьому використовуються таблиці смертності та норма дохідності з інвестування тимчасово вільних резервів зі страхування життя, які передбачають наявність достатньої суми коштів для виплати страхових та викупних сум у випадку смерті застрахованої особи, дожиття до визначеного договором страхування віку чи до закінчення дії договору страхування життя — сплати пенсії, ануїтету чи ренти.

Для виконання зобов'язань за договорами страхування життя у випадку настання страхових подій страховики формують спеціальні страхові резерви. У країнах з розвинутою ринковою економікою такі резерви отримали назву “математичні резерви” у зв'язку з використанням математичної бази для їх обчислення.

Для здійснення ризикових видів страхування відповідні страхові компанії формують окремі види резервів премій та збитків. Українські страхові компанії відповідно до правил формування страхових резервів за видами страхування іншими, ніж страхування життя, затверджених розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг від 17 грудня 2004 р. № 3104, обов'язково створюють:

- 1) резерв незароблених премій;
- 2) резерв заявлених, але не виплачених збитків;
- 3) резерв збитків, які виникли, але не заявлені;
- 4) додаткові резерви (в тому числі резерв катастроф, резерв коливань збитковості та ін.).

Враховуючи обмеження, що накладаються державними органами у справах нагляду за страховою діяльністю, головна увага в подальшому буде приділена саме технічним резервам як одному з основних чинників формування інвестиційного потенціалу страхової компанії.

Під час визначення розміру технічних резервів у страхової компанії виникає низка проблем, а саме:

1) при визначенні резерву незароблених премій необхідно враховувати, що міра ризику нерівномірно розташовується протягом дії договору страхування (внаслідок сезонності), тому в кожний конкретний момент часу необхідно співвідносити розмір резерву з вартістю зобов'язань компанії;

2) при визначенні заявлених, але не врегульованих збитків, слід враховувати такі чинники, як інфляція в період вре-

гулювання позовів, інвестиційний дохід за цей період, неадекватність вимог у момент їх подання реальній вартості збитку;

3) при визначенні резерву збитків, які виникли, але не заявлені, необхідно спрогнозувати суму зобов'язань компанії, які вже виникли, але про них ще не відомо;

4) при розрахунку резерву катастроф слід оцінити наслідки катастрофічних подій, що можуть виникнути в майбутньому та можуть суттєво збільшити зобов'язання страхової компанії за окремими групами договорів;

5) при визначенні резерву коливань збитковості слід точно визначити багатократне збільшення чи зменшення виплат у межах страхового портфеля, яке могло бути викликане цілою низкою факторів різного характеру.

Цілком очевидно, що всі ці завдання неможливо вирішити за допомогою методів фінансово-математичного аналізу. Для визначення можливості використання коштів страхових фондів в інвестиційному процесі слід детально вивчити чинний порядок формування страхових резервів.

У процесі наближення страхового ринку України до цивілізованих форм функціонування Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг було прийнято розпорядження “Про затвердження Правил формування, обліку та розміщення страхових резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя” від 17 грудня 2004 р. № 3104, яке зобов'язувало всіх суб'єктів страхового ринку перейти від попередньо використовуваних нормативних методів утворення страхових резервів до оцінки можливості виконання взятих зобов'язань на основі розрахунку технічних резервів.

Мета розрахунку технічних резервів полягає у виконанні основного принципу ведення бухгалтерського обліку та визначення фінансових результатів: віднесення доходів (страхових премій) до того періоду, протягом якого вони зароблені, а облік витрат (страхових виплат та відшкодувань) здійснювати у тому періоді, коли вони виникли. Чим точніші методи, які використовуються при обчисленні таких зобов'язань, тим більшою мірою технічні резерви дають змогу страховику забезпечити взяті зобов'язання.

Величина технічних резервів визначається шляхом оцінки у грошовій формі фінансових зобов'язань страховика з майбутніх страхових виплат.

Правильне формування страхових резервів, поряд з іншими не менш важливими функціями страхової організації, такими як інвестування страхових резервів, перестраховування, є основою фінансової стійкості страховиків. Розглядаючи цю проблему, необхідно спиратися на законодавчу та нормативну базу, що регламентує страхову діяльність в Україні. Так, страхові резерви формуються за рахунок отриманих страхових внесків у порядку та на умовах, визначених Законом України “Про страхування” та органом у справах нагляду за страховою діяльністю — Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг.

Необхідність формування страхових резервів зумовлена часовим розривом між отриманням страхової премії та її використанням на виплату страхових відшкодувань. Оскільки страхова премія за договорами страхування надходить раніше, ніж відбуваються страхові події і здійснюються страхові виплати за цими договорами, виникає нагальна потреба створювати певний резерв страхового фонду.

Необхідна умова функціонування страхової компанії — достатня величина страхового фонду в будь-який момент часу. Для цього необхідно, щоб за фіксований інтервал часу (квартал, рік) обсяг зібраних страхових премій гарантовано перевищував чи принаймні компенсував розмір здійснюваних виплат страхових відшкодувань страхувальникам.

У такому випадку, перед тим, як більш детально зупинитися на самій методиці формування резервів, слід певним чином пояснити сутність технічних резервів страхової компанії. Нині у страховій економічній літературі домінує уявлення, що технічні резерви — це сукупність прийомів та методів, за допомогою яких страховик може визначити обсяг відповідальності за чинними на момент оцінки договорами, або розмір технічних резервів відображає невиконані зобов'язання за договорами страхування станом на дату складання звіту. На нашу думку, сукупний обсяг відповідальності за чинними договорами страхування подається як сукупна страхова сума за всіма договорами на звітну дату. Невиконані зобов'язання характеризують залишкова страхова сума за цими договорами, яка може бути розрахована як різниця між сукупною страховою сумою та розміром здійснених страхових виплат за зазначеними договорами страхування.

Таким чином, технічні резерви — це оцінка очікуваних у майбутньому сум виплат за договорами, що діють на момент оцінки, з урахуванням строку, який залишився до закінчення їх дії. З урахуванням наведеної вище класифікації страхових резервів можна дати таке визначення технічних резервів, яке найбільш повно відображає сутність та призначення страхових резервів: *страхові резерви — це грошова оцінка очікуваних у майбутньому сум виплат за чинними на момент оцінки договорами страхування, іншими, ніж страхування життя.*

Страховий фонд формується за рахунок тієї частини страхової премії, яка покриває реальну вартість страхових виплат, внутрішні адміністративні витрати, витрати, пов'язані з забезпеченням діяльності страхової компанії, або так званої базової страхової премії.

Базова страхова премія — страхова брутто-премія, яка надійшла у звітному періоді за договорами страхування (перестрахування) за мінусом нарахованої та фактично сплаченої комісійної винагороди за аквізицію договору страхування та суми коштів, що спрямовуються на формування резерву попереджувальних заходів. При цьому фактично отриманою брутто-премією вважається сума грошових коштів, що сплачена страхувальником згідно з договором страхування чи на підставі закону та надійшла на розрахунковий рахунок страховика.

Базова страхова премія є основним джерелом формування технічних резервів, необхідних для забезпечення страхових виплат за страховими подіями, що вже відбулися чи ймовірно стануться в майбутньому. Відповідно, технічні резерви поділяються на резерви збитків та резерви премій.

Резерви збитків включають резерв заявлених, але не врегульованих збитків, та резерв збитків, що відбулися, але не заявлені.

Резерви премій складаються з резерву незароблених премій, резерву коливань збитковості та резерву катастроф.

Резерв незароблених премій обчислюється виходячи з припущення про рівномірний розподіл ризику протягом строку дії договорів страхування та за ситуації, коли страхові премії, що надійшли у звітному періоді за договорами страхування, стосуються строку дії договорів страхування, що припадають на на-

ступний звітний період, тобто це резерв премій, призначений для виплат страхового відшкодування в майбутні звітні періоди.

Резерв коливань збитковості призначений для згладжування коливань рівня виплат (збитковості) навколо нормативного значення в середині тарифного періоду. При цьому по закінченні тарифного періоду та його частина, яка сформувалася за рахунок відхилення фактичного рівня виплат від нормативного значення повинна дорівнювати нулю; залишок буде зумовлений наявністю накопичення ризикової надбавки протягом звітного періоду.

Резерв катастроф призначений для накопичення коштів на випадок рідких (один раз на десятки років) катастрофічних подій, внаслідок яких руйнується значна частина застрахованих об'єктів, що вимагає від страховика разової виплати дуже значних сум грошових коштів. Оскільки такі події є надзвичайно рідкісними та зазвичай унікальними, вони не підпадають під дію статистичних законів, тому можна здійснити тільки експертну оцінку необхідної величини резерву катастроф та часу їх виникнення.

Резерв незароблених премій (РНП). РНП — це частина БСП, яка надійшла за договорами, що укладені та діють як у звітному періоді, так і в період дії договору страхування, який виходить за межі звітного періоду.

Для розрахунку РНП види страхової діяльності поділяються на три облікові групи.

До *першої облікової групи* належать такі види страхування:

- страхування від нещасних випадків та хвороб;
- добровільне медичне страхування;
- страхування засобів наземного транспорту;
- страхування засобів повітряного та морського транспорту;
- страхування вантажів;
- інші види майнового страхування;
- страхування відповідальності власників автотранспортних засобів;
- страхування інших видів відповідальності.

Для першої облікової групи є два варіанти розрахунку РНП.

Відповідно до першого варіанта незароблена премія обчислюється окремо за кожним договором страхування методом *pro rata temporis* — розрахунок незаробленої премії пропорційно невикористаному строку дії договору страхування на звітну дату. Незароблену премію визначають як добуток взятої для розрахунку базової страхової премії на відношення строку дії договору страхування, який ще не закінчився (у днях), до всього строку дії договору страхування (у днях) за такою формулою:

$$НП_i = \frac{П_i(K_i - C_i)}{K_i},$$

де $НП_i$ — незароблена премія за i -м договором,

$П_i$ — страхова премія за i -м договором страхування,

K_i — строк дії i -го договору;

C_i — кількість днів, що минули з моменту, коли i -й договір страхування набрав чинності, до звітної дати.

За другим варіантом незароблена премія розраховується за “методом 1/24” — базова страхова премія, отримана за договорами страхування, утворюється залежно від місяця набуття відповідальності страховиком, періодичності сплати бруто-премії та строку дії договору. Величина незаробленої премії обчислюється шляхом множення БСП на відповідні коефіцієнти.

Проілюструємо дію “методу 1/24” на практиці. Припустимо, що протягом місяця страховик укладає договори страхування строком на один рік, а премія надходить у середині місяця. Наприкінці першого місяця дії договору страхування заробленою премією є добуток БСП та коефіцієнта 1/24, відповідно розмір резерву за цим договором страхування становить 23/24 величини БСП. У наступному місяці дії договору страхування, укладеного в попередньому місяці, зароблена страхова премія становитиме вже добуток БСП та відповідного коефіцієнта 3/24 (половина розміру страхової премії попереднього місяця і належної страхової премії місяця, наприкінці якого здійснюється розрахунок резерву), а розмір резерву збільшиться до 21/24 величини БСП. Аналогічно розраховується

розмір резерву протягом всіх повних місяців дії відповідного договору страхування.

До другої облікової групи належать такі види страхування:

- страхування фінансових ризиків;
- страхування відповідальності позичальників за непогашення кредитів.

Незароблена страхова премія за цими видами страхування визначається за кожним договором страхування в розмірі БСП до повного вичерпання строку дії договору страхування.

Види страхування, які передбачають можливість укладання договорів страхування з відкритими (невизначеними) датами початку та кінця дії, належать до *третьої облікової групи*. У цій групі незароблена страхова премія розраховується за кожним договором страхування в розмірі 40 % БСП на звітну дату, адже вважається що такі договори укладаються в середині року — 1 липня.

Сума незаробленої страхової премії, обчисленої за всіма договорами кожного виду страхування, становить резерв незароблених премій страховика з цього виду страхування на звітну дату.

Резерв заявлених, але не врегульованих збитків (РЕЗ). РЕЗ створюється страховиком для забезпечення виконання зобов'язань та включає витрати на врегулювання збитків за договорами страхування, не виконаними чи виконаними не в повному обсязі, які виникли у зв'язку з настанням страхових подій, які були у звітному чи в попередньому періоді та про факт настання яких було повідомлено страховику належним чином. При цьому:

- під збитками розуміється грошове вираження втрат, які завдані майновим інтересам застрахованої особи в результаті настання страхової події та підлягають компенсації страховиком у порядку, встановленому договором страхування чи згідно із законом;
- під витратами з урегулювання збитків розуміється сума коштів, яка спрямовується на оплату експертних, консультаційних та інших послуг, пов'язаних з оцінкою розміру та зниженням ступеня збитку, завданого майновим інтересам застрахованої особи.

Величина неврегульованого збитку визначається за кожною заявою страхувальника (застрахованої особи), але не може перевищувати правову суму, визначену договором страхування.

Розмір РЕЗ визначається за кожною неврегульованою претензією і відповідно до суми збитку, викликаного настанням страхової події, підлягає компенсації згідно з договором страхування.

Величина РЕЗ відповідає сумі заявлених збитків протягом звітного періоду. Ця величина збільшується на суму неврегульованих збитків за періоди, які передували звітному, та зменшується на суму вже сплачених протягом звітного періоду збитків.

Резерв збитків, які виникли, але не заявлені (РЗНЗ). РЗНЗ призначений для забезпечення виконання страховиком взятих зобов'язань, включаючи витрати з урегулюванню збитків за договорами страхування та збитки, що сталися у звітному періоді в результаті настання страхових подій, про факт настання яких страховику не було заявлено чи було заявлено в неналежаньому порядку, зазначеному в договорі страхування, чи згідно із законом. Величина РЗНЗ обчислюється:

- у розмірі 10 % від БСП, отриманої страховиком у звітному періоді, якщо звітним періодом вважається рік;
- у розмірі 10 % від суми БСП, що надійшла в звітному періоді та трьох періодах, що передували звітному, якщо звітним періодом вважається квартал.

Резерв катастроф (РК). РК призначений для покриття надзвичайного збитку, який виявився результатом непереборної сили чи масової аварії, внаслідок чого у страховика виникає необхідність у виплаті страхових компенсацій за великою кількістю договорів страхування. Порядок, умови формування та використання РК визначаються страховиком самостійно, за погодженням органу у справах нагляду за страховою діяльністю. Основною вимогою цього органу є визначення надзвичайного збитку та масової аварії з чіткими характеристиками, які дадуть можливість їх ідентифікувати, з урахуванням специфіки зобов'язань страховика за укладеними договорами страху-

вання. Критерієм віднесення до катастрофічних ризиків є, як правило, не ступінь самого ризику, а ймовірний характер настання страхових випадків за укладеними договорами страхування.

Резерв коливань збитковості (РКЗ). РКЗ слугує для компенсації витрат страховика за здійснення страхових виплат у випадках, коли значення збитковості страхової суми у звітному періоді перевищує очікуваний (нормативний) рівень збитковості, який є основою для обчислення нетто-ставки страхового тарифу за видом страхування.

Загальна величина резерву коливань збитковості буде визначатися шляхом складання РКЗ, обчислених за результатами кожного з років, що передували звітному.

Резерв попереджувальних заходів (РПЗ). Порядок формування РПЗ визначається відповідними розпорядженнями Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг та призначений для фінансування:

- заходів щодо попередження настання частих випадків втрати чи пошкодження застрахованого майна;
- інших цілей, передбачених страховиком відповідно до розпоряджень Комісії.

Страхові організації можуть самостійно визначати напрями використання коштів з РПЗ за дотримання чинного законодавства та за погодженням з Комісією. Заходи фінансуються виходячи з фактичної наявності коштів на попереджувальні заходи на підставі укладених договорів з фізичними чи юридичними особами, які здійснюють зазначені заходи.

РПЗ утворюється шляхом відрахувань від страхової бруто-премії в розмірі певного відсотка, закладеного в страховому тарифі. Якщо в розрахунку страхового тарифу за видом страхування, затвердженим Комісією, страховик не визначив відсоток на попереджувальні заходи, то відрахування до РПЗ за договорами цього виду страхування здійснюються на підставі встановлених Комісією нормативів із формування РПЗ.

Відсоткова ставка від отриманих бруто-премій на формування РПЗ обмежена за добровільним страхуванням 15 % , а за деякими видами обов'язкового страхування може сягати 90 % (наприклад, обов'язкове страхування пасажирів).

Резерви зі страхування життя (РСЖ). Формуються у сфері страхування життя, яка включає:

- страхування життя на випадок смерті, дожиття до певного віку, строку або події в житті:
- пенсійного страхування:
- страхування життя з умовою періодичних виплат (ренти, анuitету) та/або за участю страхувальника в інвестиційному доході страховика.

Утворення таких резервів регламентується окремим положенням про формування страхових резервів у сфері страхування життя, узгодженим з державним регулятором.

Страховий резерв зі страхування життя — це резерв, що формується страховиком за окремою страховою угодою для виконання зобов'язань за майбутніми виплатами, передбаченими умовами угод страхування.

Метод розрахунку РСЖ визначається такими чинниками:

- різновиди ризиків, що покриваються угодою страхування життя;
- співвідношення страхових сум за ризиком смерті й ризиком дожиття;
- способи внесення страхових внесків (одноразовий або розстрочений);
- різновиди страхових виплат (одноразові, серійні, змішані);
- рух грошових коштів та їх інвестування.

Особливості формування РСЖ можуть визначатися також типами страхових продуктів. З позиції отримання інвестиційного доходу світова практика пропонує різні види полісів зі страхування життя. Основними з них є:

- традиційні поліси (без участі в прибутку);
- поліс із участю в прибутку;
- пайові поліси.

За *традиційними* полісом інвестиційний дохід забезпечується страховиком. Весь страховий внесок або його частина, залежно від моделі руху грошових коштів за окремою угодою, використовується страховиком на формування страхового резерву. Варіант управління страховим резервом такого типу передбачає повну відповідальність страховика за отримання ін-

вестиційного доходу. У світовій практиці він отримав назву “за депозитним типом”.

За полісів “з участю в прибутку” бонусне страхування також передбачає інвестиційний дохід для страхувальника і тому управління резервами для них є аналогічним до управління за депозитним типом. Відмінність полягає в тому, що ставка інвестиційного доходу для страхувальника за гарантованою частиною є нижчою, а додатковий бонус він може отримати лише за умови отримання страховиком прибутку.

Специфіка *пайових полісів* полягає в тому, що страхувальник купує пай, в якому наперед визначені активи, що забезпечать можливість отримання інвестиційного доходу. Варіант управління страховим резервом для полісів такого типу отримав назву “за типом управління фондом”. Можливість отримання інвестиційного доходу в цьому випадку визначається станом фондового ринку.

Висновки

1. Загалом страхова компанія має справу з двома видами ризиків — ризиками, що надходять від страхувальників, та ризиками, зумовленими діяльністю самого страховика. Ці дві групи ризиків висувають особливі вимоги до складу і структури фінансів страхової організації. Ризики страховика включають технічні, інвестиційні та нетехнічні ризики, які чинять один на одного вплив. Так, реалізація деяких нетехнічних ризиків може призвести до появи як технічних, так і інвестиційних ризиків. Щодо фінансових джерел покриття всіх ризиків, то варто зазначити, що ними є страхові резерви, власні вільні кошти страховика, резерви організації, зумовлені її організаційно-правовою формою, а також залозичені кошти.

2. В основі формування достатніх страхових резервів, які забезпечують фінансову стійкість страхової компанії, є правильно розраховані страхові тарифи.

3. Страховий ринок характеризується посиленням конкуренції, що призводить до зниження страхових тарифів, що може спричинити певний позитивний ефект, однак також мо-

же створити загрозу банкрутства страхової компанії внаслідок неадекватних страхових ставок, які не забезпечать формування страхових резервів.

4. В основі ціни страхового продукту є страховий тариф (брутто-тариф), його розмір залежить від величини страхової суми, рівня ризику та періоду, за який здійснюється страховий внесок. Страховий тариф має два основних компоненти — нетто-премію та навантаження до нетто-тарифу. Нетто-премія призначена для фінансування виплат за договором страхування, а навантаження використовується для фінансування витрат з ведення страхової справи та формування прибутку страховика. Величина нетто-ставки завжди відповідає величині ризику.

5. Розмір ризикової надбавки залежить від прийнятої ймовірності перевищення фактичних виплат над розрахунковими. Співвідношення між ризиковим внеском і ризиковим навантаженням для різних видів страхування різне.

6. Основним фінансовим документом страхової компанії, який щорічно публікується, є її баланс. Загальний обсяг активів характеризує розмір засобів страховика, інвестованих у цінні папери, нерухомість, рахунки і депозити в банках, інші матеріальні цінності. Абсолютна величина валюти балансу характеризує фінансові можливості та стійкість страховика, але поряд з порівнюванням загального обсягу активів страхових компаній необхідно приділяти увагу структурі та співвідношенням статей балансу страховика.

7. Специфічними статтями у балансі страхової (перестрахової) організації є самі ті, які безпосередньо пов'язані з її основною діяльністю.

8. Якщо власний капітал страхової організації перевищує статутний, це свідчить про те, що діяльність страхової компанії прибуткова. І навпаки, значне перевищення статутного капіталу над власним свідчить про збиткову діяльність страховика або про заборгованість засновників зі сплати статутного капіталу.

9. Основними факторами формування фінансових ресурсів страхової організації є принципи організації страхування, особливості ризиків страхувальників, специфіка ризиків страховика, випадковість страхових виплат.

10. Одночасне врахування впливу на фінансові ресурси страхової організації всіх зазначених факторів означає, що основними фінансовими джерелами виконання страхових зобов'язань є страхові резерви (основний структурний елемент залучених коштів страховика) і власні кошти (власний капітал страхової організації).

11. Доходи страхової організації — це сукупна сума грошових надходжень на її рахунки в результаті здійснення страхової чи іншої, не забороненої законодавчо, діяльності. Страховик може отримувати доходи від страхової діяльності та інші доходи, в тому числі від інвестиційної діяльності.

12. Витрати страхової організації — витрати, яких зазнає страхова організація при здійсненні статутної діяльності. Склад і структуру витрат визначають два взаємозалежних економічних процеси: погашення зобов'язань перед страхувальниками і фінансування діяльності страхової організації.

13. Собівартість страхової послуги можна розглядати у широкому та вузькому розумінні, а також як планову та фактичну.

14. Зіставляючи доходи та витрати страхової організації, можна визначити її фінансові результати.

15. Однією з головних функцій страхування є забезпечення виплат страхових відшкодувань внаслідок настання несприятливих страхових подій, які призвели до виникнення економічних збитків. Тому всі страхові компанії мають тримати певний запас фінансових ресурсів — “страхові резерви”.

16. Враховуючи принципові відмінності з погляду економіки у функціонуванні окремих галузей страхування, слід окремо розглядати резерви, що створюються страховими компаніями для страхування життя (математичні резерви) та компаніями, що здійснюють види страхування інші, ніж страхування життя (технічні резерви). Відмінності у порядку формування математичних та технічних резервів чинять вплив на інвестиційний процес страховиків.

17. У сучасній страховій літературі є декілька підходів до визначення поняття “страхові резерви”. Перший — визначає страхові резерви як сукупність фінансових ресурсів для попередження, локалізації та відшкодування збитків, завданих страхувальнику в результаті страхових подій. Другий підхід

полягає у використанні поняття “страхові резерви” як облікової категорії, що характеризує обсяг зобов’язань зі здійснення страхових виплат за договорами страхування. На нашу думку, страхові резерви — це узагальнююча категорія, що визначає як необхідний обсяг страхового фонду, так і суму фінансових ресурсів, достатню для виконання страховиком зобов’язань за договорами страхування.

18. Страхові резерви є джерелом виконання зобов’язань за страховими виплатами.

19. Серед страхових резервів можна виокремити: резерви, які спрямовані на зменшення ризиків страхувальника, — резерви попереджувальних заходів, резерви на фінансування самих ризиків, тобто на страхові виплати, — технічні резерви, і резерви зі страхування життя.

20. Самостійне формування резерву зі страхування життя зумовлене специфікою цього виду страхування: угоди є довгостроковими, покривають два види ризиків, а також за ризиком дожиття забезпечують нагромадження коштів.

21. Технічні резерви формуються за ризиковими видами страхування і призначаються: резерв незароблених премій — для покриття масових, однорідних, вимірюваних ризиків, страхові випадки за якими не настали; резерви збитків — для ризиків, страхові випадки за якими вже відбулися або відбудуться за прогнозом (із резерву незароблених премій); окремо формуються резерви за заявленими, але не врегульованими збитками і резерв за незаявленими, але такими, що відбулися, збитками.

22. У практичному аспекті поняття страхового фонду трансформується в сукупність конкретних форм резервів — резерв премій, резерв збитків, резерв попереджувальних заходів, резерв катастроф, резерв коливань збитковості та ін., які визначають мету та відображають завдання їх створення. Всі страхові резерви об’єднані єдиною метою — забезпечити платоспроможність страхової організації.

23. Формування і використання страхових резервів є об’єктом державного нагляду і контролю.

24. Специфіка різних типів страхових продуктів у сфері страхування життя зумовлює потребу в застосуванні різних схем управління страховими резервами.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Ризик страховика, страхувальника; технічні резерви, власні вільні кошти; страхові резерви; ризики страховика: технічні, інвестиційні, нетехнічні; ризик недостатності тарифів; ризик відхилення; ризик недостатності страхових резервів; ризик перестраховування; ризик операційних витрат; ризик великих збитків; ризик катастроф (кумулятивний); ризик зростання; ліквідаційний ризик; ризик знецінення активів; ризик неліквідності активів; ризик невідповідності активів зобов’язанням; ризик відсоткових ставок; ризик оцінки інвестицій; ризик вкладень в інші компанії; ризик управління; ризик, пов’язаний з виконанням зобов’язань перед третіми особами; ризик недоотримання коштів від третіх осіб; загальний ризик бізнесу, страховий тариф; страхова сума; нетто-премія; навантаження, ризиковий внесок; ризикова (гарантійна) надбавка; накопичувальний (ощадний) внесок; витрати на ведення справи; організаційні, аквізаційні, ліквідаційні, управлінські, інкасаційні витрати; баланс страхової організації; активи балансу; пасиви балансу; депо премій з ризиків, взятих у перестраховування; частка перестраховиків у страхових резервах; дебіторська заборгованість страхової організації; страхові резерви; депо премій з ризиків, переданих у перестраховування; кредиторська заборгованість страхової організації; власний, статутний капітал страхової організації; залучені кошти страхової організації; фактори формування фінансових ресурсів страхової організації; принципи організації страхування; особливості ризиків страхувальників; специфіка ризиків страховика; випадковість страхових виплат; доходи страхової організації; доходи від страхової діяльності; доходи від інвестиційної діяльності; інші доходи страхової організації; витрати страхової організації: на проведення страхових операцій, на ведення справи; собівартість страхової послуги; фінансовий результат стра-

хової організації; валовий дохід страхової організації; прибуток страховика; страховий фонд; технічні та математичні резерви; базова страхова премія; брутто-тариф; резерв збитку; резерв премій; методи обчислення резерву незароблених премій; резерв катастроф; норматив коливань збитковості; резерв попереджувальних заходів.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. З якими ризиками має справу страхова компанія?
2. Які основні джерела використовує страхова організація для виконання страхових зобов'язань?
3. Від чого залежить точність обчислення розміру страхового резерву?
4. Дайте визначення поняття “технічні резерви”.
5. Які групи ризиків притаманні діяльності страхової організації (згідно з класифікацією, розробленою Європейським комітетом зі страхування)?
6. Назвіть основні поточні та спеціальні технічні ризики?
7. Які ризики ви можете віднести до інвестиційних?
8. Реалізація деяких нетехнічних ризиків може призвести до появи як технічних, так і інвестиційних ризиків. Наведіть приклад.
9. Назвіть основні структурні елементи брутто-премії?
10. Дайте визначення поняття “страховий внесок”.
11. Яке цільове призначення навантаження?
12. Назвіть основні структурні компоненти нетто-премії.
13. Яке на сьогодні співвідношення між нетто-премією та навантаженням?
14. Для чого використовується ризиковий внесок та від чого залежить його величина?
15. Які компоненти навантаження вам відомі?
16. Що таке баланс страхової організації та яка його структура?
17. Дайте характеристику основних розділів та статей балансу страхової організації.
18. Назвіть види страхових резервів.

19. У чому полягають особливості статутного капіталу страхової організації?
20. На що потрібно звернути увагу при аналізі балансу страхової компанії?
21. Які фактори впливають на фінансові ресурси страхової організації?
22. Згідно з якими принципами здійснюється страхова діяльність?
23. Як принципи страхування впливають на процес формування фінансових ресурсів страхової організації?
24. Чи є відмінність у впливі на формування фінансових ресурсів страхової організації ризиків страхувальників та ризиків страховика?
25. Що означає випадковість страхових виплат?
26. Що входить до переліку доходів страхової організації?
27. Яке призначення доходів страховика від інвестиційної діяльності?
28. Що можуть містити інші доходи страхової організації?
29. Яких витрат може зазнати страхова організація в процесі діяльності?
30. Що таке собівартість страхової послуги?
31. Як визначається фінансовий результат діяльності страховика?
32. Що зумовлює необхідність створення страхових резервів суб'єктами страхового ринку?
33. Дайте визначення понять “страховий фонд” та “страхові резерви”. У чому полягає їх економічна сутність? Розкрийте взаємозв'язок між цими поняттями.
34. Яким чином можна класифікувати страхові резерви?
35. Назвіть основні форми страхових резервів за видами страхування іншими, ніж страхування життя. Яка мета їх створення? Дайте детальну характеристику кожного з них.
36. У чому полягає особливість резервів зі страхування життя? Який порядок формування та витрачання таких резервів?
37. Визначте структуру технічних резервів.
38. Що таке резерв незароблених премій?
39. З якою метою формуються резерви збитків?
40. Назвіть основні фактори, що зумовлюють специфіку управління страховим резервами у сфері страхування життя.

41. Які види страхових продуктів у сфері страхування життя ви знаєте? Як їх специфіка впливає на формування страхових резервів?

42. Який зв'язок між страховими резервами і фінансовою стійкістю страхової компанії?

Література

1. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. — 4-те вид., перероб. і доп. — К.: Т-во “Знання”, КОО, 2005. — 351 с.

2. *Вобльий К.Г.* Основы экономики страхования. — М.: АНКИЛ, 1995.

3. Вчіться вибирати надійного страховика — поради газети “Бізнес” // Бізнес. — 2005. — № 49. — 3 грудня.

4. *Жеребко А.Е.* Совершенствование финансового менеджмента рискованных видов страхования. — М., 2003. — 127 с.

5. Основы страховой деятельности: Учебник / Отв. ред. проф. Т.А. Федорова. — М.: БЕК, 1999. — 776 с.

6. *Охріменко О.О.* Страховий захист: менеджмент, маркетинг, економіка безпеки. — К., 2005. — 416 с.

7. *Райхер В.К.* Общественно-исторические типы страхования. — М.: ЮКИС, 1992.

8. Страхування: Підручник / За ред. проф. С.С. Осадця. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — 599 с.

9. *Сычев А.Ю.* О соотношении рисков и финансовых источников их покрытия в страховой организации // Страховое дело. — 2003. — № 4. — С. 25—31.

10. *Шахов В.В.* Страхование: Учеб. для вузов. — М.: Страховой полис: ЮНИТИ, 1997. — 311 с.

11. *Шелехов К.В., Бігдаш В.Д.* Страхування: Навч. посіб. — К.: МАУП, 1998. — 424 с.

12. *Ширинян А.С., Ширинян Л.В.* Вплив тарифу на фінансову стійкість страхових компаній // Страхова справа. — 2004. — № 4. — С. 111—119.

13. *Шумелда Я.* Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006.

Розділ 15

ФІНАНСОВА БЕЗПЕКА СТРАХОВИКА

15.1. *Зміст фінансової безпеки страхової організації та характеристика джерел її забезпечення.*

15.2. *Платоспроможність страховика та методи її оцінки.*

15.3. *Бюджетування фінансової діяльності страхової організації.*

15.4. *Інвестиційна діяльність страхової організації.*

15.1. Зміст фінансової безпеки страхової організації та характеристика джерел її забезпечення

Фінансова стабільність страхової організації — це здатність виконувати взяті зобов'язання за договорами страхування за умови дії несприятливих чинників, а також зміни в економічній кон'юктурі.

Слід розглянути також інший підхід у визначенні поняття фінансової стабільності страхової організації, під яким розуміється її майновий і фінансовий стан, за якого величина й структура власних і прирівняних до них коштів, ліквідних активів є наслідком ступеня досконалості організації страхування, розвитку його нових видів, а також масовості проведення ефективних страхових операцій, режиму економії, забезпечують у будь-який момент часу певний рівень платоспроможності. Отже, поняття фінансової стабільності страхової організації пов'язане з таким її показником, як платоспроможність.

Платоспроможність страхової організації — здатність виконувати зобов'язання в будь-який момент часу.

Аналіз фінансової стійкості страхової компанії розглядається крізь призму таких елементів: власного капіталу; пла-

тоспроможності; розрахованих тарифних ставок, і, як результат, величини страхових резервів, адекватної сумам узятих страховиком на себе зобов'язань; розміщення страхових резервів (інвестиційна діяльність); збалансованості страхового портфеля; перестраховування.

Згідно з Законом України “Про страхування” фінансова стійкість страхових компаній визначається, виходячи з таких умов забезпечення їх платоспроможності:

- наявності сплаченого статутного фонду та гарантійного фонду страховика;
- створення страхових резервів, достатніх для майбутніх виплат страхових сум і страхових відшкодувань;
- перевищення фактичного запасу платоспроможності страховика над розрахунковим нормативним запасом платоспроможності (рис. 15.1).

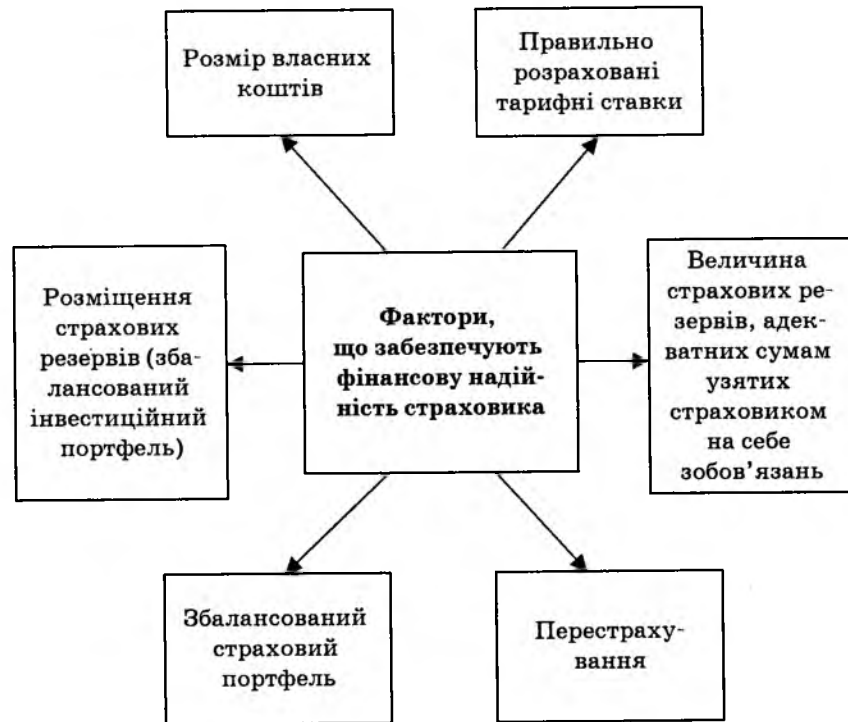


Рис. 15.1. Фактори фінансової надійності страховика

В основі формування достатніх страхових резервів, які забезпечують фінансову стійкість страхової компанії, — правильно розраховані страхові тарифи. Страховий ринок характеризується посиленням конкуренції, що призводить до зниження страхових тарифів, а отже, може спричинити певний позитивний ефект, однак також створити загрозу банкрутства страхової компанії внаслідок неадекватних страхових ставок, які не забезпечують формування достатніх страхових резервів.

Згідно з дослідженнями, лише невелика кількість страховиків розраховують тарифи на основі статистичних даних і реальної збитковості. Часто причиною цього є відсутність кваліфікованих фахівців — актуаріїв, неповноцінна статистика та копіювання тарифів у лідерів ринку.

Метою страховика під час розрахунку величини страхових внесків є формування страхового фонду, який би з наперед заданою ймовірністю перевищив суму майбутніх збитків (виплат) компанії за всіма договорами.

Якщо портфель страховика містить невелику кількість договорів, то застосування стандартної методики розрахунку тарифів за ризиковими видами страхування, яка базується на гіпотезі про нормальний закон розподілу суми майбутніх збитків, є недоречним. Тому страхова компанія прагне залучити якомога більшу кількість клієнтів, оскільки лише за цієї умови теорія ймовірностей дає змогу вивести закономірності розподілу виплат та обчислити рівень тарифів.

Розмір нетто-ставки визначається таким чином:

$$T_n = \frac{S_B}{S} \cdot q \cdot \left[1 + \Phi^{-1}(\gamma) \cdot \sqrt{\frac{\left(1 - q + \frac{R_B^2}{S_B^2}\right)}{Nq}} \right],$$

де S_B — математичне сподівання величини майбутніх виплат, його емпірична оцінка — середнє значення виплат за договорами;

q — ймовірність настання страхового випадку, її емпірична оцінка — частота страхових випадків;

$\Phi(\gamma)$ — стандартна функція нормального розподілу;

R_B^2 — дисперсія страхових виплат,

S — середня страхова сума за договорами цього виду страхування;

N — кількість договорів цього виду у страховому портфелі компанії;

γ — величина гарантії безпеки, яка встановлюється самим страховиком і, як правило, знаходиться у межах від 85 до 99 %.

Нетто-ставка складається з основної частини (чистої нетто-ставки) $\frac{S_B}{S} \cdot q$, яка забезпечує лише 50-відсоткову гарантію беззбитковості страховика, та ризикової надбавки, що покриває можливі відхилення реальної суми виплат від їх очікуваної величини. Чим вищий рівень гарантії безпеки встановлює страховик, тим більший розмір ризикової надбавки. Наприклад, якщо страховика задовольняє рівень безпеки 84 %, то страховий тариф буде складатись із чистої нетто-ставки та ризикової надбавки, обчисленої виходячи з одного середнього відхилення [$\Phi^{-1}(\gamma) = 1$]. Якщо ж прийняти, що γ дорівнює 98 %, то для визначення необхідного розміру страхового фонду до очікуваної середньої величини збитків необхідно додати подвійне середньоквадратичне відхилення суми виплат і т. д.

Важливим джерелом забезпечення фінансової стійкості страхової організації є перестраховування.

Перестраховування — це страхування вже застрахованого ризику. Відповідно до Закону України “Про страхування”, перестраховування — страхування одним страховиком (цедентом, перестраховувальником) на визначених договором умовах ризику виконання частини своїх обов’язків перед страхувальником іншого страховика (перестраховика) — резидента або нерезидента, який має статус страховика або перестраховика згідно із законодавством країни, в якій він зареєстрований.

У результаті перестраховування (цесії) відбувається поділ ризиків, відповідальність розподіляється між багатьма страховиками як на внутрішньому, так і на зовнішньому ринках.

За допомогою перестраховування страховик може захиститись від випадкових (спричинених непередбачуваними обставинами) відхилень розрахункової збитковості від її фактично-

го рівня в поточному році. Тому перестраховування є необхідною умовою забезпечення фінансової стійкості й нормальної діяльності страховика незалежно від розміру його капіталу та страхових резервів.

Перестраховик, фінансово підтримуючи страхову компанію, сприяє розширенню її страхової діяльності. Це дуже важливо для страховика, який зацікавлений у розширенні можливостей своєї компанії. Страховик, починаючи роботу в нових для нього видах страхування, як правило, активно використовує перестраховування, що дає йому можливість набувати потрібного досвіду безпечним для себе шляхом. Перестраховування не лише захищає страховиків, а й сприяє захисту самого страхувальника; працівників страхових компаній від втрати роботи; акціонерів компаній від зниження прибутку; держава має гарантію надходження податків від страхової діяльності і т. ін.

Страхуванню об’єктивно притаманна інвестиційна функція. Наявність необхідних для цього джерел робить інвестиційні операції невід’ємною частиною страхового бізнесу. Слід зазначити, що прибуток від страхової діяльності (в розвинених країнах) не завжди є головною частиною прибутку страховика. Дуже часто основна діяльність страховика приносить йому не прибутки, а збитки, що компенсуються прибутком від інвестиційної та фінансової діяльності. Цю тезу підтверджує і Л.А. Орланюк-Малицька, розглядаючи платоспроможність страхової організації: “В страховій справі інвестиційний прибуток відіграє також і специфічну роль. Він дає можливість страховику мати збиток за власне страховими операціями, що дозволяє йому забезпечувати свої позиції на ринку в умовах конкуренції”.

Прибуток від інвестиційної діяльності в розвинених країнах перекидає збитки від страхової діяльності. У вітчизняних страховиків поки що така тенденція не простежується, і найбільшу частину прибутку страхових компаній становить прибуток від страхової діяльності.

Отже, інвестиційна діяльність суттєво впливає на фінансовий стан страхових компаній, а правильно обрана інвестиційна політика є основою майбутнього прибутку та високої платоспроможності. Це робить операції з інвестування тимчасово

та відносно вільних від зобов'язань грошових коштів необхідною умовою функціонування страховиків.

Важливим фактором у забезпеченні фінансової стійкості є формування збалансованого страхового портфеля, тобто включення до портфеля страхових послуг має відповідати такій вимозі: компанія максимізує прибуток за умови ризику.

Аналогічно до інвесторів, які надають перевагу формуванню портфеля, а не придбанню цінних паперів одного виду, страховики прагнуть працювати з кількома видами страхування, оскільки, формуючи страховий портфель, можна знизити рівень ризику неплатоспроможності, не зменшуючи очікуваної дохідності.

Всередині сформованого портфеля вирівнювання ризику проводиться у просторі і часі. Можливості диверсифікації зростають, зважаючи на різні часові типи розподілу ризиків (рівномірний, катастрофічний, зростаючий), характерні для певних видів страхування. Якщо здійснюються види страхування з різними типами розподілу ризику, відбувається їх взаємне накладання, що за достатньо великого портфеля дає ефект згладжування відхилень.

Комплексний підхід до визначення фінансової надійності страхових компаній пропонує Українське товариство актуаріїв. За цим підходом показник надійності є інтегрованим і базується на трьох коефіцієнтах:

- ліквідності;
- платоспроможності;
- рентабельності.

1. Коефіцієнт ліквідності (K_n):

$$K_n = \frac{A}{O}, \quad (15.1)$$

де A — поточні активи; O — зобов'язання страхової компанії.

2. Коефіцієнт платоспроможності (K_n):

$$K_n = \frac{\Phi}{H}, \quad (15.2)$$

де Φ — фактичний запас платоспроможності; H — нормативний запас платоспроможності.

3. Коефіцієнт рентабельності (K_p):

$$K_p = \frac{\Pi_p}{D}, \quad (15.3)$$

де Π_p — річний прибуток страхової компанії (показник статті “Прибуток (збиток) звітного періоду” звіту про фінансові результати); D — річна сума доходів страхової компанії (показник статті “Дохід (виручка) від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) звітного періоду” звіту про фінансові результати).

Коефіцієнт надійності страхової компанії (K_n) характеризує сукупний рівень ліквідності, платоспроможності і рентабельності компанії і визначається за формулою

$$K_n = \sqrt[3]{K_n \cdot K_n \cdot K_p}. \quad (15.4)$$

Чим вище значення цього показника порівняно з середнім за однорідною групою страхових компаній, тим краща фінансова стійкість страхової компанії. Цей показник необхідно аналізувати в динаміці.

15.2. Платоспроможність страховика та методи її оцінки

Важливим показником фінансової стійкості є показник платоспроможності страхової компанії, який свідчить про можливість страхової компанії покривати зобов'язання за рахунок власних активів. Показник платоспроможності страховика визначається як співвідношення між фактичним і нормативним рівнями платоспроможності. Такий показник має високий ступінь інтеграції, оскільки охоплює значну кількість чинників: вартість активів; обсяг страхових надходжень та страхових виплат; частку страхових премій, що належать перестраховикам; власні фінансові ресурси та загальну суму зобов'язань страховика.

Д.Д. Хемптон дає таке визначення платоспроможності: платоспроможність компанії визначається як здатність покривати всі фінансові зобов'язання, оплачувати всі позови й стра-

хові допомоги з різних полісів, виданих страховою компанією.

З практичного погляду, поняття платоспроможності пов'язане з визнанням компанії неплатоспроможною. Неплатоспроможність виникає, коли компанія не в змозі вчасно платити за своїми боргами. Так, Г.А. Белянкін визначає, що платоспроможність означає, що вартість активів страхової компанії перевищує вартість її зобов'язань або дорівнює їм. Страховик вважається неплатоспроможним, якщо його активи неадекватні або недоступні в певний час, щоб здійснити виплати за страховими випадками, що наставали.

Таким чином, можна визначити платоспроможність страховика як його фактичну і потенційну можливість розраховуватися за зобов'язаннями за рахунок перетворення у грошові кошти його активів.

Найчастіше в літературі згадуються такі методи оцінки платоспроможності:

- оцінка ліквідаційної вартості компанії;
- метод динамічної оцінки.

Перший метод полягає в оцінці вартості активів компанії на деякий фіксований момент часу.

В окремих джерелах стверджується, що чиста ліквідаційна вартість компанії дає достатню підставу для оцінки її ліквідності. При цьому чиста ліквідаційна вартість визначається як ліквідаційна вартість активів мінус усі зобов'язання компанії

$$NLV = A' - L, \quad (15.5)$$

де NLV — чиста ліквідаційна вартість компанії; A' — ліквідаційна вартість активів компанії; L — вартість всіх зобов'язань компанії.

Компанія стає банкрутом, коли її “чиста ліквідаційна вартість” знижується до нуля. Якщо з'ясується, що вартість активів трохи перевищує вартість зобов'язань, то говорять про наявність так званої маржі платоспроможності у цього страховика.

Останніми десятиліттями маржа платоспроможності в багатьох країнах стала використовуватися органами страхового нагляду для визначення фінансової стабільності компаній.

Відповідно до методу динамічної оцінки оцінюється здатність компанії виконувати свої зобов'язання в міру їхнього надходження до оплати.

Для такої оцінки виражають активи й зобов'язання компанії у вигляді грошових потоків і подають їх в інтервалі можливих строків виконання зобов'язань. За умови рівності всіх інших факторів компанії, здатні генерувати позитивний операційний потік коштів, залишаться відносно більше платоспроможними на відміну від компаній, які не в змозі робити цього. Необхідно, щоб операційний приплив коштів, зумовлений рівнем продажу і стягненням дебіторської заборгованості, постійно перевищував операційний відплив коштів, зумовлений операційними витратами й зміною кредиторської заборгованості.

Згідно із Законом “Про страхування” оцінка платоспроможності проводиться на основі порівняння фактичного запасу та нормативного платоспроможності.

На будь-яку дату фактичний запас платоспроможності страховика повинен перевищувати розрахунковий нормативний запас платоспроможності. За умови виконання цього співвідношення страхова компанія оцінюється як платоспроможна, а у разі невиконання щодо компанії застосовуються певні заходи з боку органів нагляду за страховою діяльністю.

Нормативний запас платоспроможності страховика, який здійснює види страхування інші, ніж страхування життя, на будь-яку дату дорівнює більшій з визначених величин, а саме:

- перша підраховується шляхом множення суми надходжень страхових премій протягом звітного періоду на 0,18 (останній місяць буде складатися з кількості днів на дату розрахунку). При цьому сума надходжень страхових премій зменшується на 50 % страхових премій, що належать перестраховикам;
- друга підраховується шляхом множення суми страхових виплат за попередні 12 місяців на 0,26 (останній місяць буде складатися з кількості днів на дату розрахунку). При цьому сума здійснених виплат зменшується на 50 % виплат, що компенсуються перестраховиками згідно з укладеними договорами перестраховання.

Нормативний запас платоспроможності страховика, який здійснює страхування життя, на будь-яку дату дорівнює величині, яка визначається шляхом множення загальної величини резерву довгострокових зобов'язань (математичного резерву) на 0,05. Загальна величина резерву довгострокових зобов'язань (математичного резерву) дорівнює сумі резервів довгострокових зобов'язань (математичних резервів), які визначаються на будь-яку дату окремо за кожним договором страхування життя.

Фактичний запас платоспроможності (нетто-активи) розраховується у два етапи:

- на першому етапі визначається фактичний запас платоспроможності (нетто-активи) шляхом вирахування з вартості майна (загальної суми активів) страховика суми нематеріальних активів і загальної суми зобов'язань, у тому числі страхових. Страхові зобов'язання вважаються такими, що дорівнюють обсягам страхових резервів, які страховик зобов'язаний формувати у порядку, передбаченому Законом України “Про страхування”;
- на другому етапі отримана величина нетто-активів коригується з урахуванням ступеня їх ліквідності.

При проведенні розрахунку фактичного запасу платоспроможності страховик повинен забезпечувати дотримання принципу відповідності ліквідності активів строковості зобов'язань. Активи, які включаються до нетто-активів, повинні зважуватись на певний коефіцієнт, з урахуванням їх ліквідності. Таким чином можна визначити більш конкретний стан платоспроможності.

Без обмежень можуть входити до складу нетто-активів такі активи: грошові кошти та їх еквіваленти; банківські метали; фінансові активи з високим рівнем надійності (наприклад, державні цінні папери або корпоративні цінні папери з високим інвестиційним рейтингом).

Обмеження при визначенні вартості акцій, які входять до складу нетто-активів, такі: акції емітентів, що за результатами своєї фінансово-господарської діяльності за попередній рік є прибутковими, включаються до розрахунку за балансовою вартістю (вартість придбання, собівартість); акції емітентів, що за результатами своєї фінансово-господарської діяльності

за попередній рік є збитковими, включаються до розрахунку за оціночною вартістю, яка розраховується із застосуванням механізму дисконтування балансової вартості зі знижувальними коефіцієнтами, а саме: за перший рік збиткової діяльності застосовується знижувальний коефіцієнт 0,75, за другий рік — 0,50, за третій рік і далі — 0,25.

Облігації, векселі, інші цінні папери емітентів, які не мають відповідного інвестиційного рейтингу, враховуються у складі нетто-активів у сумі добутку їх номінальної вартості і знижувального коефіцієнта (0,25—0,8).

Система знижувальних коефіцієнтів застосовується і при включенні до складу нетто-активів компанії нерухомості та інших основних засобів. До нерухомості рекомендується застосування знижувального коефіцієнта 0,77, до інших основних засобів — 0,33.

Дебіторська заборгованість за прямими операціями пере-страхування та страхування, заборгованість між страховиком, його філіями і представництвами, між страховиком і посередниками включається до складу нетто-активів за чистою реалізаційною вартістю. Дебіторська заборгованість за нестраховими операціями включається до складу нетто-активів, якщо вона належним чином оформлена (векселями, договірними зобов'язаннями, гарантіями третіх осіб).

Не можуть включатися до складу нетто-активів прострочена дебіторська заборгованість та інші активи, стосовно яких є сумнів щодо можливості перетворення їх на грошові кошти.

15.3. Бюджетування фінансової діяльності страхової організації

Одним із напрямів діяльності страхової організації, що забезпечують її фінансову стабільність, є фінансове управління нею на основі бюджетування.

Бюджетування фінансової діяльності страхової організації — процес організації, планування, аналізу й контролю її фінансової діяльності. У бюджетуванні особливе місце займає планування.

Планування як частина бюджетування — процес вироблення й прийняття якісних і кількісних цільових параметрів розвитку, а також вибору шляхів їх ефективного досягнення.

Необхідність планування зумовлена можливістю виникнення різних збоїв, суперечностей, неузгодженості дій окремих підрозділів фірми, невизначеністю майбутнього.

Специфіка страхової діяльності передбачає необхідність такого варіанта управління фінансами, який, з одного боку, враховував би стохастичну природу параметрів страхової діяльності (наприклад, страхових внесків і страхових виплат), а з іншого — відображав би функціональний зв'язок дохідних і видаткових статей бюджету.

В основу схеми управління фінансами страхової організації на основі бюджетування закладена планова модель управління, що передбачає побудову певного варіанта бюджету. При цьому за основними характеристиками модель бюджету є детермінованою, однак стохастична природа параметрів у ній ураховується одним із двох способів — або на основі моделі проводяться багаторазові розрахунки, що відповідають конкретним значенням випадкових параметрів, або замість випадкових величин використовуються їх статистичні оцінки.

Наступною особливістю бюджетування для страхової організації є побудова й використання показників бюджету, характерних саме для страхових організацій. Залежно від цілей застосування бюджету можуть будуватися на різні періоди. Найбільш типовим є річний період із проміжними показниками на півріччя, квартал і місяць. Розбиття року на більш дрібні періоди дає можливість страховій організації оперативно оцінювати виконання бюджету й швидко приймати рішення.

Перевагою бюджетування є підвищення конкурентоспроможності й фінансової стабільності страхової організації. Бюджетування дає змогу, по-перше, виявити проблеми заздалегідь до їх реального виникнення, по-друге, виробити послідовність дій з реалізації цілей, по-третє, скоординувати діяльність підрозділів.

Процес бюджетування страхової компанії можна представити у вигляді трьох основних етапів.

Етап I. Формування прогнозних значень основних показників страхової організації.

Здійснюється на основі бухгалтерської звітності, аналізу складних тенденцій розвитку фірми, можливих варіантів її розвитку й використовується для побудови на наступних етапах бюджетування можливих варіантів бюджету й базового проекту бюджету.

Етап II. Формування прогнозів бюджету й проекту бюджету страхової організації.

Прогноз бюджету є прогнозом фінансовою звітністю страховика — це проект річного звіту його діяльності на основі використання прогнозних значень фінансових показників.

Прогнозні значення фінансових показників, що використовуються для побудови прогнозу бюджету, повинні або відображати сформовані до моменту складання балансу тенденції розвитку бізнесу в цій страховій компанії, або передбачати варіанти її розвитку, зокрема з урахуванням впровадження всіх заходів, що забезпечують ефективний розвиток.

Між показниками бюджету наявні певні функціональні зв'язки, які визначають допустимість бюджету.

Формально допустимим вважається бюджет, у якому дотримуються функціональні співвідношення його показників, що відповідають ефективному розвитку компанії.

Прикладом формально допустимого є будь-який бюджет, що забезпечує одержання прибутку. За бажанням фахівців до формально допустимих можуть належати бюджети із заданою заздалегідь величиною дефіциту (надлишку) фінансових ресурсів.

Оскільки сформовані у сфері бізнесу або в певній страховій організації тенденції не завжди відповідають ефективному розвитку фірми, отриманий прогноз бюджету обов'язково слід проаналізувати з метою виявлення негативних тенденцій і тих кризових ситуацій, які можуть виникнути під час його реалізації. Зокрема, такі ситуації можуть бути пов'язані з нестачею (надлишком) фінансових ресурсів, що виникає під час реалізації аналізованого прогнозу бюджету.

Якщо аналізований прогноз є незадовільним, фахівці фірми повинні сформулювати такий варіант розвитку страхової організації, що відповідав би її ефективному розвитку й забезпечував би фінансову стабільність компанії.

Прогноз бюджету, який забезпечує фінансову стабільність страхової організації, що відповідає її ефективному розвитку й прийнятій до виконання, називається проектом або базовим проектом бюджету.

Проект бюджету страхової організації будується на економічно обґрунтованих прогнозних значеннях показників, що забезпечують ефективний розвиток страхової організації. Він повинен виконувати координуючу функцію в організації її діяльності й бути основою для вироблення рішень з управління фінансами. Саме з його показниками будуть порівнюватися надалі фактичні значення показників діяльності фірми.

Етап III. Контроль і аналіз виконання базового проекту бюджету.

Виконання проекту бюджету піддається впливу багатьох факторів. Тому найчастіше реальні значення показників діяльності фірми не відповідають плановим. Це викликає необхідність прийняття оперативних рішень, які сприяють реалізації прийнятого варіанта бюджету або формуванню нового бюджету, що враховує вплив виявлених факторів і забезпечує ефективний розвиток організації.

Як вже зазначалось, бюджет становить детерміновану модель балансу прибутків і видатків, що припускає зіставлення доходів і видатків, визначення фінансового результату страхових операцій, відображення інвестиційної та інших видів діяльності.

При складанні проекту бюджету необхідно врахувати специфіку страхової діяльності, що, по суті, може визначитися низкою додаткових видів видатків, доходів, активів і розрахунків.

До складу специфічних доходів страхової організації входять:

- 1) отримані комісійні й брокерські винагороди, тантьєми¹, збори;
- 2) страхові внески (премії) з прямого страхування;
- 3) страхові премії, отримані за ризиками, взятими у перестрахування;

¹ *Тантьєма* — комісійна винагорода для перестраховальника з прибутку перестраховика, за надану можливість взяти участь у перестрахуванні.

4) отримані відшкодування частки збитків за ризиками, переданими у перестрахування й ретроцесію;

5) депо премій та збитків, сформованих в інших страхових організаціях за ризиками, отриманими від них у перестрахування (розглянутий страховик постає в ролі перестраховальника);

6) депо премій і збитків за ризиками, переданими у перестрахування (розглянутий страховик є перестраховальником);

7) позитивні результати зміни страхових резервів.

До специфічних видатків страхової організації належать:

- 1) видатки на ведення справи;
- 2) страхові виплати за прямого страхування;
- 3) частка збитків, що відшкодовується, сплачена за ризиками, взятими у перестрахування;
- 4) сплачені страхові премії за ризиками, переданими у перестрахування;
- 5) сплачені комісійні й брокерські винагороди, тантьєми, збори.

Специфіка активів і зобов'язань страхової організації, що повинна бути врахована при бюджетуванні, визначається наявністю особливих статей балансу. До них належать позички зі страхування життя; депо премій з ризиків, взятих у перестрахування; депо премій з ризиків, переданих у перестрахування; страхові резерви; частка перестраховальників у страхових резервах; дебіторська й кредиторська заборгованість з операцій страхування, співстрахування й перестрахування.

До специфічних розрахунків страхової організації належать розрахунки з прямого страхування; різних видів страхування; ризиків, переданих у перестрахування; ризиків, взятих у перестрахування; регресних вимог; претензій.

При визначенні фінансового результату страхова організація додатково враховує суми, присуджені на користь страховика за регресними позовами особам, відповідальним за заподіяний збиток.

15.4. Інвестиційна діяльність страхової організації

В умовах ринкової економіки страхування є важливим чинником розгортання інвестиційної діяльності. Страхові компанії, з одного боку, в процесі здійснення своєї основної (операційної) діяльності страхують економічні інтереси суб'єктів господарювання від імовірних ризиків і тим самим стимулюють інвестиційну активність, а з іншого — є безпосередніми інвесторами.

Аналізуючи вплив, який інвестиційна діяльність чинить на фінансові результати страхових організацій, багато економістів намагалися визначити її роль у страховому бізнесі й місце власне страхових операцій. У зв'язку з тим можна виокремити три основні позиції з цього питання.

1. Основним завданням страхової організації є надання безпосередньо страхових послуг, тобто вирівнювання ризиків і покриття збитків, а інвестиційна діяльність відіграє другорядну роль.

2. Надання страхових послуг та інвестиційна діяльність є рівнозначними складовими страхового бізнесу.

3. Основним завданням компаній, що здійснюють страхування життя, так само як і для страховиків, що надають послуги зі страхування, іншого, ніж страхування життя, є мобілізація нагромаджень для їхнього наступного інвестування, а власне надання страхових послуг є вторинною функцією.

Першій позиції дотримувалася більшість вітчизняних вчених кінця XIX — початку XX ст., високо оцінюючи роль та значення страхових компаній як носіїв інвестиційного капіталу на національному ринку. Так, академік К.Х. Воблій у фундаментальній праці “Основи економіки страхування” визнавав, що “зростання страхових капіталів передбачає, що страхові установи непомітно перетворюються в кредитні установи, які відіграють важливу роль на грошовому ринку”. Однак, визнаючи інвестиційну діяльність виключно банківською діяльністю, він стверджував, що для страхових організацій “банків-

ська діяльність має службове значення стосовно їх головного й основного завдання — вирівнювання ризиків й покриття збитків, що спричинялися різноманітними небезпеками”. Таке сприйняття інвестиційної діяльності страхових організацій набуло відображення й у державній політиці щодо страхового ринку в СРСР. Розглядаючи страхування як найбільше джерело позичкового капіталу для національної економіки, держава водночас виключала можливість самостійного розпорядження страховими компаніями грошовими коштами, залишаючи за собою право монопольного розміщення страхових ресурсів.

Друга позиція, яка передбачала розгляд надання страхових послуг та інвестиційної діяльності як рівнозначних складових страхового бізнесу, стала особливо поширеною з 1994 р. Дуже чітко це положення було сформульовано Лігою страхових організацій України: “функцією страхування, поряд із забезпеченням безперервності й стабільності виробництва, є формування фінансових ресурсів для інвестиційної діяльності й головним чином — для капіталів довгострокового характеру”.

Страхова організація поряд з іншими фінансовими інститутами (банками, інвестиційними фондами, компаніями з управління активами та ін.) становить органічний елемент фінансової складової економічної системи країни. Принцип інверсійного функціонування капіталу страховика, який передбачає спочатку акумуляцію грошових коштів за рахунок страхових внесків та платежів, а вже потім його поділ на грошові потоки та фонди, визначає специфіку складу та структури капіталу останнього. Інвестиційний потенціал страхової компанії — це залучені кошти її клієнтів-страхувальників, які певний час становлять групу тимчасово вільних ресурсів страховика. Тому механізм функціонування страхування є досить цікавим з погляду розподілу та розміщення цих ресурсів.

За економічною сутністю всю сукупність фінансових відносин страхової компанії можна поділити за такими напрямками:

- між засновниками та учасниками страхового товариства в момент його створення — пов'язані з формуванням власного капіталу та в його складі статутного (акціонерного) капіталу;
- між страховиком та страхувальником — пов'язані з фактичним виробництвом та реалізацією страхового продукту

(послуги) під час особистого страхування, страхування від ризику втрати та пошкодження майна, страхування відповідальності тощо. Ці фінансові відносини є домінуючими, оскільки від їх ефективності в остаточному підсумку залежить кінцевий результат діяльності страхової організації;

- між страховою компанією та фінансовими установами держави — виникають під час розрахунків першої з бюджетом та позабюджетними фондами, сплатою податків та інших обов'язкових платежів, отриманням податкових пільг та державного фінансування, застосування державою штрафних санкцій за порушення податкового законодавства та невиконання нормативних вимог органів у справах нагляду за страховою діяльністю з боку страховика;

- між страховою організацією та суб'єктами банківської системи — в процесі розміщення вільних коштів на депозитних та поточних рахунках у банках, отримання банківських позик чи кредитів та сплатою відсотків за їх користування, купівля-продаж валюти, надання страхових послуг банкам тощо;

- між страховою компанією та її працівниками — в результаті виплати заробітної плати, премії, компенсації, матеріальної допомоги, а також випуску, погашення та сплати дивідендів за випущеними цінними паперами та ін.

Кожна з цих груп фінансових відносин має свою специфіку, проте всі вони мають двосторонній характер та пов'язані з рухом фінансових ресурсів страхової організації. Рух фінансових ресурсів передбачає формування власного капіталу та створення страхових резервів, а також використання коштів із грошових фондів та резервів. Кругообіг фінансових ресурсів страхового підприємства не обмежується лише страховими операціями, він ускладнюється включенням його в інвестиційний процес. Це дає змогу окреслити всі вільні кошти, що перебувають в обігу страховика, як його фінансовий потенціал.

Фінансовий потенціал страховика — це вся сукупність фінансових ресурсів, що перебуває в господарському обороті для забезпечення проведення страхових операцій та здійснення його інвестиційної діяльності. Таким чином, це визначення забезпечує:

- інтеграцію страхового підприємства у фінансово-господарську систему суспільства;
- галузеву специфіку структури коштів страхової компанії;
- широкі можливості у сфері інвестування.

На початку функціонування страхової організації первинним та базисним елементом є власний капітал, який у процесі її майбутньої діяльності поповнюється з різних джерел: за рахунок прибутку від страхової діяльності, курсового та додаткового емісійного доходу від випуску власних цінних паперів, результатів інвестиційної діяльності тощо. Здійснюючи страхову діяльність, компанія акумулює фінансові ресурси за рахунок сплати клієнтами страхових внесків та премій, причому збір коштів з усіх учасників страхового фонду в майбутньому передбачає виконання компанією взятих на себе зобов'язань із виплати сум страхових відшкодувань у результаті настання страхових подій лише за деякими з цих учасників. За рахунок коштів страхового фонду компанія також робить відрахування на компенсацію витрат із ведення страхової справи, закладених у страховий тариф.

Фінансовий потенціал страховика, крім власне коштів на здійснення операцій зі страхування, включає також інвестиційний потенціал, який складається з двох нерівнозначних частин — власного капіталу та залучених коштів, причому залучені кошти значно переважають власний капітал, що зумовлено галузевою специфікою діяльності страхової компанії. Так, діяльність компанії базується на страховому фонді фінансових ресурсів, що формується за рахунок надходження коштів страхувальників (страхові внески та платежі). Проте цей фонд не належить страховику, він перебуває лише в його тимчасовому розпорядженні доти, доки страховик буде нести фінансові зобов'язання за договорами страхування перед страхувальниками. Кошти цього фонду спрямовуються або на виплату обумовлених договором страхування сум із відшкодування збитків, або за вдалого збігу обставин перетворюються на дохідну базу страховика. Але доти, доки вони не перетворилися на резерв зароблених страховиком страхових премій — його дохід, вони можуть використовуватися лише як інвести-

ційний ресурс або на інші, чітко обумовлені законодавством, цілі.

Таким чином, залучений характер коштів, що перебувають у розпорядженні страховика, вимагає чітко продуманої та обґрунтованої концепції поведінки останнього на ринку інвестиційних вкладень та врахування ризику інвестиційної діяльності під час вибору напрямів інвестицій. Від результатів інвестиційної діяльності страхової компанії залежить її спроможність виконання взятих на себе зобов'язань із укладених договорів страхування: якщо інвестиційна програма виявиться помилковою та збитковою, а об'єкт інвестування — недостатньо спроможним, то банкрутство може спіткати вже самого страховика. Тому таким важливим видається формування стратегії інвестиційної діяльності, яка передбачає побудову довго та короткострокового інвестиційного портфеля страховика, а оцінка ризикованості конкретних депозитних вкладень, вкладень у цінні папери, об'єкти нерухомості, інші категорії активів відіграє не менш важливу роль для страхової компанії, ніж достовірна оцінка ризику її страхового портфеля.

Об'єктивно притаманна страхуванню інвестиційна функція, а також наявність джерел інвестиційної діяльності в кожному потоці коштів, що проходять крізь страхову організацію, робить проведення інвестиційних операцій невід'ємною частиною страхового бізнесу.

Таким чином, можна стверджувати, що результати інвестиційної діяльності страховика чинять настільки істотний вплив на фінансовий стан компанії, що найчастіше можна констатувати: прибуток або збиток за результатами фінансового року наслідок і найбільш яскраве відображення правильності обраної інвестиційної поведінки. Дохід від інвестицій у закордонних страхових компаніях становить у середньому від 20 до 30 % сукупного доходу, що дає змогу розглядати інвестування як необхідну складову страхового бізнесу. Водночас цей показник для українських страхових компаній становить у середньому не більше 6 % доходів, що свідчить про нерозвиненість цього виду операцій у національних страховиків.

Висока частка інвестиційного доходу в загальній структурі доходів дає змогу зарубіжним страховим компаніям успішно

конкурувати на страховому ринку, компенсуючи збитки від власної страхової діяльності прибутком від інвестування.

Аналіз структури валового прибутку страхових організацій дає змогу визначити, що фінансовий результат повністю формується за рахунок інвестиційної діяльності, причому наявність негативного фінансового результату від операцій страхування у зарубіжних компаній дає можливість стверджувати, що ця тенденція спостерігається й на вітчизняному страховому ринку. Необхідно зазначити й те, що в складі валового прибутку вітчизняних страховиків спостерігається високий відсоток доходів від інших операцій: від реалізації основних фондів і матеріальних цінностей, від здавання майна в оренду і т. ін. Однак, аналізуючи досвід закордонних страхових компаній, можна зробити висновок про майбутнє зниження їхньої частки в загальній структурі прибутку й формуванні її головним чином за рахунок інвестиційних вкладень.

Отже, очевидно, що інвестиційна діяльність впливає на фінансове становище страхових компаній, і правильно обрана інвестиційна стратегія є запорукою майбутнього прибутку й високої платоспроможності. Це робить операції з інвестування тимчасово вільних коштів необхідною умовою функціонування страховиків.

Накопичені страховими компаніями активи є одним з основних джерел довгострокового інвестування та важливим ресурсом для стабілізації економіки. Найяскравіше роль страхових компаній як внутрішніх інвесторів виявляється в довгострокових договорах страхування життя і пенсій (накопичувальні форми страхування), за умовами яких зобов'язання страховика зі страхових виплат виникають, як правило, після закінчення строку дії договору. У цій галузі страхування договори укладаються на достатньо тривалий строк (30—40 років), і страхові компанії, фактично отримуючи стабільно протягом тривалого строку страхові внески, мають змогу їх резервувати. Крім того, компанії, що здійснюють страхування інше, ніж страхування життя, повинні також створювати відповідні резервні фонди на покриття майбутніх виплат за чинними договорами страхування. Ця важлива сторона страхування дає змогу розглядати страховика як інституційного інвестора, тобто своєрідний фінансовий інститут, який у зв'язку зі специфі-

кою своєї діяльності може розглядатися як спеціалізований інвестиційний інститут вкладання коштів страхових резервів у різноманітні активи. Саме способом реалізації інвестиційної функції страхових організацій є здійснення ними інвестиційної діяльності, яка буде предметом подальшого аналізу.

Основа для здійснення інвестиційної діяльності страхових компаній становлять кошти страхових резервів, які акумулюються в процесі надання страхових послуг. Джерелом формування цих коштів є відрахування за рахунок нетто-ставки страхового тарифу й сум, що спрямовуються у фонд попереджувальних заходів. Водночас для покриття власних видатків під час проведення страхової діяльності й забезпечення гарантій власної платоспроможності страхова організація проводить фінансову діяльність. Коштами, що обслуговують цей вид діяльності, є навантаження до нетто-ставки страхового тарифу, за винятком відрахувань до фонду попереджувальних заходів, і власні кошти страховика: статутний, додатковий, резервний капітал, а також фонди нагромадження й споживання та нерозподіленого прибутку.

Таким чином, частина коштів, що обслуговують цей вид діяльності, використовується страховиком на потреби поточного споживання, а частина, акумулюючись у різних нестрахових фондах і резервах, може бути тимчасово інвестована. В основному з цією метою можна використовувати статутний і додатковий капітал, резервний фонд, фонд нагромадження й нерозподілений прибуток. Оскільки серед цих джерел тільки статутний капітал є регульованим параметром, що залежить безпосередньо від результатів основної (страхової) діяльності, саме його нагромадження буде впливати на формування інвестиційного капіталу в межах здійснення страховою організацією власної фінансової діяльності.

Однією з умов забезпечення платоспроможності страховиків відповідно до Закону України “Про страхування” є *створення* страхових резервів, достатніх для майбутніх виплат страхових сум і страхових відшкодувань, та їх правильне *розміщення* відповідно до принципів диверсифікованості, зворотності, ліквідності та прибутковості.

Перший принцип інвестиційної діяльності — *принцип безпечності*. Його дія поширюється як на активи, що покривають

страхові резерви, так і на вільні активи. Цей принцип передбачає максимально надійне розміщення активів, що забезпечує їх повернення у повному обсязі.

Другий принцип — *прибутковість* вкладень. Згідно з ним активи, які розміщуються страховиком з дотриманням принципу безпечності, повинні також давати постійні та достатньо високі доходи.

Третій принцип — *ліквідність* об'єктів інвестування. Страхова компанія повинна у будь-який час мати у своєму розпорядженні надійні, високоприбуткові активи, які б забезпечували легку їх конвертацію у грошові кошти з метою забезпечення страхувальникам виплати обумовлених договором сум у встановлені строки.

Четвертий принцип — *диверсифікація* інвестиційної діяльності. Він слугує для розподілу страхових резервів серед різних видів вкладень з метою мінімізації ризиків інвестування, що у свою чергу забезпечує фінансову стійкість інвестиційного портфеля страховика, його високу прибутковість та достатній рівень ліквідності організації.

Нормативно-правовими актами визначено також основні категорії активів для представлення страхових резервів для страхових компаній, окремо для тих, що займаються страхуванням життя та страхуванням іншим, ніж страхування життя. Відповідно до міжнародних директив щодо нагляду за інвестиційною діяльністю страховиків встановлюються кількісні співвідношення цих категорій активів у портфелі вкладень страхових компаній.

Для представлення технічних (страхування інше, ніж страхування життя) та математичних (страхування життя) резервів беруться в покриття такі форми інвестицій та в таких обсягах:

- банківські вклади та депозити — не більше 70 % загального розміру технічних резервів (не більше 20 % — в одному банку) та 50 % загального обсягу математичних резервів (не більше 10 % — в одному банку);
- грошові кошти на розрахункових рахунках — не більше 10 та 5 % загального обсягу резервних коштів страховиків відповідно для страхування іншого, ніж страхування життя, та для страхування життя;

- акції та облигації — не більше 40 та 50 % коштів, що беруться в покриття відповідно резервів з видів страхування інших, ніж страхування життя, та резервів зі страхування життя, в тому числі:

- акції та облигації українських емітентів — для компаній з ризикових видів страхування не більше 30 % загального обсягу технічних резервів та не більше 10 % (для акцій) і 5 % (для облигацій) — одного емітента; для компаній зі страхування життя не більше 30 % загального обсягу вкладень в акції і 40 % загального обсягу вкладень в облигації та не більше 5 % — в акції одного емітента і не більше 10 % — в облигації одного емітента;

- цінні папери, в тому числі акції та облигації іноземних емітентів та іноземних держав — разом не більше 10 % обсягу технічних резервів та не більше 20 % обсягу математичних резервів;

- іпотечні цінні папери (сертифікати) — не більше 15 % обсягу коштів, що беруться в покриття технічних резервів (не більше 2 % — одного емітента), та не більше 10 % обсягу коштів, що беруться в покриття математичних резервів без обмеження за обсягом вкладень в іпотечні цінні папери одного емітента;

- нерухоме майно — не більше 20 % обсягу коштів страхових резервів з видів страхування інших, ніж страхування життя (не більше 10 % — в один об'єкт нерухомості) та не більше 20 % загального обсягу математичних резервів (не більше 5 % — в один об'єкт нерухомості);

- державні цінні папери — не більше 40 % технічних резервів та не більше 50 % математичних резервів;

- права вимог до перестраховиків — не більше 50 % загального обсягу технічних резервів та не більше 40 % загального обсягу математичних резервів;

- банківські метали — не більше 10 % загального обсягу коштів, що беруться в покриття страхових резервів як з видів інших, ніж страхування життя, так і зі страхування життя;

- інвестиції в економіку України за певними напрямками, визначеними Кабінетом Міністрів України, — не більше 20 % загального обсягу виключно технічних резервів та не більше 5 % в окремий об'єкт інвестування;

- кредити страхувальникам — не більше 10 % загального обсягу виключно математичних резервів.

Забороняється використання коштів страхових резервів для:

- надання позик (кредитів) фізичним і юридичним особам, крім деяких випадків, передбачених законом (допускається тільки видача позичок страхувальникам, що уклали договори особистого страхування, у межах викупних страхових сум за цими договорами);

- укладання договорів купівлі-продажу, крім випадків, передбачених правилами;

- придбання акцій і паїв товарних і фондових бірж;

- вкладення в інтелектуальну власність;

- інвестицій, не передбачених спеціальними Правилами розміщення страхових резервів.

Директивами ЄС встановлюються основні параметри інвестиційної діяльності. Оскільки основне завдання формування й використання коштів страхового фонду полягає в намірі страховика виконувати свої зобов'язання в повному обсязі в міру їх виникнення, необхідне розміщення страхових резервів відповідно до строків, сум і валюти взятих зобов'язань та врахувати ризикованість цих вкладень.

Відповідно до вимог строковості довгострокові зобов'язання страхової компанії повинні інвестуватися в довгострокові активи. Аналогічно короткострокові зобов'язання розміщуються в активи з коротким строком обігу.

Страхові організації, що здійснюють накопичувальні види страхування, теоретично мають можливість розподілу активів відповідно до строків взятих зобов'язань, але для реалізації на практиці цього принципу вони повинні мати у своєму розпорядженні відповідні фінансові інструменти, що забезпечують постійний дохід протягом наступних років у розмірі, не нижчому від дохідності за державним цінними паперами.

Страхові компанії, що проводять ризикові види страхування, мають, як правило, короткострокові зобов'язання строком до одного року, і основу цих вкладень мають становити короткострокові активи. Однак основною проблемою таких компаній є неможливість точного визначення моменту витребування коштів. У цьому випадку визначальним моментом для

страхової компанії є її ліквідність, тобто здатність сплатити всі рахунки при настанні строків платежів. Ліквідність у страхуванні забезпечується за рахунок двох джерел коштів:

а) потоку коштів, що включає страхові платежі й регулярні надходження від інвестицій (відсотки, дивіденди й т. ін.);

б) від реалізації інвестиційних активів.

Потік коштів у страховій компанії, яка стабільно працює, як правило, достатній для задоволення щоденної ліквідності. Однак якщо виникне потреба сплатити значні суми страхових відшкодувань, необхідно мати в розпорядженні ліквідні інвестиційні активи. Вимога ліквідності стосовно інвестиційних активів означає можливість їхньої реалізації протягом найкоротшого часу без фінансових втрат.

Загальну характеристику ліквідних активів можна надати в такий спосіб.

1. Вони повинні мати свій ринок, необхідний для швидкого перетворення на гроші.

2. Вони повинні мати досить стабільні ціни, тобто ринок повинен мати здатність приймати активи без значного зниження цін на них.

3. Вони повинні бути оборотні, тобто продавець повинен мати можливість відшкодувати первісні інвестиції з мінімальним ризиком.

Високоліквідні активи, як правило, мають низьку дохідність, але, як зазначено вище, виплати відшкодувань за ризиковими видами страхування не припускають залежності від інвестиційного прибутку, отже, повинні забезпечувати більшу ліквідність, ніж дохід.

Для страхових компаній, що мають портфель зобов'язань за накопичувальними видами страхування, ліквідність активів має менше значення, ніж їх дохідність, внаслідок чого наявність надліквідних коштів у такій страховій компанії може істотно знизити її прибутковість та ускладнити виконання інвестиційних зобов'язань перед страхувальниками. Отже, щодо параметрів "ліквідність — прибутковість" вибір активів для портфеля компаній, що здійснюють накопичувальні види страхування, буде істотно відрізнятися від активів, які використовують компанії для здійснення ризикових видів страхування, і повинен зміщуватися в бік прибутковості.

Відповідність валюти взятих зобов'язань валюті інвестиційних активів є іншою важливою вимогою під час здійснення інвестиційної діяльності. У країнах з високим рівнем інфляції, в тому числі в Україні, великою популярністю користується укладання страхових договорів, номінованих в іноземній валюті — доларах США та євро. У цьому випадку страхова компанія повинна мати можливість розмістити страхові резерви у відповідній валюті або застрахувати валютний ризик, укладаючи ф'ючерсний контракт на купівлю валюти за прийнятним для неї курсом. В останньому випадку компанія розміщує ресурси у національній валюті відповідно до строків виконання ф'ючерсного контракту.

Взяття зобов'язань в іноземній валюті змушує страховика крім страхових ризиків нести валютний ризик, який може вплинути на діяльність компанії, що підтверджується кризовими подіями середини 1990-х років. У зв'язку з цим при укладанні страхових договорів, що передбачають валютне покриття, компанія повинна мати в розпорядженні механізми, що допомагають уникнути ризику девальвації, таких як розвинутий валютний ринок, ринок цінних паперів, виражених в іноземній валюті, ринок валютних ф'ючерсів. Крім того, необхідне законодавство, що дає змогу страховикам проводити операції на вищезазначених ринках.

У процесі діяльності страхова компанія зіштовхується й з іншими видами нестрахових ризиків, здатних вплинути на виконання зобов'язань за страховими виплатами, основними серед яких є:

а) ризик зміни відсоткових ставок (падіння загальноринкових цін);

б) ризик ліквідності активів;

в) ризик фінансового посередника.

Відсотковий ризик виникає у разі перевищення відсоткових ставок за зобов'язаннями страхової компанії над відсотковими ставками за відповідними активами, що негативно впливає на платоспроможність компанії й ставить завдання управління відсотковим ризиком страховика. Однією з основних концепцій управління відсотковим ризиком є підтримання різниці між середньозваженою ставкою, отриманою за активами, і зваженою середньою ставкою, виплаченою за зобов'яз-

заннями. Чим більша різниця між цими величинами, тим рівень відсоткового ризику нижчий. Однак є межі мінімізації відсоткового ризику — прибутковість і ліквідність. Ризикові активи, як правило, недостатньо ліквідні.

Ризик ліквідності змінюється залежно від категорії активів і стану фінансового ринку. Мінімізація ризику ліквідності також обмежена таким параметром, як прибутковість.

Особливим видом ризику, з яким зіштовхується страхова організація при здійсненні інвестиційної діяльності, є ризик невиконання фінансовим посередником своїх зобов'язань. Цей вид ризику утворився в Україні внаслідок особливостей законодавства і, як засвідчила практика, чітко виявляється під час криз банківської системи. Він є практично непрогнозованим, у результаті чого страховик може втратити інвестовані кошти через погіршення фінансового стану посередника.

Аналізуючи інвестиційну діяльність страхової компанії слід детально зупинитися на понятті *інвестиційна стратегія*, яка становить науково обґрунтовані методи планування інвестиційної діяльності, постановки цілей інвестування та окреслення механізмів щодо їх реалізації і дозволяє ефективно керувати інвестиційним портфелем активів страховиків з урахуванням специфіки їх зобов'язань.

Інвестиційна стратегія як форма реалізація інвестиційного потенціалу страхової компанії в конкретні інвестиційні проекти передбачає побудову портфеля інвестиційних вкладень.

Під інвестиційним портфелем страхової компанії розуміється певна цілеспрямована сформована сукупність (набір) фінансових інструментів, передбачена для здійснення інвестиційної діяльності відповідно до розробленої інвестиційної стратегії.

Інвестиційний портфель має бути узгоджений з потребами страховика-інвестора, які залежать від таких характеристик, як поточна страхова діяльність, обсяг інвестиційних ресурсів та інших факторів, що мають суттєвий вплив. Однак перш ніж приймати рішення про придбання корпоративних облігацій, державних цінних паперів, акцій чи іпотечних сертифікатів, необхідно розробити схему розміщення активів. Схема розміщення активів передбачає поділ інвестиційного портфеля на різні класи активів: акції різних підприємств, облігації дер-

жавного чи корпоративного сектору і т. ін. Збереження капіталу та його захист у результаті дії несприятливих факторів та чинників інвестиційного ринку і використання сприятливих коливань з метою отримання додаткового доходу — це головна мета схеми розміщення активів. Це теоретичне положення, яке базується на твердженні про те, що дохідність портфеля залежить швидше від його структури, ніж від самих інвестицій, щодня підтверджується у повсякденній практиці інвестування страховиками.

Висновки

1. Фінансова стійкість страхової організації — такий майновий і фінансовий стан організації, за якого величина й структура власних і прирівняних до них коштів, ліквідних активів, що є наслідком ступеня досконалості організації страхування, розвитку його нових видів, а також масовості проведення ефективних страхових операцій і режиму економії, забезпечують у будь-який момент часу певний рівень платоспроможності.

2. Аналіз фінансової стійкості страхової компанії розглядається крізь призму таких елементів: власного капіталу; платоспроможності; адекватно розрахованих тарифних ставок і, як результат, величини страхових резервів, адекватної сумам, узятих страховиком на себе зобов'язань; розміщення страхових резервів (інвестиційна діяльність); збалансованого страхового портфеля.

3. Платоспроможність компанії — здатність покривати всі фінансові зобов'язання, оплачувати всі позови й страхові допомоги з різних полісів, виданих страховою компанією. Платоспроможність страховика також слід розглядати як його фактичну і потенційну можливість розраховуватися за зобов'язаннями за рахунок перетворення у грошові кошти його активів.

4. Регулюванням необхідного рівня платоспроможності займаються державні органи нагляду за страховою діяльністю, які встановлюють необхідний запас (маржу) платоспроможності.

5. Бюджетування фінансової діяльності — процес організації, планування, аналізу й контролю її фінансової діяльності; передбачає формування прогнозів і проекту бюджету страхової організації, а також контроль і аналіз виконання базового проекту бюджету.

6. Страхування у разі нагромадження коштів страхових резервів формує інвестиційний ресурс, що є основою для здійснення інвестиційної діяльності. У зв'язку з тим, що за допомогою інвестиційної діяльності страхування виконує такі важливі завдання, як особисте матеріальне забезпечення громадян і подальший розвиток виробничих можливостей, вважаємо за необхідне закріпити в сучасній теорії твердження про те, що страхуванню крім власне надання страхових послуг властива й інвестиційна функція.

7. Оскільки страхова система має функціонувати незалежно від інших економічних інститутів, виконання інвестиційної функції страхуванням повинне забезпечуватися проведенням страховиком самостійної інвестиційної діяльності, що ґрунтується на певних принципах та відповідає критеріям розміщення коштів страхових резервів.

8. Проведений аналіз поглядів на значимість інвестиційної діяльності в страховому бізнесі та її відношення до власне страхових операцій виявив наявність різних поглядів на цю проблему. Зазначимо, що домінуючою є практика, відповідно до якої інвестиційні операції — це необхідна та рівнозначна щодо власне операцій зі страхування частина страхового бізнесу.

9. Дослідження частки інвестиційного доходу в загальній сумі доходів і аналіз структури валового прибутку вітчизняних та зарубіжних страхових організацій дає змогу стверджувати про великий вплив інвестиційної діяльності на фінансові результати страховика і його конкурентоспроможність.

10. Ключовим моментом у інвестиційній діяльності страховика залишаються розробка та реалізація грамотної інвестиційної стратегії, яка дає змогу ефективно керувати портфелем інвестиційних вкладень з урахуванням специфіки його зобов'язань.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Фінансова стійкість страхової організації; платоспроможність страхової організації; фактичний запас платоспроможності; нормативний запас платоспроможності; бюджетування фінансової діяльності страхової організації; проект бюджету; страхові резерви; принципи інвестування; стратегії інвестиційних вкладень; фінансовий та інвестиційний потенціал страхової організації; прибуток страховика; портфель інвестиційних активів; директиви ЄС щодо інвестиційної діяльності; капітал страхової компанії.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. У чому полягає сутність інвестиційної діяльності? Які її роль та значення для економіки країни?
2. Назвіть основні джерела інвестиційної діяльності страхової компанії?
3. Який вплив мають результати інвестиційної діяльності на фінансовий стан страхової організації за умов сучасного конкурентного середовища?
4. Якими категоріями активів можуть бути представлені страхові резерви в процесі здійснення інвестиційної діяльності? Назвіть кількісні співвідношення активів у портфелі інвестиційних вкладень страховиків в Україні.
5. Розкрийте сутність принципів здійснення інвестиційної діяльності страхової компанії?
6. Дайте визначення інвестиційної стратегії страхової компанії.
7. У чому полягає зміст фінансової стійкості?
8. Які елементи забезпечують фінансову стійкість страхової організації?

9. Розмежуйте поняття “фінансова стійкість” та “платоспроможність” страхової організації.

10. Що таке маржа платоспроможності?

11. Які недоліки має визначення нормативного запасу платоспроможності?

12. Які методи визначення платоспроможності ви можете назвати?

13. У чому полягають особливості бюджетування фінансової діяльності страхової організації?

14. Які проблеми вирішує бюджетування фінансової діяльності страхової організації? Які конкурентні переваги отримує страхова організація за впровадження бюджетування?

15. Фінансова надійність страховика забезпечується:

- а) розміром статутного фонду;
- б) кількістю учасників страховика;
- в) видами страхування, які проводить страховик;
- г) величиною страхових резервів;
- д) збалансованим страховим портфелем.

16. До власних коштів страховика належать:

- а) статутний фонд;
- б) страхові та вільні резерви;
- в) вільні резерви;
- г) статутний фонд і страхові резерви.

17. Страховий тариф розраховується на підставі:

- а) збитковості страхової суми;
- б) обсягу страхових резервів;
- в) статистичних даних;
- г) обсягу фінансових ресурсів страховика.

18. Страхові резерви, які формуються українськими страховиками, — це:

- а) технічні резерви;
- б) резерв збитків;
- в) резерви належних до виплати страхових сум;
- г) резерв заявлених, але ще не врегульованих збитків;
- д) резерви зі страхування життя;
- е) резерв коливань збитковості.

19. Страхові резерви розміщуються виходячи з принципів:

- а) тільки прибутковості;

б) безпечності, прибутковості, ліквідності, диверсифікованості;

в) безпечності та ліквідності.

20. Страхові резерви включають:

- а) резерви зі страхування життя та власні кошти;
- б) статутний та гарантійний фонди;
- в) резерви зі страхування життя та ризикових видів страхування;
- г) резерви зі страхування життя та ризикових видів страхування, вільні резерви.

21. На стратегію інвестиційної політики страховика впливають:

- а) структура інвестованих коштів;
- б) обсяг інвестицій;
- в) характер розподілу ризику;
- г) строк інвестування;
- д) розмір тарифної ставки.

22. Перестраховання забезпечує:

- а) надійність інвестиційної політики;
- б) фінансову надійність страховика;
- в) зменшення ризику;
- г) платоспроможність страховика.

23. Розрахунковий нормативний запас платоспроможності визначається на основі:

- а) розміру статутного фонду;
- б) надходжень страхових премій та страхових виплат;
- в) страхових премій, сплачених перестраховикам;
- г) кількості страхових полісів.

24. Фактичний запас платоспроможності розраховується на підставі:

- а) валюти балансу;
- б) вільних коштів;
- в) кредитів;
- г) страхових резервів.

Література

1. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. — 5-те вид., стер. — К.: Знання, 2006. — 351 с.
2. *Белякин Г.А.* Платежеспособность страховой компании // *Финансы.* — 1998. — № 5.
3. *Воблый К.Г.* Основы экономии страхования. — М.: АНКІЛ, 1995.
4. *Орланюк-Малицкая Л.А.* Платежеспособность страховой организации. — М., 1994. — 151 с.
5. *Основы актуарних розрахунків: Навч.-метод. посіб. / За ред. чл. Укр. т-ва актуаріїв І.О. Ковтуна.* — К.: Алеута, 2004. — 328 с.
6. *Райхер В.К.* Общественно-исторические типы страхования. — М.: ЮКИС, 1992.
7. *Страховання: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець.* — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — 599 с.
8. *Сухов В.А.* Государственное регулирование финансовой устойчивости страховщиков. — М.: АНКІЛ, 1995. — 112 с.
9. *Телепин Я.Е.* Финансовая устойчивость и платежеспособность страховых компаний // *Страховое дело.* — 2005. — № 1
10. *Хэмптон Д.Д.* Финансовое управление в страховых компаниях. — М.: АНКІЛ, 1995. — 265 с.
11. *Шахов В.В.* Страхование: Учеб. для вузов. — М.: Страховой полис: ЮНИТИ, 1997. — 311 с.
10. *Шумелда Я.* Страховання: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006.

Частина VII

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Розділ 16. Договори страхування: порядок підписання, ведення та призупинення дії.

Розділ 17. Державне регулювання страхової діяльності.

Розділ 18. Регулювання та нагляд за банківською діяльністю в Україні.

Розділ 16

ДОГОВОРИ СТРАХУВАННЯ: ПОРЯДОК ПІДПИСАННЯ, ВЕДЕННЯ ТА ПРИЗУПИНЕННЯ ДІЇ

- 16.1. *Страхова послуга як товар: зміст та особливості.*
- 16.2. *Зміст та порядок укладання страхового договору.*
- 16.3. *Порядок ведення, призупинення дії страхового договору та врегулювання вимог страхувальника щодо здійснення страхових виплат та страхового відшкодування збитків.*

16.1. Страхова послуга як товар: зміст та особливості

На страховому ринку існують такі суб'єкти: покупці та продавці. Що є об'єктом їх спільного інтересу? Відповідь на це питання зумовлює потребу осмислення суспільної форми результату діяльності страховика (продавця) та спонукання до придбання цього результату покупцем (страхувальником).

За класифікацією видів економічної діяльності в системі національних рахунків (СНР) *страхування* належить до діяльності небанківських фінансових установ. Результатом діяльності фінансових установ, як і будь-якого іншого виду економічної діяльності, є продукт (вироблене та запропоноване на ринок економічне благо).

Залежно від виду діяльності продукт (благо) може набувати як предметно-речової форми (хліб, метал, меблі, комп'ютер і т. ін.), так і неуречевленої (непредметної) форми (спів, консультація юриста, лікаря, вчителя тощо).

В економічній літературі часто матеріальний продукт називають товаром, а нематеріальний — послугою. Таке визначен-

ня не зовсім коректне. *По-перше*, економічні блага (продукти) можуть мати як матеріальну-речову, так і неречову форму, але і уречевлені, і неуречевлені продукти (блага) можуть набувати чи не набувати товарної форми. Наприклад, чисті суспільні блага (національна безпека, охорона правопорядку, захист прав людини та ін.) не мають товарної форми, будучи нематеріальними. Економічні блага, як матеріальні, так і нематеріальні, створені в домогосподарстві для власного споживання, теж не набувають товарної форми (догляд за дітьми, старими, хворими; приготування їжі; ремонт будинку; вирощування овочів, фруктів, квітів, тварин тощо). Це означає, що і речові, і неречові продукти можуть набувати товарної форми тільки тоді, коли їх виробляють для продажу, за умови, що ці продукти будуть куплені. Саме тому і речові, і неречові продукти (послуги) є товарами. І в цьому розумінні послуга не протиставляється товару. Вона сама може бути чи не бути товаром.

По-друге, поняття “послуга” часто ототожнюється з поняттям “трудова послуга”, що теж не зовсім правильно. Чому? Щоб відповісти на це питання, необхідно спочатку з'ясувати, чому саме термін “трудова послуга” найадекватніше відображає відносини між покупцем і продавцем ресурсу “праця”. Справа в тому, що здатність до праці, як і сама праця, невіддільні від її власника — працівника. Саме тому, що працю не можна використати, відокремивши її від найманого працівника, а сам працівник не є товаром і не продається, покупець, тобто роботодавець, купує право використання діяльності найманого працівника за певну плату на певний строк. Діяльність найманого працівника у формі, прийнятній для нього і роботодавця (підприємця) та обумовленій трудовим договором, і є *трудовою послугою*.

Але послуги як товари не вичерпуються тільки трудовою їх формою. Неокласична економічна теорія, яка наразі є панівною, використовує термін “послуга” як для трудових, так і для нетрудових ресурсів, тобто як для ресурсу *праця*, так і для ресурсів *фізичного капіталу та землі*. Два останніх ресурси можуть продаватись, а можуть здаватись в оренду. У першому випадку продається ресурс, у другому — право використання цього ресурсу за певну плату на певний строк. Іншими словами, у першому випадку — це соціальне та функціональне від-

чуження ресурсів “капітал” і “земля”, у другому — тільки функціональне.

Отже, головною ознакою, що лежить в основі поділу товарної маси на речові товари і послуги, є форма відчуження.

Речові продукти можуть відчужуватись і функціонально, і соціально. Якщо вони відчужуються соціально, обов’язково змінюється їх власник. Якщо вони відчужуються функціонально, зміна власника не є обов’язковою.

Функціональне відчуження може здійснюватись водночас із соціальним (продаж об’єкта іншому власнику) або передувати останньому (оренда з наступним викупом). Воно може здійснюватись і без соціального відчуження (продаж права користування об’єктом за певну плату на певний строк). За цих умов власник об’єкта залишається незмінним, а змінюється тільки користувач.

Стосовно страхування зрозуміло, що страхова організація, наймаючи працівників для здійснення страхової діяльності, купує на ринку праці трудові послуги, які в момент укладання трудової угоди ще не існують.

Якої ж форми набуває результат (продукт) страхової діяльності? Як уже зазначалось, страхування є підсистемою фінансової системи. Фінансова система є системою перерозподілу; вона акумулює грошові засоби та здійснює їх перерозподіл. Вона не створює продукту, що має відокремлене від її створювача існування. Саме тому результатом діяльності фінансової сфери є фінансові послуги. Страхування як підсистема фінансової системи теж має результатом своєї діяльності послуги, але уже страхові.

Головним змістом страхової послуги є надання страхового захисту покупцеві страхового поліса.

Страховий захист як економічна категорія є теоретичним відображенням перерозподільчих відносин, пов’язаних зі страховими виплатами та відшкодуванням страховиком втрат, пов’язаних з майновими інтересами страхувальників (застрахованих), спричинених страховими подіями, передбаченими страховим договором.

Страховий захист у практичній площині набуває вигляду *страхового покриття*, тобто зобов’язань страховика, спрямованих на забезпечення вимог страхової послуги, кількісні

межі якої визначаються страховим полісом. Термін “страховий захист” вживається як для позначення вартісної оцінки небезпек, які бере від страхувальника страховик, так і суми, яку страховик зобов’язується відшкодувати страхувальнику в разі реалізації взятих на страхування ризиків (небезпек).

Послуга у вигляді права на отримання страхового захисту страхувальником у разі настання страхової події (небезпеки чи очікуваної події у формі дожиття до повноліття, одруження, пенсії, закінчення строку дії договору за накопичувальних (нагромаджувальних) видів страхування) та зобов’язань страховика реалізувати це право називається *страховою послугою*.

Особливості страхової послуги пов’язані з тим, що, *поперше*, можливість застрахованої особи отримати від страховика відшкодування має *ймовірний* характер. Ні страховик, ні страхувальник у момент підписання договору страхування напевно не знають, відбудеться чи не відбудеться страхова подія, з приводу настання якої передбачається страховий захист. По суті, страховик зобов’язується відшкодувати збитки за умови настання страхової події, а страхувальник оплачує право отримати відшкодування за реалізації страхової події.

Друга особливість виявляється в тому, що природно, щоби купуючи речовий товар чи послугу, покупець мав бажання скористатись ним, отримати від споживання купленого блага задоволення. В цьому зацікавлений і продавець, який сподівається на те, що споживши це благо, покупець захоче його придбати ще й ще. Стосовно страхових послуг ні страхувальник, ні страховик не зацікавлені в настанні страхової події, яка є об’єктом страхування, у зв’язку не з обов’язковістю, а з імовірністю її настання.

Для страховика ненастання страхової події означає можливість привласнення страхової премії, а для страхувальника — відсутність втрат часу на придбання втраченого майна, збереження зв’язків з партнерами, збереження здоров’я тощо.

Третя особливість полягає в тому, що оскільки продається не річ, а право, то її покупець (страхувальник) не може передавати це право скористатись страховою послугою іншому суб’єкту, якщо така передача не передбачена договором.

16.2. Зміст та порядок укладання страхового договору

Договір — це взаємне зобов'язання, письмова або усна угода про права та обов'язки між державами, установами, підприємствами та окремими особами¹.

Угода за цим же джерелом² визначається як взаємна домовленість про що-небудь. Окрім того, термін “угода” визначається як “договір, за яким встановлюються взаємні зобов'язання щодо чого-небудь” та “як згода між ким-небудь на основі якоїсь вигоди”.

Страховий договір за ст. 16 Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” визначається як “*письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування страхувальником, на користь якої укладено договір страхування, ...а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору*”.

Договір страхування, таким чином, укладається між учасниками з приводу *страхового захисту*, який купує та оплачує страхувальник, а зобов'язується надавати страховик.

Договір страхування укладається на основі усної або письмової заяви страхувальника та необхідних для укладання договору документів.

Правила страхування згідно зі ст. 17 названого Закону розробляються страховиком для кожного виду страхування окремо, реєструються та затверджуються Уповноваженим органом при видачі ліцензії на право здійснення відповідного виду страхування.

Правила страхування повинні містити:

- перелік об'єктів страхування;

- порядок призначення розмірів страхових сум та (або) розмірів страхових виплат;
- страхові ризики;
- винятки зі страхових випадків та обмеження страхування;
- строк та місце дії договору страхування;
- порядок укладання договору страхування;
- права та обов'язки сторін;
- дії страхувальника у разі настання страхового випадку;
- перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку, та розмір збитків;
- порядок і умови здійснення страхових виплат;
- строк прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхових виплат;
- причини відмови у страховій виплаті або виплаті страхового відшкодування;
- умови вирішення спорів;
- страхові тарифи за договорами страхування іншими, ніж договори страхування життя;
- страхові тарифи та методика їх розрахунку за договорами страхування життя;
- особливі умови.

Якщо страховик вносить певні зміни чи доповнення до правил або запроваджує нові правила страхування, він зобов'язаний зареєструвати їх в Уповноваженому органі, яким в Україні є Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг.

Якщо подані доповнення, зміни чи нові правила страхування суперечать чинному законодавству, порушують чи обмежують права страхувальника або не відповідають вимогам ст. 17, де визначаються вимоги до Правил, Уповноважений орган має право відмовити у видачі ліцензії та реєстрації нових правил (змін, доповнень).

*Ознаки страхового договору*¹:

- самостійність (виокремленість) з-поміж інших договорів;

¹ *Мачуський В.В.* Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 106.

¹ Великий тлумачний словник сучасної української мови. — К.; Ірпінь: ВТФ “Перун”, 2003. — С. 233.

² Там само. — С. 1285.

- двосторонній характер (ґрунтується на правах і обов'язках страховиків і страхувальників);
- платний характер (ґрунтується на зустрічному наданні, тобто кожна сторона отримує плату або інше майнове надання за виконання свого обов'язку);
- ризиковий характер, обумовлений тим, що в момент укладання угоди та підписання договору жодна зі сторін не знає, отримає вона від договору вигоду чи втрату. Усе залежить від випадку;
- строковість (всі договори страхування мають визначений строк дії);
- випадковість події, передбаченої договором;
- обмеженість обов'язку страховика.

Зміст цієї ознаки докладно буде розглянуто в питанні про здійснення виплат страховиком страхувальнику.

Зазвичай страховий договір відображає права та обов'язки контрагентів, що його уклали й підписали, тобто страховика й страхувальника. Разом з тим страхувальник має право укласти договір на користь третьої особи, яка не бере участі в укладенні договору. Право вимоги третьої особи може співіснувати з правом вимог особи, що уклала договір, але одночасно ці вимоги висуватись не можуть¹. Прикладом такого виду договорів є договори змішаного страхування життя.

Окрім того, договір страхування може укладатись на користь контрагента (страхування підприємницьких ризиків).

У юридичному плані під *змістом договору* розуміють *сукупність умов, що визначаються договором чи законом*. Умови можуть бути: *істотні*, тобто ті, що визначаються законом, або ті, за якими обов'язково досягається згода сторін; *звичайні*, котрі не потребують погодження сторін; *випадкові*, які можуть бути внесені до договору за згодою сторін.

Договір страхування містить такі істотні умови²:

- назву документа;

- назву та адресу страховика;
- прізвище, ім'я, по батькові або назву страхувальника та застрахованої особи, їх адреси та дати народження;
- прізвище, ім'я, по батькові, дату народження або назву вигодонабувача та його адресу;
- зазначення об'єкта страхування;
- розмір страхової суми за договором страхування іншим, ніж договір страхування життя;
- розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат за договором страхування життя;
- перелік страхових випадків;
- розміри страхових внесків (платежів, премій) і строки їх сплати;
- страховий тариф (окрім страхових випадків, для яких не встановлюється страхова сума);
- строк дії договору;
- порядок зміни і припинення дії договору;
- умови здійснення страхової виплати;
- причини відмови у страховій виплаті;
- права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору;
- інші умови за згодою сторін;
- підписи сторін.

За необхідності Уповноважений орган має право встановлювати додаткові вимоги до договорів страхування життя та договорів страхування майна громадян.

Відповідно до міжнародних систем страхування, які вимагають застосування уніфікованих умов страхування, договори страхування укладаються відповідно до таких умов страхування, з урахуванням вимог, передбачених цим Законом.

У разі виїзду застрахованого в Україні автотранспортного засобу на територію іншої країни — члена міжнародної системи автострахування "Зелена карта", власник такого транспортного засобу зобов'язаний укласти договір обов'язкового страхування цивільної відповідальності власника (користувача) транспортного засобу перед третіми особами, дія якого поширюється на ці країни, та отримати від страховика — повного члена Моторного (транспортного) страхового бюро страхо-

¹ Мачуський В.В. Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 112.

² Закон України "Про внесення змін до Закону України "Про страхування" // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7. — Ст. 16.

вий сертифікат “Зелена карта” єдиного зразка, який прийнятий в усіх країнах — членах цієї міжнародної системи страхування.

Для того щоб договір страхування укласти, необхідно, щоб суб’єкт усвідомив потребу в страховому захисті з приводу можливого настання певної страхової події.

Страховий інтерес — усвідомлена потреба в захисті майна, доходів, життя, здоров’я, працездатності і т. ін. шляхом страхування.

Страховий ризик — певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. **Страховий випадок** — подія, з настанням якої страховик зобов’язаний за законом (обов’язкове страхування) або за договором (добровільне страхування) виплатити страхове відшкодування (страхову суму), страхувальнику, застрахованій або іншій третій особі (вигодонабувачеві).

Страхова сума — грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов страхування зобов’язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

Розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між страховиком та страхувальником під час укладання договору страхування, або внесення змін до договору страхування, або у випадках, передбачених чинним законодавством.

Страхова сума може бути встановлена за окремим страховим випадком, групою страхових випадків, договором страхування в цілому. Наприклад, при страхуванні від нещасних випадків договір укладається за умови, що зобов’язання страховика виникають при настанні двох ризиків: смерті страхувальника та отримання інвалідності I, II чи III групи. Якщо правилами страхування встановлена страхова сума у разі настання смерті в розмірі 50 тис. грн, то у випадку інвалідності III групи — 50 % від страхової суми в 50 тис. грн, тобто 25 тис. грн. При отриманні II групи інвалідності — 80 % (або 40 тис. грн) і I групи — 100 %, тобто 50 тис. грн.

Страхова сума не встановлюється для страхового випадку, у разі настання якого здійснюються регулярні, послідовні страхові виплати у вигляді анuitету.

При страхуванні майна страхова сума встановлюється в межах вартості майна за цінами і тарифами, що діють на момент укладання договору, якщо інше не передбачено договором страхування.

Розмір страхової суми є суттєвою умовою договору страхування. Для *обов’язкового* страхування розмір страхової суми встановлюється законом, для *добровільного* — за згодою сторін (страховика та страхувальника) (табл. 16.1).

Таблиця 16.1. Особливості визначення розміру страхової суми для страхування життя та страхування, відмінного від страхування життя

Вид страхування	Страхова сума
Страхування життя	1) Визначається можливостями страхувальника сплачувати страхові премії та можливостями страховика здійснювати виплати взятих до страхування зобов’язань; 2) обов’язково передбачається збільшення розміру страхової суми та (або) розміру бонусів (страхових виплат на суми) за результатами отриманого інвестиційного доходу ¹ ; 3) може бути передбачена договором індексацію (зміну) обсягу страхової суми та страхових виплат за офіційним індексом інфляції
Страхування, відмінне від страхування життя	Не може перевищувати дійсну вартість майна (страхову вартість) на момент підписання угоди

Страхове відшкодування — сума, яку повинен виплатити страховик за майновим страхуванням та страхуванням *відповідальності* з настанням страхових випадків для покриття збитків страхувальнику.

¹ Зазначена у договорі страхування життя величина інвестиційного доходу не повинна перевищувати 4 % річних (ст. 9 Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування”).

Страхове відшкодування не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнав страхувальник. Непрямі збитки вважаються застрахованими, якщо це передбачено договором страхування. У разі, коли страхова сума становить певну частку вартості застрахованого об'єкта, страхове відшкодування виплачується у такій же частці від визначених за страховою подією збитків, якщо інше не передбачено умовами страхування.

Страхова відповідальність (страхове покриття) — зобов'язання страховика сплачувати страхове відшкодування або страхову суму за передбаченої умовами страхування сукупності подій або окремої події.

Страхова виплата — грошова сума, яка виплачується страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

Страхові виплати за договором страхування життя здійснюються в розмірі *страхової суми* (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат обумовлених у договорі страхування сум (ануїтету).

Договором страхування життя обов'язково передбачається збільшення розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються страховиком один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів зі страхування життя за вирахуванням витрат страховика на ведення справи у розмірі до 15 % отриманого інвестиційного доходу та обов'язкового відрахування в математичні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає розміру інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу за цим договором страхування та у разі індексації розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат за офіційним індексом інфляції, відрахування в математичні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає такій індексації.

Договором страхування життя також може бути передбачено збільшення розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються страховиком один раз на рік за іншими фінансовими результатами його діяльності (участь у прибутках страховика).

Взяті страховиком додаткові страхові зобов'язання повідомляються страхувальнику письмово і не можуть бути у подальшому зменшені в односторонньому порядку.

У разі несплати страхувальником чергового страхового внеску в розмірі та у строки, передбачені правилами та договором страхування життя, таким договором може бути передбачено право страховика в односторонньому порядку зменшити (редувати) розмір страхової суми та (або) страхових виплат.

Договором страхування життя може бути передбачено індексацію (зміну) за офіційним індексом інфляції розміру страхової суми та (або) страхових виплат протягом дії договору страхування життя за умови відповідної індексації (зміни) розміру страхового платежу (страхового внеску, страхової премії). Порядок та умови індексації визначаються правилами та договором страхування.

Страхові виплати за договорами особового страхування здійснюються незалежно від суми, яку має отримувати одержувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків.

Отримувач страхового відшкодування або страхової суми — фізична або юридична особа, яка за умовами страхування має право на отримання відповідних грошових засобів. У майновому страхуванні — це страхувальник, в особовому — страхувальник або застрахований (страхування на дожиття, втрату здоров'я, від нещасного випадку), а з настанням смерті — особа, котрій страхувальник заповідав отримати страхову суму на випадок його смерті.

Укладання страхової угоди передбачає *розподіл відповідальності за збитки*, зумовлені страховим випадком, між *страхувальником і страховиком*.

Особиста участь страхувальника у покритті збитків виражається через франшизу.

Франшиза — звільнення страховика від покриття збитків — передбачається підписаним страховим договором. Вона може бути встановлена у відсотках або в абсолютних розмірах стосовно страхової суми, вартісної оцінки об'єкта або розміру збитків.

Розрізняють умовну (інтегральну) та безумовну (ексцедентну) франшизи.

Умовна франшиза звільняє страховика від відповідальності за збитки, які не перевищують встановленої франшизи, і зобов'язує його покривати збитки повністю, якщо розмір їх перевищує франшизу.

Наприклад, якщо страхова сума становить 100 тис. грн, умовна франшиза — 20 % від страхової суми, тобто 20 тис. грн, а збитки страхувальника — 18 тис. грн, то страховик звільняється від будь-якої компенсації збитків страхувальнику.

Якщо за інших рівних умов збитки становлять 60 тис. грн, то страховик відшкодовує усі 60 тис. грн, не звільняючись від 20 тис., які в договорі було зазначено як умовну франшизу.

Безумовна франшиза теж передбачає певне застереження (клаузу) в страховому договорі. Вона за будь-яких умов звільняє страховика від компенсації перших X % страхової суми, незалежно від величини збитків. За безумовної франшизи страхове відшкодування завжди дорівнює різниці між збитками та безумовною франшизою. Наприклад, якщо страхова сума дорівнює 100 тис. грн, безумовна франшиза — 20 тис. грн, то за збитків до 20 тис. грн страховик не відповідає перед страхувальником, а за збитків, що становлять, скажімо, 70 тис. грн, відшкодовує тільки 50 тис. грн (70 тис. грн — 20 тис. грн).

Таким чином, франшиза називається безумовною тому, що вона (безумовно, незалежно від умов) за будь-яких умов вилучається із зобов'язань страховика, і умовною, оскільки вилучається за умови, що збитки не перевищують встановленого розміру франшизи.

Окрім франшизи, для розподілу відповідальності за можливі збитки, спричинені страховими подіями, в страхуванні використовують різні *системи страхування*:

- пропорційної відповідальності;
- першого ризику;
- “дробової частини”.

Страхування за системою пропорційної відповідальності передбачає виплату страхового відшкодування, яке розраховується за формулою

$$Q = T \cdot \frac{S}{W},$$

де Q — страхове відшкодування; S — страхова сума за угодою (договором); W — вартісна оцінка об'єкта страхування; T — фактична сума збитків.

Пропорційна система передбачає участь страхувальника у відшкодуванні збитків. Міра повноти відповідальності страховика в покритті збитків застрахованого тим вища, чим менша різниця між вартісною оцінкою об'єкта страхування та страховою сумою.

Страхування за системою першого ризику передбачає виплату страхового відшкодування у розмірі збитків, але в межах страхової суми.

Під “першим ризиком” у страховій справі розуміють ризик, вартісна оцінка якого не перевищує страхової суми.

При страхуванні за цією системою всі збитки у межах страхової суми (перший ризик) відшкодовуються повністю, а збитки, що перевищують страхову суму (другий ризик), страховиком не відшкодовуються зовсім.

Страхування за системою “дробової частини” передбачає встановлення двох страхових сум, одна з яких називається *показною вартістю*. За показною вартістю страхувальникові, як правило, відшкодовуються збитки від ризику у вигляді дробу або відсотка. Відповідальність страховика за цією системою обмежується розмірами дробу. Отже, страхова сума буде меншою показної вартості та її дробової частини. Страхове відшкодування дорівнюватиме збиткам у межах страхової суми.

Якщо показана вартість дорівнює дійсній вартості, то система страхування за дробовою частиною тотожна системі страхування за першим ризиком.

Якщо показна вартість менша від дійсної вартості, страхове відшкодування розраховується за формулою

$$Q = T \cdot \frac{S_n}{W},$$

де Q — страхове відшкодування; S_n — показна вартість; W — вартісна оцінка об'єкта страхування; T — фактична сума збитків.

У майновому страхуванні застосовують і систему повного відшкодування збитків — страхування *за дійсною вартістю майна*, яка визначається як фактична на день підписання договору. За цією системою страхове забезпечення дорівнює величині збитків, тобто має місце повне покриття збитків страховальника страховиком.

Істотною умовою страхування є *страховий платіж* (внесок, премія).

Страховий платіж — це плата страховальника за страховий захист, який страховальник має право отримати у разі настання страхової події. Важливість цієї умови пояснює той факт, що страховий договір набуває сили саме після сплати страховальником першого платежу (премії, внеску). Страховий платіж може бути здійснений одноразово та в розстрочку в порядку та в строки, визначені страховим договором.

Розмір страхового платежу (премії, внеску) визначається з урахуванням розміру страхової суми залежно від об'єкта страхування та характеру страхового ризику. Для обов'язкових видів страхування розмір страхових платежів встановлюється законом або Уповноваженим органом.

Страховий тариф — це ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

Страхові тарифи за добровільної форми страхування обчислюються страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків, а за договорами страхування життя — також з урахуванням величини інвестиційного доходу, яка повинна зазначатися у договорі страхування. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.

Актуарними розрахунками можуть займатись особи, які мають відповідну кваліфікацію згідно з вимогами, встановленими Уповноваженим органом, що підтверджується відповідним свідоцтвом.

Оскільки інтереси страховальника та страховика не збігаються, при укладанні страхової угоди вельми важливе значення має андеррайтинг.

Андеррайтинг (Underwriting) — це процедура аналізу та відбору ризиків для взяття їх на страхування (перестрахован-

ня), що включає їх ідентифікацію, оцінку, класифікацію за джерелами та ступенем небезпеки, кваліфікацію на страхування чи нестрахування, визначення строків, умов та обсягів покриття, розрахунок розмірів премії¹.

Оформлення договору страхування здійснюється на бланках страхових свідоцтв (полісів, сертифікатів), які є формою договору страхування.

При укладанні договору страхування страховик має право запросити у страховальника баланс або довідку про фінансовий стан, підтверджені аудитором (аудиторською фірмою), та інші документи, необхідні для оцінки страховиком страхового ризику.

Страховий поліс вручається страховальнику відразу після сплати страхової премії.

У разі розстроченого платежу страховий поліс видається після сплати першого внеску, а при сплаті наступних внесків страховальнику видається довідка або квитанція.

Якщо страховий поліс втрачено, страховальнику видається дублікат, а загублений поліс вважається недійсним.

Страховий поліс не може передаватись іншій особі, якщо це не передбачено правилами.

Договір страхування набирає чинності:

- при сплаті страхового платежу готівкою — з моменту підписання страховиком і страховальником договору;
- при сплаті страхового платежу в безготівковій формі — з моменту, зазначеного в полісі, але не раніше 24 годин з дня списання засобів з рахунку страховальника на рахунок страховика.

Окрім страхового поліса, факт страхування можуть засвідчувати ковернота, лист та страховий сертифікат. Тимчасовий документ, що засвідчує страхове покриття та дає короткий опис його деталей, називають *ковернотою*.

Ковернота або просто *лист*, підписаний страховиком, можуть бути підтвердженням факту страхування при здійсненні нелайфових видів страхування (видів страхування, відмінних від страхування життя).

¹ Юлдашев Р.Т. Страховой бизнес: Слов.-справ. — М.: АНКІЛ, 2005. — С. 39.

Відмінність між ковернотою та листом-підтвердженням полягає в тому, що договір (поліс) зі страхування життя набуває чинності тільки після сплати страхувальником страхової премії, а страхове покриття автомобільних ризиків — з моменту видачі коверноти, хоча премія до цього моменту може бути ще не сплаченою.

Для підтвердження страхового покриття у разі передбаченого законом обов'язкового страхування видається *страховий сертифікат*.

Страховик несе відповідальність за договором з моменту, передбаченого конкретними правилами страхування або умовами договору.

Дія договору закінчується о 24-й годині того дня, який зазначений у полісі, якщо інше не обумовлене правилами.

Ст. 18 Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” зазначає, що договір страхування життя може бути укладений як шляхом складання одного документа (договору страхування), підписаного сторонами, так і шляхом обміну листами, документами, підписаними стороною, яка їх надсилає. У разі надання страхувальником письмової заяви за формою, встановленою страховиком, що висловлює намір укласти договір страхування, такий договір може бути укладений шляхом надсилання страхувальнику копії правил страхування та видачі страхувальнику страхового свідоцтва (поліса), який не містить розбіжностей з поданою заявою. Заява у двох примірниках, копія заяви надсилаються страхувальнику з відміткою страховика або його уповноваженого представника про прийняття запропонованих умов страхування.

Валюта, якою здійснюються страхові внески (премії) та страхові виплати в Україні. Ст. 19 Закону регламентує використання валют для здійснення розрахунків між страховиками і страхувальниками. Згідно з цією статтею, страхувальники-резиденти мають право здійснювати страхові платежі виключно в національній валюті — гривнях, а страхувальники-нерезиденти — в іноземній вільно конвертованій валюті або у гривнях у випадках, передбачених чинним законодавством України.

Якщо дія договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партне-

рами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

Страхова виплата здійснюється тією валютою, яка передбачена договором страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.

Грошові зобов'язання сторін за договорами страхування життя, за їх згодою, можуть бути визначені як у національній валюті України, так і у вільно конвертованій валюті або розрахункових величинах, що визначають фактичний розмір зобов'язань страховика на дату виникнення або виконання цих зобов'язань.

Права та обов'язки сторін (суб'єктів) страхового договору регламентуються ст. 20 (для страховика) та ст. 21 (для страхувальника) Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” .

Обов'язки страховика:

- ознайомлення страхувальника з умовами та правилами страхування;
- вжиття заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати або страхового відшкодування страхувальнику протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку;
- здійснення страхової виплати або виплати страхового відшкодування у передбачений договором строк при настанні страхового випадку. За несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування;
- відшкодування витрат, здійснених страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору;
- переукладання договору страхування за заявою страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик;
- нерозголошення відомостей про страхувальника та його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки страховика.

Обов'язки страхувальника:

- своєчасна сплата страхових платежів;
- надання інформації страховикові про всі відомі йому обставини, що мають суттєве значення для оцінки страхового ризику при укладанні договору страхування та подальше інформування його про будь-яку зміну страхового ризику;
- інформування страховика про інші договори страхування щодо цього об'єкта страхування;
- вживання заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- повідомлення страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки страхувальника.

16.3. Порядок ведення, призупинення дії страхового договору та врегулювання вимог страхувальника щодо здійснення страхових виплат та страхового відшкодування збитків

Страховики, що здійснюють страхування життя, зобов'язані вести персоніфікований облік договорів страхування життя. За колективними договорами зі страхування життя ведеться персоніфікований (індивідуальний) облік за кожною застрахованою особою в електронному та паперовому варіантах. Форма ведення обліку договорів визначається самим страховиком. Через програмне забезпечення інформація має бути захищена від внесення в неї змін чи доповнень після здійснення фінансових операцій. Записи в цих документах здійснюються у хронологічному порядку та зберігаються до кінця дії договору страхування. За умови призупинення чи по закінченні строку дії договору інформація спрямовується до архіву на зберігання.

Реєстр повинен містити відомості про:

- страхувальника — фізичну особу (ПІБ; дата народження, адреса, номер ідентифікаційного коду);
- страхувальника — юридичну особу (повна назва, адреса, банківські реквізити, код за ЄДРПОУ);
- умови договору страхування;
- сформовані страхові резерви зі страхування життя за кожним договором страхування у валюті, визначеній договором чи законом.

Інформація про укладання, зміну або призупинення дії договорів страхування життя має бути внесена до реєстрів протягом п'яти календарних днів з дати їх укладання, зміни чи призупинення.

Внесення змін до страхового договору може бути спричинене:

- смертю страхувальника-громадянина;
- втратою страхувальником-громадянином дієздатності;
- втратою страхувальником прав юридичної особи.

У разі смерті страхувальника-громадянина, який укладав договір майнового страхування, права і обов'язки страхувальника переходять до осіб, які отримали це майно в спадщину. Страховик або будь-хто зі спадкоємців має право ініціювати переукладення договору страхування. В інших випадках права і обов'язки страхувальника можуть перейти до іншого громадянина чи юридичної особи лише за згодою страховика, якщо інше не передбачено договором страхування.

У разі смерті страхувальника, який укладав договір особистого страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до чинного законодавства покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих (ст. 22).

У разі визнання судом страхувальника-громадянина недієздатним, його права і обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна, а дія договору страхування цивільної відповідальності припиняється з часу втрати ним дієздатності.

У разі визнання судом страхувальника-громадянина обмежено дієздатним він здійснює свої права і обов'язки страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника (ст. 24).

Якщо страхувальник — юридична особа втратив право юридичної особи і встановлено його правонаступника, права та обов'язки страхувальника переходять до правонаступника (ст. 23).

Призупинення дії страхового договору. Дія договору може бути призупинена на будь-якому етапі, якщо це передбачено законодавством, за вимогою або страхувальника, або страховика.

Причиною дострокового припинення дії договору може бути несплата страхувальником платежів у встановлені договором строки. Дія договору за цих умов вважається припиненою у разі, коли черговий страховий платіж не було сплачено за письмовою вимогою страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору.

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору.

Не може бути достроково призупинено дію договору особового страхування з ініціативи страховика, якщо на це немає згоди страхувальника, за умови, що останній виконує усі умови договору страхування (якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України).

Якщо договір (окрім договору страхування життя) розривається з ініціативи страхувальника, то Законом України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” передбачено два варіанти відповідальності страховика:

а) якщо вимога страхувальника зумовлена порушенням страховиком умов договору, то останній повертає страхувальнику *сплачені ним страхові платежі повністю*;

б) якщо ця вимога не зумовлена порушенням страховика умов договору, то останній *повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, за вилученням нормативних витрат на ведення справи*, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.

Якщо достроково припиняється дія договору (крім страхування життя) з ініціативи страховика, але не з вини страху-

вальника, то останньому *повністю повертаються сплачені ним страхові платежі*.

Якщо договір розривається страховиком з причини *невиконання страхувальником умов страхування*, то страховик повертає йому *страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії договору, за вилученням нормативних витрат на ведення справи, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування*.

Якщо достроково припиняється дія договору страхування життя, *страховик виплачує страхувальнику викупну суму*, яка розраховується математично на день припинення дії договору, залежно від періоду, протягом якого діяв договір страхування життя, згідно з методикою, яка проходить експертизу в Уповноваженому органі, здійснюється актуарієм і є невід'ємною частиною правил страхування життя.

Врегулювання вимог страхувальника щодо здійснення страхових виплат та страхового відшкодування збитків.

Перш ніж розглянути конкретніше це питання, необхідно звернути увагу на те, що поняття “страхова виплата” ширше, ніж поняття “страхове відшкодування”.

Страхова виплата (benefit) — грошова сума, встановлена законом чи договором, яка виплачується страховиком страхувальнику, застрахованому чи вигодонабувачеві за настання страхової події.

Страхові виплати у особовому страхуванні здійснюються в обсязі страхової суми (чи її частини) та при страхуванні ренти — в обсязі визначених договором ануїтетів. Тут страхова виплата здійснюється незалежно від сум, які названі вище суб'єкти отримують за іншими договорами страхування та за обов'язковим соціальним страхуванням, соціальним забезпеченням та в порядку відшкодування збитків. При страхуванні життя, крім страхової суми, страховик виплачує частину інвестиційного доходу.

Страхові виплати при майновому страхуванні та страхуванні відповідальності здійснюються в формі страхового відшкодування.

Страхове відшкодування (Insurance Indemnity) (врегулювання претензій страхувальника в зарубіжній практиці) — це

грошова сума, яку страховик виплачує страхувальнику як відшкодування збитків, спричинених страховою подією, передбаченою страховим договором. Страховик, здійснюючи страхове відшкодування, має право регресного позову до винного у заподіянні збитків.

Порядок і умови здійснення страхових виплат та страхового відшкодування регламентуються ст. 25 Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування”:

“Здійснення страхових виплат і виплата страхового відшкодування проводиться страховиком згідно з договором страхування або законодавством на підставі заяви страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) і страхового акта (аварійного сертифіката), який складається страховиком або уповноваженою ним особою (аварійним комісаром) у формі, що визначається страховиком”.

При настанні страхового випадку страхувальник зобов’язаний:

- вжити необхідних заходів для попередження та усунення причин, що сприяють виникненню додаткових збитків;
- повідомити страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений конкретними правилами;
- подати в установленій формі заяву про виплату страхового відшкодування;
- надати страховику всю необхідну інформацію про збитки і документи для встановлення відповідальності та розміру збитків. Якщо такої інформації і документів немає, сприяти отриманню її страховиком.

Страховик у разі настання страхового випадку зобов’язаний:

- протягом зазначеного в Правилах часу направити на місце страхової події свого представника, і за участю страхувальника, його правонаступника чи третіх осіб скласти акт (аварійний сертифікат) про страхову подію;
- протягом двох робочих днів з моменту повідомлення про настання страхового випадку вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати або страхового відшкодування страхувальнику;

- здійснити страхову виплату страхового відшкодування у передбачений договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (відшкодування) шляхом сплати неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування;

- відшкодувати витрати, здійснені страхувальником для попередження або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору;

- за необхідності направити запит до компетентних органів.

Страховик та страхувальник мають право залучити за свій рахунок аварійного комісара¹ до розслідування обставин страхового випадку. Страховик не може відмовити страхувальнику в проведенні розслідування і повинен ознайомити аварійного комісара з усіма обставинами страхового випадку, надати всі необхідні матеріальні докази та документи.

У разі необхідності страховик або Моторне (транспортне) страхове бюро можуть робити запити про відомості, пов’язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з’ясувати причини та обставини страхового випадку.

Підприємства, установи та організації зобов’язані надсилати відповіді страховикам та МТСБ на запити про відомості, пов’язані зі страховим випадком, у тому числі й дані, що є комерційною таємницею. При цьому страховик та Моторне (транспортне) страхове бюро несуть відповідальність за їх розголошення в будь-якій формі, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

Страховик несе відповідальність за договором з частково виплаченим за ним відшкодуванням до кінця строку дії договору в межах різниці між відповідною страховою сумою, зазначеною в договорі, та сумою виплачених за ним страхових відшкодувань і страхових сум.

¹ Аварійні комісари — особи, які займаються визначенням причин настання страхового випадку та розміру збитків, кваліфікаційні вимоги до яких встановлюються актами чинного законодавства України.

Якщо страхове відшкодування або страхові суми виплачені у розмірі зобов'язань страховика за договором до закінчення строку його дії, то дія договору *припиняється* з моменту закінчення розрахунку.

Страховик має право відмовити страхувальнику у страхових виплатах або страховому відшкодуванні. Підставою для цього є:

- навмисні дії страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

- вчинення страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

- подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

- отримання страхувальником повного відшкодування збитків за майновим страхуванням від особи, винної у їх заподіянні;

- несвоєчасне повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

- інші випадки, передбачені законодавством України.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені й інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству України.

Рішення про відмову у страховій виплаті приймається страховиком у строк не більший передбаченого правилами страхування та повідомляється страхувальнику в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

Відмову страховика у страховій виплаті може бути оскаржено страхувальником у судовому порядку.

Негативний фінансовий стан страховика не є підставою для відмови у виплаті страхових сум (їх частин) або страхового відшкодування страхувальнику.

Договір страхування може бути визнано недійсним у судовому порядку. Підставами для цього визначаються Цивільним кодексом України. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” визначає також, що договір визнається недійсним у разі його укладання після настання страхового випадку та якщо об'єктом страхування є майно, яке підлягає конфіскації на підставі судового рішення, що набуло законної сили.

Висновки

1. Об'єктом купівлі-продажу на страховому ринку є послуга “страховий захист”.

2. Як економічна категорія страховий захист є теоретичним відображенням перерозподільчих відносин у зв'язку зі страховими виплатами та відшкодуванням страховиком втрат, пов'язаних з майновими інтересами страхувальників, застрахованих осіб чи правонаступників, спричинених страховими подіями, передбаченими страховим договором.

3. Особливості страхової послуги полягають у тому, що: 1) можливість страхувальника отримати страхову виплату у формі відшкодування збитків має вірогідний характер; 2) при майновому страхуванні ні страхувальник, ні страховик не зацікавлені в настанні страхової події, що зумовлює збитки, оскільки з її настанням страхувальник втрачає час на придбання втраченого майна і, як правило, грошове відшкодування збитків є частковим, а страховик за цих умов втрачає можливість привласнити частину страхової премії страхувальників; 3) власник страхового поліса не має права передачі користування страховою послугою іншій особі, якщо така передача не передбачена договором.

4. Страховий договір — це письмова строкова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страхувальник зобов'язується сплачувати страхові внески (платежі, премії) у

визначені строки та виконувати інші умови договору, а страховик зобов'язується здійснити страхові виплати та відшкодувати збитки у разі настання страхового випадку.

5. Ознаками страхового договору є: самостійність, двобічний характер, платність, ризиковість, строковість, випадковість страхових подій, обмеженість відповідальності страховика.

6. Умови страхового договору поділяють на три групи: істотні (визначаються законом або обов'язковою згодою сторін), звичайні (не потребують згоди сторін) та випадкові (можуть бути внесені до договору за згодою сторін).

7. Андеррайтинг — це процедура аналізу та вибору ризиків для прийняття їх на страхування чи перестраховування.

8. Дія договору страхування призупиняється за згодою сторін, а також при закінченні строку дії договору; при виконанні страховиком зобов'язань у повному обсязі; ліквідації страховика у порядку, визначеному законодавством України; ліквідації страхувальника — юридичної особи або смерті страхувальника — фізичної особи чи втрати ним дієздатності; при несплаті страхувальником внесків (премій) у встановлені договором строки.

9. Страховики, що здійснюють страхування життя, зобов'язані вести персоніфікований (індивідуальний) облік договорів з страхування життя.

10. Страхові виплати, що здійснює страховик за умови настання страхового випадку, в майновому страхуванні та страхуванні відповідальності мають характер страхового відшкодування, а в особовому страхуванні — страхового покриття.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Андеррайтинг; ковернота; правила страхування; страхова відповідальність (покриття); страхова послуга; страхова сума; страхове відшкодування збитків; страхове відшкодування;

страхове свідоцтво; страховий випадок; страховий договір (угода); страховий захист; страховий інтерес; страховий платіж; страховий поліс; страховий ризик; страховий сертифікат; страховий тариф; страхові виплати; системи страхування: пропорційної відповідальності, першого ризику, дробової частини, за дійсною вартістю майна; умови страхування: істотні, звичайні, випадкові; франшиза: умовна та безумовна.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Чим відрізняється товар-послуга від речового товару?
2. Що вкладається в зміст поняття “страхова послуга”? Які особливості страхової послуги? Розкрийте їх зміст.
3. Участь страхувальника в розподілі відповідальності за обсяг відшкодування збитків, спричинених страховою подією, здійснюється через:
 - а) систему страхування за відновною вартістю майна;
 - б) франшизу;
 - в) законодавче обмеження відповідальності страховика;
 - г) відмову страховика здійснювати повне відшкодування збитків страхувальнику.
4. Договір страхування набирає чинності за умови:
 - а) його підписання;
 - б) сплати першого страхового платежу готівкою з моменту підписання договору страхувальником і страховиком;
 - в) через 24 години після пред'явлення квитанції про сплату страхового внеску готівкою;
 - г) всі відповіді правильні.
5. Документ, що засвідчує факт страхування, виданий страхувальнику за підписом страховика, який надає право на покриття автомобільних ризиків ще до моменту сплати страхувальником страхової премії, називається:
 - а) страховим полісом;
 - б) страховим сертифікатом;
 - в) листом, підписаним страховиком;
 - г) ковернотою.
6. До істотних умов страхового договору не відносять:

- а) визначений об'єкт страхування;
 - б) страхову суму;
 - в) обсяг страхових платежів;
 - г) додаткові умови, внесені за згодою сторін.
7. До ознак добровільного страхового договору не відносять:
- а) платність;
 - б) обов'язковість;
 - в) ризиковість;
 - г) строковість.
8. Дію договору з особового страхування не може бути призупинено, якщо:
- а) цього не бажає страховик;
 - б) страхувальник ретельно виконує свої зобов'язання перед страховиком і не дає згоди страховику на призупинення дії договору;
 - в) страховик ліквідується;
 - г) немає правильної відповіді.
9. Дія договору припиняється за умови:
- а) одностороннього волевиявлення страхувальника;
 - б) виплати страхової суми чи страхового відшкодування, здійснених у повному обсязі зобов'язань страховика до закінчення строку дії договору;
 - в) одностороннього волевиявлення страхувальника;
 - г) всі відповіді правильні.
10. Якщо договір (окрім страхування життя) припиняється достроково з ініціативи страховика, але не з вини страхувальника, то:
- а) страховик повертає страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії договору;
 - б) страховик повертає страхувальнику повністю сплачені ним платежі;
 - в) страховик повертає платежі за період, що залишився до закінчення терміну дії договору, за вилученням нормативних витрат на ведення справи, фактичних виплат страхових сум і відшкодувань, що були здійсненні за цим договором;
 - г) всі відповіді неправильні.

Література

1. Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін. Страхова справа. Інтегрований навчальний комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: У 2 кн. — Кн. 2: Страхування. Страхові послуги. — К.: НВП "АВТ"; Х.: Видав. центр НТУ "ХПІ", 2003. — С. 314—345.
2. Закон України "Про внесення змін до Закону України "Про страхування" // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7.
3. Мачуський В.В. Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 103—140.
4. Плиса В.Й. Страхування: Навч. посіб. — К.: Каравела, 2006. — С. 111—128.
5. Страхование: принципы и практика: Учеб. пособие / Сост. Д. Бланд. — М.: Финансы и статистика, 2000. — С. 56—70.
6. Страхування: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 156—169.
7. Страхование от А до Я / Под ред. Л.И. Корчевской, К.Е. Турбиной. — М.: ИНФРА-М, 1996. — С. 109—204.
8. Токарчук А.О. Страхування: питання і відповіді: Навч. посіб. — К.: Вид-во Європ. ун-ту, 2002. — С. 93—102.

Розділ 17

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

- 17.1. *Об'єктивна необхідність, зміст та межі державного регулювання страхової діяльності.*
- 17.2. *Державний нагляд за страховою діяльністю.*
- 17.3. *Ліцензування страхової діяльності.*
- 17.4. *Оподаткування страховиків.*

17.1. Об'єктивна необхідність, зміст та межі державного регулювання страхової діяльності

Об'єктивна необхідність державного регулювання страхової діяльності зумовлена тим, що *по-перше*, конкуренція в цій галузі неефективна у зв'язку з тим, що дрібним страховим компаніям не під силу страхування великих ризиків, що потребують виплат досить значних обсягів відшкодування у разі настання страхових випадків. З цим завданням можуть впоратись тільки страховики з великим капіталом. Про це свідчить те, що в більшості країн світу 10 страхових компаній, що займаються страхуванням, відмінним від страхування життя (*non life*), отримують понад 90 % страхових премій. Це означає, що страховий ринок за своєю природою тяжіє до *олігополітичного*, а тому вимагає антимонопольного регулювання.

По-друге, ціла низка страхових послуг за змістом тяжіє до *суспільних* чи *змішаних* (*квазісуспільних*) благ у зв'язку з тим, що суспільна корисність цих послуг значно вища, ніж індивідуальна, і, оскільки споживач згоден оплачувати тільки індивідуальну корисність, страховий ринок недоотримував би значної частки тих видів страхового захисту, які мають вищу суспільну цінність. Прикладом таких благ у галузі страхуван-

ня є: страхування депозитів; страхування ядерних ризиків тощо.

По-третє, певні сегменти страхового ринку відносять до *неповних ринків*. Наприклад, страхування від землетрусів, сходження селєвих потоків, виверження вулканів та інших стихійних лих катастрофічного характеру та інших подій, яким властива кумуляція ризиків (страхування кредитних ризиків в умовах високого рівня інфляції тощо), робить не вигідним для приватного страховика взяття до страхування таких ризиків. У зв'язку з цим, незважаючи на перевищення ціни попиту над ціною пропозиції, ринок не пропонує належного обсягу цих послуг. Саме тому і в попередньому, і в щойно описаному випадках потрібна участь держави у формах запровадження загальнодержавного обов'язкового страхування, поручительства чи сумісної участі держави і юридичних та фізичних осіб у формуванні страхових фондів за тими видами і підвидами страхування, задовольнити попит на які суто ринковим шляхом неможливо.

По-четверте, участь держави в страховій сфері вимагає необхідність урегулювання негативних екстернальних ефектів, спричинених техногенними аваріями, ядерними інцидентами, створенням унаслідок господарської діяльності ситуацій, що призводять до глобальних змін у довкіллі, тощо. Запровадження обов'язкового страхування відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, а також відповідальності суб'єктів за перевезення небезпечних вантажів і т. ін. теж забезпечується державою.

По-п'яте, функціонування страхового ринку в межах законодавчого поля вимагає прозорості дій страховика та доступу його (страховика) до достовірної та повної інформації про страхувальника¹. Тут роль держави теж виявляється незамінною. Окрім того, з законодавчим забезпеченням та державними гарантіями пов'язане входження України до СОТ.

¹ *Базилевич К.* Об'єктивна необхідність і межі державного регулювання страхової діяльності // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Сер. Економіка. — К., 2006. — № 81-82. — С. 9—11.

Український економіст Ярослав Шумелда дає визначення державного регулювання страхової діяльності (ДРСД) як “системи засобів і методів, здійснюваних на правовій основі з метою визначення рамок і правил функціонування страхового ринку та діяльності страхових компаній на ньому”¹. Державне регулювання включає правові, адміністративні та економічні методи впливу, які у свою чергу мають власну будову (рис. 17.1).

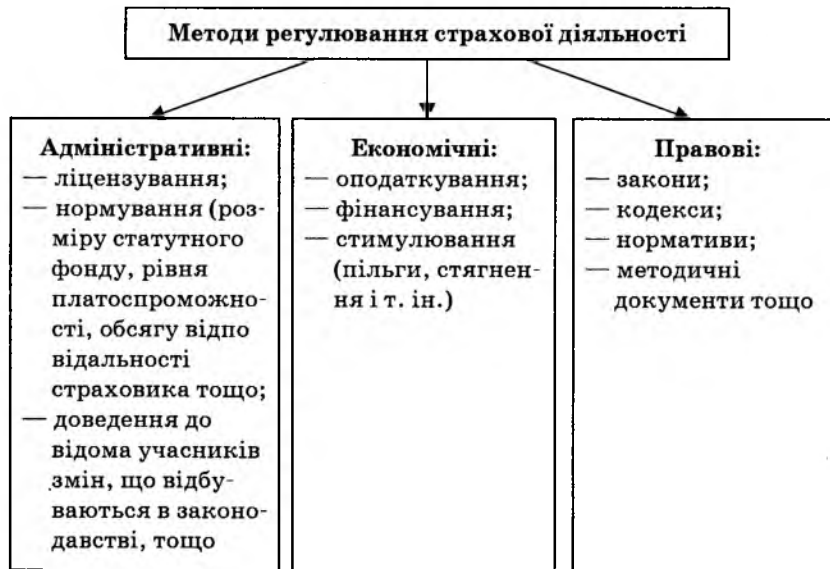


Рис. 17.1. Структура методів регулювання страхової діяльності

Правове регулювання страхової діяльності здійснюється на основі норм, визначених Конституцією України, Господарським кодексом України, Цивільним кодексом України, законами України “Про господарські товариства”, “Про страхування”, “Про фінансові послуги та державне регулювання ринку фінансових послуг”. Окрім Закону “Про страхування”, який регламентує загальні основи здійснення страхової діяльності,

¹ Шумелда Я. Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006. — С. 88—89.

в Україні набрали чинності закони, що регламентують страхування окремих галузей, видів чи підвидів страхування. Це, зокрема, закони України “Про обов’язкове страхування цивільно-правової діяльності власників наземних транспортних засобів”, “Про цивільну відповідальність за ядерну шкоду та її фінансове забезпечення”, “Про обов’язкове страхування цивільної відповідальності суб’єктів господарювання, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об’єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об’єкти та об’єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного і санітарно-епідеміологічного характеру” та ін., а також закони, що регламентують інші види діяльності, але спеціальні норми зі страхування містяться в них: закони України “Про іпотеку”, “Про нотаріат”, “Про туризм”, “Про заставу”, “Про об’єкти підвищеної небезпеки” та ін. Страхова діяльність регламентується також міжнародними угодами, підписаними та ратифікованими Україною; постановами Верховної Ради України, указами та розпорядженнями Президента України, декретами, постановами та розпорядженнями уряду України; нормативними актами органу, уповноваженого здійснювати нагляд за страховою діяльністю (Уповноваженого органу).

Правове регулювання, як і будь-яке інше, не може здійснюватись без адміністрування. Воно (правове регулювання) спрямоване на встановлення “правил гри” на страховому ринку для забезпечення певного порядку відносин суб’єктів — учасників цього ринку, які б відповідали світовим стандартам щодо надання страхових послуг (або на початкових етапах його становлення та розвитку наближались до них).

Правове регулювання страхової діяльності здійснюється всіма трьома гілками влади: законодавчою, виконавчою та судовою.

Центральним органом виконавчої влади, що здійснює правове регулювання страхової діяльності, є Кабінет Міністрів України. Наглядовим органом є Міністерство фінансів України в особі Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг. Валютне регулювання здійснює НБУ; податкове — Державна податкова адміністрація України; антимонопольне — Антимонопольний комітет; управління частками держав-

ного майна — Фонд державного майна; проведення єдиної та ефективної державної політики у сфері надання фінансових послуг — Держфінпослуг. Розгляд та вирішення спірних питань у галузі страхової діяльності покладено на Господарський суд.

Окрім того, є коло проблем, вирішення яких покладається на інститути, створені самими учасниками страхового ринку для врегулювання відносин між самими страховиками, між страховиками, посередниками і страхувальниками, між учасниками страхового ринку і державою, а також між національними та міжнародними інститутами (організаціями) страхової сфери.

Вирішення цих завдань покладається на Лігу страхових організацій України та інші об'єднання страховиків.

Ліга страхових організацій України (ЛСОУ) — це неприбуткове об'єднання учасників страхового ринку, засноване в 1992 р. з метою захисту інтересів своїх членів та інших учасників ринку страхових послуг. ЛСОУ нараховує 109 організацій.

Основні завдання ЛСОУ:

- сприяння розвитку страхового ринку;
- захист прав та інтересів учасників ринку страхових послуг, що є членами ЛСОУ;
- сприяння формуванню та вдосконаленню правової бази страхової діяльності;
- сприяння підвищенню кваліфікації та професіоналізму керівників та спеціалістів — учасників ринку страхових послуг;
- ознайомлення громадськості з діяльністю учасників ринку страхових послуг та їх роллю в економічному житті України;
- сприяння реалізації антимонопольного законодавства у сфері страхової діяльності;
- утвердження взаємної довіри, надійності, порядності та ділового партнерства у взаємовідносинах між учасниками ринку страхових послуг та споживачами страхових послуг;
- доведення до учасників ринку страхових послуг законодавчих та нормативних актів органів державної влади та управління з питань, що стосуються сфери страхової діяльності;

- розробка рекомендацій з питань методології страхової справи.

З метою виконання цих завдань ЛСОУ:

- співпрацює з органами державної влади та управління щодо вироблення напрямів удосконалення страхової діяльності;
- забезпечує своїх членів кваліфікованими методологічними, методичними та інформаційно-нормативними послугами та допомогою в усіх справах, що стосуються страхової діяльності;
- створює з відповідними навчальними закладами центри і курси підготовки та перепідготовки кадрів;
- співпрацює з засобами масової інформації, готує інформаційні бюлетені та інші матеріали;
- проводить симпозиуми, семінари, конференції, забезпечує обмін досвідом роботи, сприяє встановленню ділових контактів;
- вивчає, узагальнює та поширює досвід, забезпечує рекомендаціями щодо ефективного здійснення страхової діяльності;
- координує діяльність учасників ринку страхових послуг у сфері спільних інтересів членів Ліги;
- залучає представників членів Ліги до участі в заходах, що проводяться органами державної влади та управління з метою подальшого розвитку страхової діяльності в Україні;
- сприяє комплексному рекламно-видавничому та інформаційному забезпеченню членів Ліги;
- здійснює координацію розроблених типових правил страхування¹.

У сфері формування державної політики щодо функціонування та розвитку страхового ринку ЛСОУ співпрацює з Верховною Радою України, Кабінетом Міністрів України, Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України, іншими органами державної влади, громадськими організаціями — партнерами ЛСОУ та засобами масової інформації.

Вище розглянуто причини, що зумовлюють потребу державного впливу на страховий ринок, зміст та напрями цього

¹ Страховий бізнес України: Довідник / Кер. проекту С. Падій; Пер. з англ. Г. Шевченко. — К.: АРТ-МЕДІА, 2007. — С. 56.

впливу. Тепер розглянемо межі участі держави в цьому процесі. Взаємовідносини страховика і держави регламентуються ст. 41 Закону України “Про страхування”, в якій зазначається: “Страховик не відповідає за зобов’язання держави, а держава — за зобов’язання страховика. Не допускається, за винятком обов’язкових видів страхування, страхування життя, майна фізичних осіб, перестраховування, страхування експортно-імпортних поставок під гарантію держави та діяльності страхових посередників, будь-яке централізоване регулювання (уніфікація, обмеження, обов’язковість тощо) розмірів страхових платежів (тарифів) і страхових сум (страхового відшкодування), умов укладання страхових договорів, взаємовідносин страховика і страховальника, якщо вони не суперечать законодавству України”.

Разом з тим у ст. 42 цього Закону зазначається, що держава гарантує дотримання і захист майнових та інших прав і законних інтересів страховиків, умов вільної конкуренції у здійсненні страхової діяльності.

Втручання в діяльність страховиків з боку державних та інших органів забороняється, якщо воно не пов’язане з повноваженнями органів, які здійснюють державний нагляд та контроль за діяльністю страховиків.

Звичайно, держава повинна залишатися повноважним суб’єктом страхового ринку, але вона не повинна перебирати на себе ті функції, які може виконати ринок. Вона мусить взяти на себе відповідальність за страховий захист від тих ризиків, які не хоче брати до страхування приватний страховий бізнес. Не всі суспільно значущі страхові захисні функції має виконувати держава, вона може делегувати їх виконання приватному сектору на таких умовах, які були б прийнятними для нього. Це *по-перше*.

По-друге, і законодавча, і виконавча влада мусять враховувати той факт, що страховій діяльності не властивий вільний міновий оборот, що ця галузь економіки не запрограмована на високу прибутковність, її покликання полягає в запровадженні такої системи використання невідшкодованих страховиком страхових премій, щоб страхові компанії України стали здатними здійснювати страховий захист таких ризиків, які наразі під силу тільки державі. Це вивільнило б значну частку коштів

державного бюджету для вирішення інших нагальних завдань.

По-третє, головним завданням держави є забезпечення такого законодавчого поля, за якого ті суб’єкти, які хочуть і можуть подбати про себе у випадку скрути, мусять здійснювати страхування за свої кошти, а ті, кому це не під силу, — за рахунок спільних зусиль.

17.2. Державний нагляд за страховою діяльністю

Страховий ринок України з самого початку його становлення потребував опіки держави, хоча спеціального державного органу, який би здійснював цю функцію, до 1993 р. не було. В той час на Міністерство фінансів України було покладено здійснення загальної функції нагляду. У жовтні 1993 р. було створено Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю, який проіснував до квітня 2002 р. З цього часу функції страхового нагляду передаються Управлінню контролю фінансових ринків, ліцензування і нагляду в межах Департаменту фінансових установ та ринків Міністерства фінансів України. 11 грудня 2002 р. за Указом Президента України № 1153/2002 згідно із Законом України “Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг” було створено Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг України (Держфінпослуг). Указом Президента України від 4 квітня 2003 р. № 292/2003 затверджено Положення про Комісію, згідно з яким Комісія є центральним органом виконавчої влади зі спеціальним статусом.

Основні завдання Комісії:

- проведення єдиної та ефективної політики у сфері надання фінансових послуг;
- розробка і реалізація стратегії розвитку ринків фінансових послуг;
- здійснення державного регулювання та нагляду за наданням фінансових послуг і додержанням законодавства в цій сфері;

- захист прав споживачів фінансових послуг;
 - узагальнення досвіду застосування законодавства України з питань функціонування ринків фінансових послуг, розробка та внесення пропозицій щодо його (законодавства) удосконалення;
 - запровадження визнаних міжнародних правил розвитку ринків фінансових послуг;
 - здійснення функцій державного фінансового моніторингу на ринку фінансових послуг з метою забезпечення реалізації норм Закону України “Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом”;
- сприяння інтеграції до європейського та світового ринків фінансових послуг.

Держфінпослуг має таку структуру:

- Управління організаційно-аналітичного забезпечення керівника;
- Департамент державного регулювання та розвитку ринків фінансових послуг;
- Департамент страхового нагляду;
- Департамент нагляду за недержавними пенсійними фондами (НПФ);
- Департамент нагляду за кредитними установами;
- Департамент нагляду за фінансовими компаніями;
- Адміністративно-господарський департамент;
- Юридичне управління;
- відділ фінансового моніторингу та внутрішнього аудиту;
- відділ міжнародного співробітництва та протоколу;
- відділ кадрів;
- відділ діловодства і контролю;
- територіальні управління.

Департамент страхового нагляду — це самостійний структурний підрозділ Держфінпослуг, у складі якого є:

- відділ аналізу звітності;
- відділ ліцензування страховиків;
- управління виїзного страхового нагляду;
- інспекційний відділ;
- відділ роботи з територіальними управліннями.

Функції Департаменту страхового нагляду такі:

- ухвалення рішень про реєстрацію страховиків та внесення їх до Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків);
 - здійснення ліцензування діяльності страховиків;
 - ведення державного реєстру страхових та перестрахових брокерів;
 - реєстрація при видачі ліцензій на право здійснювати відповідного виду страхування правил страхування та змін і / або доповнень до цих правил;
 - здійснення контролю за платоспроможністю страховиків та достовірністю інформації, яку страховики надають до Комісії;
 - аналіз інформації про стан та перспективи розвитку ринків фінансових послуг;
 - проведення виїзних та безвиїзних перевірок діяльності страховиків та страхових посередників;
 - надсилання страховикам обов’язкових до виконання розпоряджень щодо усунення порушень законодавства та вимоги надання необхідних документів;
 - застосування засобів впливу у разі порушення страховиками законодавства, що регулює діяльність з надання фінансових послуг, якщо ці засоби впливу не належать до компетенції Комісії;
 - підготовка пропозицій та рішень Комісії про:
 - усунення керівництва від управління страховими компаніями у разі порушення вимог законодавства;
 - призначення тимчасової адміністрації;
 - включення фінансових установ до державного реєстру фінансових установ або виключення їх з реєстру;
 - видачу, призупинення, анулювання та поновлення ліцензій на право надання фінансових послуг.
- Уповноважений орган, згідно зі ст. 37 Закону України “Про страхування”, має право:
- одержувати в установленому порядку від страховиків звітність про страхову діяльність, інформацію про їх фінансовий стан та необхідні пояснення щодо звітних даних, а від підприємств, установ і громадян — інформацію, необхідну для виконання покладених на нього завдань;

- проводити перевірку стосовно правильності застосування страховиками законодавства України про страхову діяльність та достовірність їх звітності за показниками, що характеризують виконання договорів страхування; не частіше одного разу на рік призначати проведення за рахунок страховика додаткової обов'язкової аудиторської перевірки з визначенням аудитора;
- видавати приписи страховикам про усунення виявлених порушень вимог законодавства про страхову діяльність, а у разі їх невиконання — призупинювати чи обмежувати дії ліцензії цих страховиків до усунення виявлених порушень або прийняття рішення про відкликання ліцензій та виключення з державного реєстру страховиків (перестраховиків);
- проводити тематичні перевірки діяльності страховиків у разі необхідності перевірки фактів, викладених у скаргах, заявах, зверненнях страхувальників, достовірності показників звітності, виконання вимог раніше наданих приписів, за дорученням правоохоронних органів державної влади, зустрічних перевірок достовірності та правильності укладених договорів страхування та перестраховування та в разі надходження інформації від страхувальників про порушення;
- отримувати від страхових та перестрахових брокерів установлену звітність про їхню діяльність та інформацію про укладені договори, а також необхідні пояснення стосовно даних;
- видавати приписи страховим посередникам про усунення виявлених порушень законодавства, а в разі їх невиконання — приймати рішення про виключення страхового або перестрахового брокера з державного реєстру страхових і перестрахових брокерів;
- одержувати в установленому порядку від аварійних комісарів інформацію, необхідну для виконання покладених на нього завдань, у тому числі інформацію про обставини і причини настання страхового випадку та заподіяну шкоду;
- створювати комісії та робочі групи для проведення перевірок діяльності страховика та страхових посередників;
- здійснювати контроль за достовірністю та повнотою інформації, що надається учасниками страхового ринку;
- отримувати безоплатно від органів виконавчої влади інформацію та статистичну звітність, необхідну для виконання покладених на нього завдань;

- звертатись до суду з позовом про скасування державної реєстрації страховика (перестраховика) або страхового посередника у випадках, передбачених законом.

Посадові особи Уповноваженого органу (Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України) у випадку розголошення в будь-якій формі відомостей, що є комерційною таємницею страховика, несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством.

Ст. 43 Закону України “Про страхування” розкриває, за яких умов Уповноважений орган має право призначити проведення *примусової санації страховика*. Такими умовами є:

- невиконання страховиком зобов'язань перед страхувальниками протягом трьох місяців;
- недосягнення ним визначеного законом розміру статутного фонду;
- настання інших випадків, визначених чинним законодавством України.

Примусова санація передбачає:

- проведення комплексної перевірки фінансово-господарської діяльності страховика, в тому числі обов'язкової аудиторської перевірки;
- визначення Уповноваженим органом управляючої особи, без згоди якої не може здійснюватися фінансове, господарське і кадрове управління страховиком;
- встановлення заборони на вільне користування майном страховика та взяття страхових зобов'язань без дозволу Уповноваженого органу;
- встановлення обов'язкового для виконання графіка здійснення розрахунків зі страхувальниками;
- прийняття рішення про ліквідацію або реорганізацію страховика. Ліквідація страховика здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

Реорганізація страховика (злиття, приєднання, поділ, виділення, перетворення) проводиться у порядку, визначеному чинним законодавством України, з урахуванням особливостей із забезпечення правонаступництва щодо укладання договорів страхування, встановлених Уповноваженим органом.

Реорганізація страховика за рішенням Уповноваженого органу передбачає:

- реорганізацію у страхового посередника відповідно до нормативних актів, що регулюють діяльність страхових посередників;

- об'єднання кількох страховиків із визначенням порядку передачі страхових зобов'язань за умов погодження на це власників страховиків;

- залучення до числа учасників страховика інших страховиків (у тому числі іноземних) за умови проведення ними всіх розрахунків за зобов'язаннями та боргами страховика, строк сплати яких уже настав.

Ліквідація страховика, що має зобов'язання перед страхувальниками, у разі визнання його *банкрутом* здійснюється у порядку, визначеному законом.

При ліквідації страховика у разі, коли учасники страховика прийняли таке рішення і страховик не має зобов'язань перед страхувальниками, Уповноважений орган приймає рішення про виключення страховика з Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків).

Виключення страховика з Державного реєстру суб'єктів підприємницької діяльності органами державної влади та органами місцевого самоврядування у зв'язку з його ліквідацією або реорганізацією здійснюється тільки після внесення відповідних змін у Єдиний державний реєстр страховиків (перестраховиків).

17.3. Ліцензування страхової діяльності

Ліцензування — це видача страховим організаціям ліцензій (дозволів) на право здійснення конкретних видів страхування. В Україні ліцензування страхування здійснює спеціальний Уповноважений орган, яким наразі є Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України. Ст. 37 Закону України “Про страхування” визначає умови отримання ліцензії страховиками.

Для отримання ліцензії страховик повинен подати до Уповноваженого органу:

- заяву;

- копії установчих документів;
- копію свідоцтва про реєстрацію;
- довідки банків або висновки аудиторських фірм (аудиторів), що підтверджують розмір сплаченого статутного фонду;
- довідку про фінансовий стан засновників страховика, підтверджену аудитором (аудиторською фірмою), якщо страховик створений у формі повного чи командитного товариства або товариства з додатковою відповідальністю;
- правила (умови) страхування;
- економічне обґрунтування запланованої страхової (перестраховальної) діяльності;
- інформацію про учасників страховика, голову виконавчого органу та його заступників, копію диплома керівника про вищу освіту, інформацію про наявність відповідних сертифікатів у випадках, передбачених Уповноваженим органом у справах нагляду за страховою діяльністю.

Окрім того, до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України додаються затверджені в установленому порядку правила проведення внутрішнього фінансового моніторингу та завірена подавачем заяви копія документа про призначення працівника, відповідального за проведення внутрішнього фінансового моніторингу, де міститься інформація про керівних посадових осіб або фахівців, відповідальних за проведення фінансового моніторингу.

Уповноважений орган у справах нагляду за страховою діяльністю зобов'язаний розглянути заяву страховика про видачу йому ліцензії у строк, що не перевищує 30 днів з моменту одержання всіх зазначених документів.

У разі внесення страховиком змін у документи, необхідні для отримання ліцензії, він зобов'язаний повідомити у встановленому порядку Уповноважений орган у справах нагляду за страховою діяльністю в десятиденний строк з часу реєстрації цих змін.

Страховики, які отримали ліцензію на страхування життя, не мають права займатися іншими видами страхування.

Ліцензії на проведення страхування життя видаються без зазначення в них строку дії, ліцензії на види страхування інші, ніж страхування життя, видаються строком на 3 роки.

Кабінет Міністрів України встановлює розмір плати за видачу ліцензій на проведення конкретних видів страхування. Керівниками страхової компанії мають бути дієздатні фізичні особи. Голова виконавчого органу страховика або його перший заступник повинен мати вищу економічну чи юридичну освіту, а головний бухгалтер страховика — обов'язково вищу економічну освіту.

Уповноважений орган у справах нагляду за страховою діяльністю може відмовити у видачі ліцензії. Підставою для відмови у видачі юридичній особі ліцензії на проведення страхової діяльності може бути невідповідність документів, що додаються до заяви, вимогам чинного законодавства України.

Про відмову у видачі ліцензії Уповноважений орган у справах нагляду за страховою діяльністю повідомляє юридичну особу в письмовій формі із зазначенням причини відмови.

Спори про відмову у видачі ліцензії розглядає суд або арбітражний суд.

При виявленні порушень страховиком вимог законодавства України про страхову діяльність Уповноважений орган мусить видавати приписи про їх усунення, у разі невиконання яких приймається рішення про призупинення або обмеження дії ліцензії цих страховиків аж до відкликання ліцензії і вилучення таких страховиків та перестраховиків із державного реєстру. Спори про відкликання ліцензії розглядає суд або арбітражний суд.

17.4. Оподаткування страховиків

Для страховиків передбачено *особливий* порядок оподаткування доходів. Ця особливість зумовлена такими причинами.

По-перше, страховик виконує різні за своєю економічною та соціальною спрямованістю операції:

- страхові;
- інвестиційні;
- розміщення тимчасово вільних коштів;
- інші.

Із усіх перерахованих вище операцій тільки страхові операції мають відмінне від отримання прибутку цільове спрямування. Їх *метою є страховий захист страхувальників*.

По-друге, Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про оподаткування прибутку підприємств” від 18 листопада 1997 р. виділяє два види страхування:

- ризиків;
- життя.

Страхування ризиків охоплює майнове страхування і страхування відповідальності.

Облік операцій зі страхування життя фізичних осіб ведеться страховиками окремо.

Законодавство по-різному підходить до оподаткування доходів від цих двох видів страхової діяльності.

Об'єктом оподаткування страхової діяльності є валовий дохід від страхової діяльності.

Для ризикових видів страхування валовий дохід — це сума страхових внесків, страхових платежів або страхових премій, нагромаджених страховиками протягом звітного періоду *за договорами страхування та перестраховування ризиків* на території України або за їх межами. Цей дохід оподатковується *за ставкою 3 %*. Ставка оподаткування в цьому разі не залежить від результатів фінансової діяльності страховика, включається в ціну страхового платежу і набуває для страховика рис *непрямого податку*.

Розглянемо, яким чином здійснюється оподаткування доходів страховиків, отриманих від операцій зі страхування життя.

1. Згідно із Законом “Про внесення змін до Закону України “Про оподаткування прибутку підприємств” від 18 листопада 1997 р. *не оподатковуються* доходи страховиків-резидентів, одержані від операцій зі страхування життя, які передбачають страхову виплату в разі настання таких страхових випадків:

- смерть застрахованого;
- рішення суду про оголошення застрахованої особи мертвою;
- дожиття застрахованої особи до закінчення дії страхового договору або досягнення нею віку, визначеного договором страхування. Строк дії договору має бути не меншим 10 років

для осіб, молодших 50 років, та не меншим 5 років — для осіб, котрим понад 50 років. При цьому часткові виплати страхових сум до закінчення дії договорів страхування не здійснюються

2. У разі дострокового розірвання договору зі страхування життя доходи, отримані страховиком, підлягають оподаткуванню за підсумками податкового періоду, протягом якого відбулося розірвання договору, за ставкою 6 %.

3. Доходи від страхування майнових інтересів, пов'язаних зі здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією страховальника або застрахованого, оподатковуються за ставкою 3 %.

Оподаткування доходів страховика, отриманих від інших видів діяльності. Джерелами інших (відмінних від страхування) доходів страховика є:

- фінансова діяльність, пов'язана з розміщенням страхових резервів та управлінням ними;
- сумісна діяльність страховиків;
- позареалізаційна діяльність.

Прибуток страховика, отриманий від інших видів діяльності, оподатковується на загальних засадах за ставкою 3 %.

Оподаткування страховиків-нерезидентів. Ст. 13.6 Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про оподаткування прибутку підприємств” передбачено оподаткування доходів нерезидентів, отриманих у формі страхових внесків, страхових платежів або страхових премій від перестраховування ризиків, зокрема страхування ризиків життя на території України та ризиків резидентів за межами України, за ставкою 15 % у джерела їх виплати за рахунок таких виплат.

Якщо міжнародним договором, ратифікованим Верховною Радою, встановлено інші правила, ніж ті, що передбачені названим вище законом, застосовуються норми міжнародного договору. Тому при розгляді питання оподаткування доходів, які отримують нерезиденти з джерелом походження в Україні, мають бути враховані положення угоди про уникнення подвійного оподаткування, укладеної Україною з країною, де нерезидент має постійне місце перебування. Серед країн, з якими Україна уклала міжнародні угоди про уникнення подвійного

оподаткування, — Велика Британія, Польща, Білорусь, Угорщина, Молдова, Швеція, ФРН, Канада, Словаччина, Данія, Норвегія, Естонія, Вірменія, Казахстан, Нідерланди, Болгарія, Румунія, Литва, Узбекистан, Фінляндія. Крім того, згідно зі ст. 7 Закону України “Про правонаступництво України”, чинні договори СРСР з такими країнами: Австралія, Бельгія, Індія, Іспанія, Італія, Кіпр, Малайзія, Монголія, США, Франція, Чехія, Швейцарія та Японія.

Резиденти-страховики, котрі утримують і перераховують до відповідного бюджету податок на доходи нерезидентів, отримані у вигляді страхових платежів від перестраховування ризиків з території України, зобов'язані надати в державний податковий орган за своїм місцем проживання звіт про утримання і внесення до бюджету податку на доходи нерезидентів (щодо кожного нерезидента окремо) згідно з Порядком надання звітів про утримання і внесення в бюджет податку на доходи нерезидентів, затвердженим наказом Державної податкової адміністрації України від 16 січня 1998 р. № 28.

Такий режим оподаткування страхової діяльності був виправданим для періоду становлення страхового ринку.

Наразі страховий сектор економіки стоїть на порозі переходу на загальну систему оподаткування прибутку замість теперішнього оподаткування зібраних страхових премій за ставкою 3 %. Цей перехід вітають страховики класичного страхування. Водночас йому чиниться опір, причому не страховиками, а страхувальниками: юридичні особи — великі промислові підприємства, ФПГ, які укладають фіктивні страхові договори, відносять страхові платежі на валові витрати, уникаючи тим самим сплати 25-відсоткового податку на прибуток з цих сум. Така ситуація спричинила шквал перевірок страхових організацій з боку податкової служби. Це підриває авторитет інституту страхування, створює напругу на страховому ринку України. Президент України видав указ, яким доручив уряду готувати переведення страхового сектору на загальну систему оподаткування, хоча цим змінам і досі чиниться опір.

Висновки

1. Об'єктивна необхідність державного регулювання страхової діяльності зумовлена такими причинами: неефективністю конкуренції в цій галузі; наявністю серед страхових послуг не тільки приватних, а й суспільних благ, яких ринок пропонує недостатньо; наявністю таких сегментів страхового ринку, де буде запропоновано обмаль страхових послуг навіть за умови, що ціна попиту перевищує ціну пропозиції, необхідністю врегулювання негативних екстернальних ефектів; асиметричністю інформації про учасників страхового ринку.

2. Державне регулювання страхової діяльності (ДРСД) — це система цілей, а також інструментів (засобів) та методів їх досягнення. ДРСД використовує правові, адміністративні та економічні методи.

3. Правове регулювання страхової діяльності здійснюється на основі законів України, законодавчих актів, постанов, декретів уряду, міжнародних угод, підписаних і ратифікованих Україною, указів Президента та розпоряджень Уповноваженого органу тощо.

Економічне ДРСД здійснюється через систему державного фінансування, оподаткування, стимулювання.

Адміністративне ДРСД здійснюється через ліцензування, нормування, ведення єдиного реєстру, доведення до відома учасників страхового ринку змін, що відбуваються в законодавстві. Розгляд та вирішення спірних питань у галузі страхової діяльності покладено на Господарський суд.

4. Врегулювання відносин між самими страховиками, між страховиками і посередниками, між страховиками, посередниками і державою, між національними і міжнародними страховими організаціями покладено на Лігу страхових організацій України (ЛСОУ).

5. Межі державного втручання у сферу страхової діяльності визначаються: відмовами страхового ринку забезпечувати страховим захистом з тих ризиків, в яких суспільна потреба перевищує індивідуальні потреби, та створенням такого законодавчого поля, за якого економічно забезпечені суб'єкти по-

винні себе страхувати за власні кошти, а ті суб'єкти, яким це не під силу, — за рахунок спільних зусиль.

6. Уповноваженим органом, на який покладено здійснення державного нагляду за страховою діяльністю, є Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг.

7. Уповноважений орган здійснює *ліцензування*, тобто видачу страховим організаціям дозволів (ліцензій) на право здійснювати страхову діяльність за конкретними видами страхування на основі документів, що засвідчують дотримання страховиками вимог, що висуваються законодавством України до суб'єктів, що здійснюють страхову діяльність.

8. Оподаткування страхової діяльності наразі здійснюється на особливих засадах. Об'єктом оподаткування в цій сфері є валові страхові премії від страхової діяльності, а ставка оподаткування становить 3 % від валової страхової премії. Наразі назріла потреба в переведенні цієї сфери діяльності на загальну систему оподаткування прибутку.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Департамент страхового нагляду; Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України; державне регулювання страхової діяльності; державний нагляд за страховою діяльністю; Ліга страхових організацій України; ліцензування; методи регулювання страхової діяльності: адміністративні, економічні, правові; неповні ринки страхових послуг; об'єкт оподаткування страхової діяльності; ставка оподаткування доходів страховиків; Уповноважений орган.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Якими об'єктивними причинами зумовлена необхідність державного регулювання страхової діяльності? Розкрийте їх зміст.
2. Чим визначаються межі державного регулювання страхової діяльності?
3. Дайте визначення та розкрийте зміст державного регулювання страхової діяльності.
4. Назвіть методи державного регулювання страхової діяльності та охарактеризуйте стисло їх структуру.
5. До основних функцій Департаменту страхового нагляду не відносять:
 - а) здійснення ліцензування страхової діяльності;
 - б) ведення Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків);
 - в) захист прав споживачів фінансових послуг;
 - г) здійснення контролю за платоспроможністю страховика.
6. Уповноваженим органом, що здійснює державний нагляд за страховою діяльністю в Україні є:
 - а) Департамент державного регулювання та розвитку ринків фінансових послуг;
 - б) Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України;
 - в) Департамент нагляду за страховою діяльністю;
 - г) немає правильної відповіді.
7. Для отримання ліцензії страховик повинен подати до Уповноваженого органу:
 - а) заяву;
 - б) копії установчих документів;
 - в) правила страхування;
 - г) всі відповіді правильні.
8. Ліцензії на страхування життя видаються:
 - а) на три роки;
 - б) на рік;
 - в) на п'ять років;
 - г) безстроково.

9. Ліцензії на страхування, відмінне від страхування життя, видаються строком на:
 - а) один рік;
 - б) три роки;
 - в) безстроково;
 - г) десять років.
10. Об'єктом страхування страхової діяльності згідно з чинним законодавством є:
 - а) валовий дохід від страхової діяльності;
 - б) чистий дохід від страхової діяльності;
 - в) валовий дохід від страхової та інвестиційної діяльності страховика;
 - г) прибуток від страхової діяльності.

Література

1. Александров В.Т., Бандурка О.М., Ворона О.І. та ін. Страхова справа. Інтегрований навчальний комплекс: Підручник. Автоматизована система навчання на CD та Інтернет-портал: У 2 кн. — Кн. 2: Страхування. Страхові послуги. — К.: НВП АВТ; Х.: Видав. центр НТУ “ХПІ”, 2003. — С. 125—140.
2. Базилевич В.Д., Базилевич К.С. Страхова справа. — 5-те вид., стер. — К.: Знання, 2006. — С. 49—50, 348—351.
3. Гвозденко А.А. Основы страхования. — М.: Финансы и статистика, 1999. — С. 234—237.
4. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 7.
5. Закон України “Про оподаткування прибутку підприємств” від 22 травня 1997 р. (зі змінами і доповненнями) // www.rada.kiev.ua
6. Закон України “Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг” // Україна-business. — 2001. — № 35. — 4—11 вересня.
7. Мачуський В.В. Правові основи страхування: Навч. посіб. — К.: КНЕУ, 2003. — С. 61—100.

8. Плиса В.Й. Страхування: Навч. посіб. — К.: Каравела, 2006. — С. 94—110.

9. Ротова Т.А., Руденко Л.С. Страхування: Навч. посіб. — К.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2001. — С. 164—181.

10. Страхування: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — С. 170—195.

11. Шумелда Я. Страхування: Навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Т.: Джура, 2006. — С. 88—100.

Розділ 18 РЕГУЛЮВАННЯ ТА НАГЛЯД ЗА БАНКІВСЬКОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ В УКРАЇНІ

18.1. Організаційні засади регулювання банківської діяльності та банківського нагляду.

18.2. Базельський комітет та його роль у формуванні системи регулювання діяльності комерційних банків.

18.3. Реєстрація банків та ліцензування банківської діяльності.

18.4. Контроль за діяльністю банків та заходи впливу з боку Національного банку України.

Страхова та банківська діяльність тісно пов'язані. Все більша кількість банківських ризиків підлягають страхуванню. Все частіше банки намагаються конкурувати зі страховиками, надаючи альтернативні страховому бізнесу послуги. Водночас виникають нові послуги, котрі надаються банками, створюючи конкуренцію на страховому ринку не тільки між самими страховиками, а й із суміжними інститутами, зокрема недержавними пенсійними фондами. Все це посилює інтерес до проблем порівняння змісту форм, методів та результатів державного регулювання банківських і небанківських (зокрема страхових) фінансових установ.

18.1. Організаційні засади регулювання банківської діяльності та банківського нагляду

Банківська система є складовою більш широкої системи — економічної системи держави. У сучасних умовах банківська система відіграє важливу роль у державі і стає інструментом впливу на економічні процеси, як у внутрішній так і в зовнішній політиці держави. Від її ефективного функціонування залежать розподіл внутрішнього валового продукту і національного доходу, регулювання грошового обігу, кредитування, фінансування та досягнення інших економічних і соціальних досягнень держави.

Отже, регулювання банківської діяльності на етапі переходу країни до ринкової економіки відіграє дуже важливу макроекономічну роль. Процес регулювання банківської діяльності в широкому розумінні охоплює декілька відносно самостійних аспектів: грошово-кредитне регулювання, нагляд за банківською діяльністю, валютне регулювання, податково-правове регулювання. Перед кожною складовою цього поняття стоять окремі, хоч і взаємопов'язані, завдання. Проте саме *нагляд* безпосередньо спрямований на функціонування банків і в кінцевому підсумку саме механізм нагляду забезпечує загальний контроль за їх діяльністю.

Державне регулювання діяльності банків — це комплекс заходів, яких вживають відповідні державні органи для підтримання стабільності та ефективності банківської діяльності, обмеження негативних наслідків різноманітних ризиків. Головною метою регулювання банківської сфери є підвищення рівня надійності, стабільності банківської системи в цілому та захист інтересів кредиторів та вкладників.

Функції регулювання та банківського нагляду у різних країнах світу виконує центральний банк держави або міністерство фінансів чи незалежне агентство.

Відповідно до ст. 1 Закону України “Про Національний банк України”, *банківський нагляд* — система контролю та активних впорядкованих дій Національного банку України,

спрямованих на забезпечення дотримання банками та іншими особами, стосовно яких Національний банк України здійснює наглядову діяльність, законодавства України і встановлених нормативів, з метою забезпечення стабільності банківської системи та захисту інтересів вкладників та кредиторів банку.

Основні завдання банківського регулювання та нагляду:

- забезпечення стабільності і надійності банківської системи;
- захист інтересів вкладників, що розміщують свої кошти в банках, від неефективного управління банками та шахрайства;
- створення конкурентного середовища у банківському секторі;
- забезпечення відкритості політики у діяльності банківського сектору в цілому і в кожному банку окремо;
- підтримання необхідного рівня стандартизації і професіоналізму в банківській системі, забезпечення ефективної діяльності банків і запровадження технологічних нововведень в інтересах споживачів банківських послуг.

Правова інфраструктура банківського нагляду визначає право наглядового органу на отримання від банків офіційної звітності й іншої інформації необхідної в процесі нагляду, а також право проведення перевірок на місці.

Пруденційний нагляд над банківською системою традиційно здійснюється шляхом:

- заочного спостереження (за даними звітності, що надходять до наглядового органу);
- інспектування на місцях.

Нагляд за банками здійснюється на основі постійного контролю (моніторингу) за фінансовими результатами діяльності банків та впровадженими у них процесами управління ризиком. Нагляд — це циклічний процес, який починається з вивчення матеріалів попередньої виїзної перевірки й закінчується завершенням наступної виїзної перевірки.

На відміну від аудиту банку, пруденційний нагляд здійснюється безперервно, а не “станом на певне число”. Цей підхід, як правило, практикується “згори донизу” (оцінка політик, процедур, контролю і якості роботи) на відміну від “знизу догори” (перевірка рахунків, записів і операцій). Мета полягає в

тому, щоб виконати оцінку стану банку і розпочати процес, який приведе до необхідної реакції органів нагляду.

Нестабільність банківської системи може призвести до банкрутства банків і, таким чином, до громадської недовіри до банків у цілому. Також це може зумовити такі макроекономічні наслідки:

- скорочення грошової маси;
- крах платіжної системи;
- великі та непередбачені зобов'язання уряду.

У країнах з розвинутою ринковою економікою працівники нагляду спираються на такі важливі складові. По-перше, кодифікований звіт законів, які стосуються економічних одиниць та власності; по-друге, адекватні та чітко встановлені стандарти звітності та обліку; по-третє, система незалежного аудиту та оприлюднення для широкого загалу банківської звітності. Вирішення жодної з цих проблем не є безпосереднім обов'язком органів банківського нагляду, майже у кожній країні діють інші органи, які докладають значні зусилля для підвищення ефективності діяльності у цій сфері.

Для того щоб мати впевненість у тому, що фінансова звітність складена належним чином, необхідна наявність тієї чи іншої форми зовнішньої перевірки. У ринкових економіках це забезпечується послугами зовнішніх аудиторів.

Спосіб, у який країни намагаються встановити вплив та контроль над банківською системою шляхом регулювання та нагляду, зумовлює формування різних моделей банківського нагляду.

З інституційного погляду можна виділити три групи країн, що відрізняються за способами організаційної побудови наглядових структур, місцем і роллю центрального банку в цих структурах (табл. 18.1):

- країни, в яких наглядова діяльність здійснюється виключно центральним банком (ЦБ): Україна, Австралія, Ісландія, Іспанія, Ірландія, Італія, Нова Зеландія, Португалія;
- країни, в яких наглядова діяльність проводиться центральним банком спільно з іншими органами: США — Федеральна резервна система (ФРС) спільно з Міністерством фінансів і незалежним агентством — Федеральною корпорацією страхування депозитів; Швейцарія — ЦБ спільно з Федераль-

Таблиця 18.1. Органи банківського нагляду в різних країнах та їх основні функції

Країна	Основні органи контролю	Проведення ревізій	Звіти про фінансовий стан, збитки та прибутки
Бельгія	Міністерство фінансів; Банківська комісія; Банк Бельгії	Щорічно	Повний баланс і звіт про прибутки та збитки — щорічно; звіт про прибутки та збитки — щоквартально; скорочений баланс — щомісячно
Канада	Бюро нагляду за фінансовими установами	Щорічно співробітниками Бюро	Баланс і звіт про прибутки та збитки — щоквартально; скорочений баланс — щомісячно; дані про керівників, нерухомість та баланс з подвійною аудиторською перевіркою — раз на рік
Німеччина	Федеральне відомство з контролю за банками (при Міністерстві фінансів)	Раз на рік незалежними аудиторськими фірмами за дорученням	Річний та щомісячний звіти про фінансовий стан; річний, кварталний та щомісячний звіти про великі позики
Франція	Комітет з регулювання банків; Банківська комісія; Комітет з кредитування (усі комітети очолює керівний Банком Франції)	Щорічно або 1 раз на 2 роки Банківської комісії (за допомогою штату Банку Франції)	Основна звітність — раз на шість місяців; скорочені баланси — щомісячно; регулярні звіти за великими кредитами

Країна	Основні органи контролю	Проведення ревізій	Звіти про фінансовий стан, збитки та прибутки
Італія	Міжміністерський комітет з кредитів і збережень (на чолі з міністром казначейства); Банк Італії	Раз на 2—3 роки Банком Італії	Скорочений баланс — щомісячно; квартальний звіт за депозитами та позиками; річний баланс і звіт про прибутки та збитки
Японія	Бюро банків при Міністерстві фінансів; Банк Японії	Раз на 2—3 роки Бюро банків; за вибором — Банком Японії	Річний баланс і звіт про фінансовий стан; звіт про прибутки — раз у півроку
Швейцарія	Федеральна банківська комісія	Щорічно приватними бухгалтерськими фірмами за ліцензіями Швейцарського національного банку	Щорічний баланс, засвідчений аудиторською фірмою
Велика Британія	Банк Англії	Щорічно приватними аудиторськими фірмами за дорученням Банку Англії	Щорічний баланс, засвідчений аудиторською фірмою; звіт за окремими операціями негайно після їх здійснення
США	Федеральна резервна система; Контролер грошового обігу; Федеральна корпорація зі страхування депозитів; 50 банківських департаментів штатів	Раз на 1—2 роки відповідальними органами	Повні квартальні звіти про фінансовий стан та прибутки

Регулювання та нагляд за банківською діяльністю в Україні

ною банківською комісією; Франція — Банк Франції спільно з Банківською комісією; Німеччина — Бундесбанк спільно з Федеральною службою кредитного контролю;

- країни, в яких наглядова діяльність здійснюється не центральним банком, а іншими органами: Канада, Велика Британія, Данія, Люксембург, Швеція, Австрія, Фінляндія, Норвегія.

До основних повноважень регулятивно-наглядових органів належать такі:

- регулювання доступу до банківської системи;
- забезпечення розумного регулювання діяльності банків, тобто такого, яке, з одного боку, не обмежує їхньої самостійності в підтриманні фінансової стабільності, а з іншого — передбачає певні вимоги до банків (наприклад, стосовно адекватності капіталу, ліквідності, дотримання нормативів, що регламентують банківські ризики);
- регулярне отримання від банків звітності й проведення інспекційних перевірок у банках;
- застосування заходів примусового впливу щодо проблемних банків, зокрема заборона оголошення і виплати дивідендів, накладання штрафів тощо;
- контроль за неплатоспроможними банками, призначення тимчасової адміністрації в такі банки, припинення їхньої діяльності, реорганізація та ліквідація банків.

Банківський нагляд може бути ефективним за умов виконання двох функцій — превентивної і захисної.

Превентивна функція спрямована на те, щоб не допустити краху окремих банків або дестабілізації ринку в цілому. *Захисна функція* передбачає заходи щодо нейтралізації негативних явищ, якщо такий крах або дестабілізація вже відбулися. Ця функція охоплює систему заходів реальної допомоги банкам, що потрапили в складну фінансову ситуацію, і систему гарантій депозитів, спрямовану на захист інтересів вкладників у випадку банкрутства банків.

У нашій країні функції банківського нагляду покладені на Національний банк України. Завдання і функції банківського нагляду визначаються завданнями і функціями Національного банку України стосовно проведення єдиної державної політики у галузі грошового обігу, кредитування, зміцнення гро-

шової одиниці, організації міжбанківських розрахунків, координації діяльності банківської системи в цілому.

Нині служба банківського нагляду Національного банку України скоординована по вертикалі й функціонує як єдина система у складі центрального апарату та територіальних управлінь Національного банку України. В центральному апараті служба банківського нагляду представлена такими підрозділами:

- банківського регулювання і нагляду;
- методології банківського регулювання і нагляду;
- реєстрації та ліцензування;
- запобігання використанню банківської системи для легалізації кримінальних доходів та фінансування тероризму.

Головним завданням банківського нагляду НБУ є створення ефективної системи захисту інтересів кредиторів і вкладників банку, оперативного реагування на події, які дестабілюють діяльність банку. Банківський нагляд спирається на наглядову модель, що містить такі ключові принципи:

- виявлення ризику;
- визначення його розміру;
- контроль за ризиком;
- проведення заходів щодо його зменшення.

Найважливіша місія цієї структури — забезпечити діяльність банків від фатальних ризиків і захистити інтереси вкладників.

Отже, цілі, які стоять перед банківським надглядом кожної країни і України зокрема, у цілому такі:

1. *Глобальні.* Підвищення надійності та стабільності банківської системи. В основному банківський нагляд приділяє увагу стану всієї системи банків, хоча запобігання краху окремого банку або виникненню у ньому критичної ситуації є найкращим заходом для збереження здоров'я банківської системи в цілому.

2. *Локальні.* Надійний захист інтересів вкладників, що розміщують свої кошти у банках; забезпечення їх довіри до фінансово-кредитної системи. Головна причина необхідності захисту вкладників полягає в тому, що вони не володіють інформацією для визначення розмірів ризиків у діяльності їх банку.

3. *Потенційні:*

- підвищення конкуренції у банківському секторі економіки і, як наслідок, запобігання зосередженню економічної потужності в одних руках (банківський нагляд покликаний сприяти зміцненню ефективної і конкурентної банківської системи, яка повинна чітко реагувати на потреби суспільства в якісних фінансових послугах, що надаються за розумною ціною);

- підвищення ефективності банківської справи та раціональний розподіл кредитів в економіці, але банківський нагляд не може і не повинен надавати гарантію того, що банки не збанкрутують. У ринковій економіці банкрутство є частиною процесу ризикових операцій. Однак питання про те, яким чином вирішується проблема банкрутства і як розподіляються збитки — це значною мірою питання політичного характеру, прямо пов'язане з процесом прийняття рішень відносно того, чи необхідно — а якщо так, то в якому обсязі — використовувати державні кошти для підтримки банківської системи. Питання такого змісту не можна завжди залишати цілком на розсуд наглядових органів, однак банківський нагляд повинен мати у своєму розпорядженні адекватні заходи щодо вирішення тих труднощів, що мають проблемні банки.

18.2. Базельський комітет та його роль у формуванні системи регулювання діяльності комерційних банків

Протягом останніх десятиріч система банківського нагляду поступово набувала міжнародного характеру, що було пов'язано з інтернаціоналізацією банківської справи. У цей період був сформований Базельський комітет з питань банківського нагляду (далі — Базельський комітет), або “Комітет Кука”, названий так за ім'ям директора Банку Англії Пітера Кука, основоположника ідеї організованого міжнародного банківського нагляду.

Базельський комітет наглядових органів був створений керівниками центральних банків у 1975 р. До нього входять

керівні представники банківських наглядових органів і центральних банків Бельгії, Канади, Франції, Німеччини, Італії, Японії, Люксембургу, Нідерландів, Швеції, Швейцарії, Великої Британії і Сполучених Штатів Америки. Він проводить свої зустрічі у Банку міжнародних розрахунків у Базелі, де розташований його постійний Секретаріат.

Базельський комітет займається виробленням і координацією основних принципів банківського нагляду і регулювання. Країни — учасниці угоди доручають Базельському комітету підготовку директив, виконання яких обов'язкове для банківських установ у всіх країнах-членах. Такі директиви регулюють різні сторони діяльності банків і, як правило, стають частиною банківського законодавства в цих країнах.

Із середини 80-х років великий інтерес до діяльності Базельського комітету стали виявляти інші країни. Це стосується насамперед держав Центральної і Східної Європи, які утворили в той час свою регіональну групу в межах Базельського комітету.

У червні 1996 р. Національний банк України став членом Групи банківського нагляду країн Центральної та Східної Європи.

У квітні 1997 р. Базельський комітет оприлюднив Основні принципи банківського нагляду (далі — Принципи), які слід розглядати як мінімальні вимоги. Всі 25 принципів можна поділити за змістом на 7 груп (рис. 18.1).

У жовтні 1998 р. органам банківського нагляду у всіх країнах запропоновано приєднатися до сформульованих базових принципів і одночасно проаналізувати свою чинну систему з тим, щоб скласти програму усунення можливих недоліків. Дотримання цих основних принципів, на думку Базельського комітету, може стати важливим кроком у справі зміцнення стабільності як національних, так і міжнародних фінансових систем.

Принципи розкривають такі складові.

1. Попередні умови здійснення ефективного банківського нагляду — ефективна система банківського нагляду повинна передбачати чітко визначення відповідальності та цілей наглядових органів за діяльністю банків, які повинні володіти суверенною незалежністю і необхідними ресурсами. Необхідно



Рис. 18.1. Структурування Базельських принципів

також забезпечити правове поле щодо здійснення банківського нагляду, зокрема щодо видачі дозволів на створення банківських установ і здійснення поточного нагляду за їх діяльністю, а також передбачити повноваження наглядових органів розглядати питання про відповідність цієї діяльності чинному законодавству та правовий захист працівників наглядових органів. Повинні існувати положення щодо обміну інформацією між наглядовими органами та захисту конфіденційної інформації.

2. Ліцензування і структура нагляду — необхідно чітко визначити, які види діяльності дозволено здійснювати установам, що отримали ліцензію і стали об'єктом нагляду, і, наскільки це можливо, контролювати використання терміна "банк" у найменуванні різних установ:

- наглядовий орган повинен мати у своєму розпорядженні право встановлювати необхідні критерії і відхиляти заявки

установ, які не відповідають встановленим нормам стосовно, зокрема, оцінки структури володіння банківською організацією, її директорів і керівної управлінської ланки, операційного плану, механізмів внутрішнього контролю, її прогностичного фінансового становища;

- у тих випадках, коли власником або материнською організацією банку є іноземний банк, необхідна попередня згода наглядового органу країни його реєстрації;
- орган банківського нагляду повинен мати у своєму розпорядженні право розглядати і відхиляти будь-яку пропозицію щодо передачі іншим сторонам значної частки власності або контролюючих інтересів у наявних банках, а також встановлювати критерії, що регулюють великі придбання або інвестиції банку, спрямовані на те, щоб корпоративні структури не піддавали банк невинуватому ризику або не створювали перешкод здійсненню ефективного нагляду.

3. Пруденційні положення і вимоги.

Органи банківського нагляду повинні:

- встановлювати обачні і належні мінімальні вимоги достатності власного капіталу всіх банків, що повинні відображати ті ризики, на які йдуть банки, а також визначати компоненти капіталу, враховуючи при цьому здатність банків покривати збитки (у випадку з банками, які провадять міжнародну діяльність, ці мінімальні вимоги не можуть бути нижчими від встановлених Базельським комітетом);
- пересвідчитися в тому, що банки мають і застосовують на практиці політику, практичні методи і процедури оцінки якості активів, достатності резервів для покриття ідентифікованих сумнівних боргів і загальних резервів для відшкодування втрат за позиками;
- пересвідчитися в тому, що банки мають у своєму розпорядженні управлінські системи інформації, що дають змогу керівництву банку ідентифікувати концентрації ризиків у межах портфеля;
- встановлювати пруденційні межі, що обмежують ризик потенційних збитків від окремих позичальників або груп пов'язаних між собою позичальників;
- мати у своєму розпорядженні вимоги, які передбачають, що банки повинні здійснювати кредитування родинних ком-

паній і фізичних осіб відповідно до принципу “довгої руки”, за ефективного моніторингу надання таких кредитів і наявності відповідних заходів з контролю за ризиками або зі зниження загрози їх виникнення (з тим, щоб попередити зловживання, пов'язані з кредитуванням родинних установ);

- пересвідчитися в тому, що банки мають у своєму розпорядженні необхідні політики і процедури, які дають змогу ідентифікувати, відстежувати і контролювати в ході здійснення міжнародних позикових та інвестиційних операцій ризик неплатоспроможності суверенної держави і трансфертний ризик та передбачають належні резерви на покриття таких ризиків;
- пересвідчитися в тому, що банки мають у своєму розпорядженні системи, що дають можливість точно оцінювати, відстежувати і ефективно контролювати ринкові ризики;
- володіти повноваженнями встановлювати за необхідності конкретні ліміти і вимоги до капіталу на покриття потенційного ринкового ризику;
- пересвідчитися в тому, що банки розробили всеосяжний процес управління ризиком (включаючи відповідний нагляд з боку керівництва банку), що дає змогу ідентифікувати, оцінювати, відстежувати і контролювати всі інші види матеріальних ризиків та мають у своєму розпорядженні капітал для покриття таких ризиків;
- пересвідчитися в тому, що банки мають у своєму розпорядженні систему внутрішнього контролю, яка відповідає характеру і масштабам їх діяльності та яка передбачає чітку процедуру делегування повноважень і відповідальності, розподіл функцій стосовно взяття зобов'язань від імені банку, представлення звітності за його активами і зобов'язаннями, гарантію збереження його активів, відповідний внутрішній і зовнішній аудит;
- пересвідчитися в тому, що банки мають у своєму розпорядженні адекватну політику, практику і процедури, включаючи чіткі правила “знай свого клієнта”, які забезпечують дотримання фінансовим сектором високих етичних і професійних стандартів, перешкоджають навмисному або випадковому використанню банку злочинними елементами.

4. Методи поточного банківського нагляду. Ефективна система банківського нагляду має складатися з певних форм нагляду як на місці, так і заочного нагляду, тому органи банківського нагляду повинні:

- підтримувати регулярні контакти з керівництвом банку і добре розбиратися в операціях банківської установи;
- мати у своєму розпорядженні кошти для збору, оцінки і аналізу пруденційних звітів і статистичної інформації, що надходить від банків на індивідуальній і консолідованій основі;
- мати у своєму розпорядженні кошти для незалежної оцінки наглядової інформації за допомогою перевірок на місцях або за допомогою зовнішніх аудиторів;
- здійснювати нагляд за банківською групою на консолідованій основі.

5. Вимоги, що висуваються до інформації. Органи банківського нагляду повинні пересвідчитися в тому, що кожний банк веде необхідну звітність на основі послідовної бухгалтерської політики і практики, що дає змогу наглядовому органу отримувати правдиве і достовірне уявлення про фінансове становище банку і прибутковість його операцій, і що банк на регулярній основі публікує фінансовий звіт, який правильно відображає його стан.

6. Офіційні повноваження наглядових органів. Органи банківського нагляду повинні мати у своєму розпорядженні адекватні можливості впливу, щоб вживати своєчасні коригувальні заходи щодо банків, які не дотримуються встановлених пруденційних вимог (таких як мінімальні коефіцієнти достатності капіталу) і у разі порушення регламентуючих положень. У крайніх випадках це може містити право на відкликання банківської ліцензії.

7. Транснаціональні банківські операції. Одним з ключових елементів сукупного нагляду є контакти і обмін інформацією з різними іншими наглядовими органами, насамперед з наглядовими органами приймаючої країни. Органи банківського нагляду повинні:

- здійснювати глобальний сукупний нагляд за своїми активними в міжнародному плані банківськими організаціями, ефективно застосовуючи моніторинг і відповідні пруденційні норми стосовно всіх аспектів операцій, що проводяться цими

банківськими організаціями на глобальній основі, головним чином через іноземні філії, спільні підприємства і дочірні установи;

- вимагати, щоб місцеві операції іноземних банків здійснювалися відповідно до тих високих стандартів, які застосовуються до національних банківських установ, і в інтересах сукупного нагляду повинні мати у своєму розпорядженні повноваження щодо обміну необхідною інформацією про такі банки з наглядовими органами країни реєстрації.

За умови вільного переміщення капіталу між країнами абсолютно природним є бажання інвестора вкладати свої кошти у ту країну, де за умов відносно однакової дохідності до його інвестицій висувають якомога менше вимог. У зв'язку з цим почали створюватися міжнародні банківські групи. Їх метою були спроби досягти так званого регулятивного арбітражу, тобто скористатися відмінностями у практиці регулювання банківської діяльності у різних країнах світу задля зменшення необхідного рівня капіталу.

Одним із перших, хто вирішив гармонізувати відмінності між національними практиками “регулятивного арбітражу” став Базельський комітет. Країни, які входять до цього комітету, були і залишаються промислово розвинутими, а тому раніше від інших відчули на собі вплив світової глобалізації.

Першим кроком на шляху до міжнародної гармонізації банківського регулювання стало прийняте у 1988 р. Міжнародне наближення розрахунку капіталу та стандартів капіталу (*International Convergence of Capital Measurement and Capital Standards*), відоме також як Угода про капітал (*Capital Accord*), або просто Базельська угода (*Basle Accord*). Цей документ отримав назву Базель-І.

У першій редакції Базель-І містив три основні складові:

- капітал банку складається з основного і додаткового;
- банки повинні утримувати капітал для покриття кредитного ризику, який оцінюється за допомогою вагових коефіцієнтів ризику;
- у будь-який момент часу співвідношення між капіталом банку та його активами, взятими з урахуванням коефіцієнта кредитного ризику, не повинне бути меншим 8 %.

Ця Угода була спрямована насамперед на так звані міжнародно активні банки і була обов'язковою лише для країн — членів Базельського комітету. Однак відносна простота і доступність методик і підходів привели до того, що до 2004 р. Базель-I так чи інакше було запроваджено майже у 130 країнах світу, в тому числі в Україні.

Слід зазначити, що прийняття Угоди про капітал стало переломним етапом для розвитку банківського нагляду в цілому у світі.

Наприкінці 90-х років ХХ ст. Базельський комітет Угодою про капітал встановив такі норми банківського регулювання.

1. Джерелом покриття банківських ризиків та збитків є капітал банку. Він має дві обов'язкові складові: основний капітал (капітал першого рівня) та додатковий (капітал другого рівня), а також — у деяких випадках — капітал третього рівня. *Капітал першого рівня* — це первинний, початковий капітал, не пов'язаний з обмеженнями стосовно використання на покриття збитків за результатами банківської діяльності та сплатою податків. Тому він найякісніший з позиції гарантій забезпечення надійності вкладів кредиторів банку. Капітал першого рівня складається зі сплаченого акціонерного капіталу (сплачені прості акції) і розкритих резервів (фонди банку, створені згідно з рішенням загальних зборів акціонерів за рахунок чистого прибутку минулих років). *Капітал другого рівня*, або додатковий, складається з нерозкритих резервів, резервів переоцінки активів, гібридних капітальних інструментів і субординованого боргу. Капітал другого рівня порівняно з капіталом першого рівня менш якісний, адже його використання на покриття збитків обмежується мінливою вартістю й строком. З огляду на це для капіталу другого рівня застосовується низка обмежень на його використання при розрахунку нормативного капіталу. В цілому для кожної складової та для їх суми — регулятивного капіталу — діють певні обмеження, покликані забезпечити максимальну якість, а отже, — перманентність банківського капіталу.

2. Банки повинні тримати капітал для покриття двох основних категорій ризиків:

- кредитного ризику, який розраховується як сума добутків балансових активів і кредитних еквівалентів позабалансових інструментів на відповідні вагові коефіцієнти ризику;

- ринкового ризику, який складається з чотирьох складових:

- відсоткового ризику у так званій торговельній книзі (розраховувався як сума загального та спеціального ризиків);

- ризику пайових цінних паперів у “торговельній книзі” (також розраховувався як сума загального та спеціального ризиків);

- валютного ризику (розраховувався спочатку окремо для кожної валюти, а потім — як комбінація всіх позицій з урахуванням ефекту портфеля);

- ризику товарних контрактів.

Сума зазначених вище ризиків давала так званий еквівалент залежних за ризиком активів.

3. У будь-який момент часу співвідношення між регулятивним капіталом банку та еквівалентом його зважених на ризик активів — адекватність капіталу — не повинно бути меншим ніж 8 %. На практиці банки мають підтримувати адекватність капіталу на рівні, вищому за мінімально необхідний, аби ефективно протистояти різноманітним шоківим потрясінням.

Слід зазначити, що перелічені складові Базеля-I на практиці дещо не влаштували банківську спільноту. Це пояснювалося тим, що в редакції з урахуванням Поправки 1996 р. угодою передбачалося, що капіталом повинні перекриватися лише дві найбільші категорії банківських ризиків — кредитний і ринковий. Однак на практиці банківських ризиків набагато більше і вони охоплюють не лише сферу кредитних чи ринкових відносин. Тому будь-який банк, що дотримувався вимог щодо адекватності капіталу під дві категорії ризиків, не міг гарантувати свого повного захисту від інших категорій ризиків.

У Базелі-II удосконалено новий концептуальний підхід до нагляду взагалі та до поняття адекватності зокрема.

Розробляючи нову угоду, Базельський комітет зробив спробу сформулювати вимоги до капіталу, які були б максимально чутливі до факторів ризику, концептуально обґрунтовані і одночасно враховували б систему бухгалтерського обліку і банківського нагляду.

Суттєвим нововведенням угоди є активне використання внутрішньобанківських оцінок ризиків як передумов розрахунку капіталу.

Отже, враховуючи вищевикладене, можна зробити такі висновки. Для наближення банківської системи України до міжнародних стандартів та підвищення безпеки банківської діяльності Національному банку України необхідно продовжити роботу щодо впровадження ключових документів Базельського комітету з банківського нагляду, а саме: “Основних принципів ефективного банківського нагляду” та “Міжнародного наближення оцінки капіталу і стандартів капіталу” (Базель-I). Завершення впровадження “Основних принципів ефективного банківського нагляду” має сприяти посиленню нагляду за банками в цілому, а врахування ринкового ризику при розрахунку регулятивного капіталу приведе до максимальної відповідності діяльності банків в Україні положенням Базеля-I.

Наступним кроком Національного банку України у наближенні банківської системи України до міжнародних стандартів має стати поетапне запровадження нового документа Базельського комітету з банківського нагляду “Міжнародне наближення оцінки капіталу і стандартів капіталу: переглянута концептуальна основа” (Базель-II), основною метою якого є перетворення порядку оцінки капіталу на більш точний і чутливий до ризику процес та сприяння кращій практиці управління банківськими ризиками.

18.3. Реєстрація банків та ліцензування банківської діяльності

Реєстрація банків здійснюється Національним банком шляхом внесення відповідного запису до Державного реєстру банків, після чого банк набуває статусу юридичної особи. Банки створюються у формі акціонерного товариства, товариства з обмеженою відповідальністю або кооперативного банку.

Банки можуть функціонувати як універсальні або як спеціалізовані. За спеціалізацією банки можуть бути ощадними, інвестиційними, іпотечними, розрахунковими (кліринговими).

Банк набуває статусу спеціалізованого банку (крім ощадного) у разі, якщо понад 50 % його активів є активами одного типу:

- для інвестиційного банку — емісія та розміщення цінних паперів, що здійснюються за рахунок грошових коштів приватних інвесторів;
- для іпотечного банку — активи, розміщені під заставу землі чи нерухомого майна;
- для розрахункового (клірингового) банку — активи, що розміщуються на клірингових рахунках.

Банк набуває статусу спеціалізованого ощадного банку в разі, якщо понад 50 % його пасивів є вкладками фізичних осіб.

Державний банк засновується за рішенням Кабінету Міністрів України після отримання позитивного висновку Національного банку про намір заснування державного банку, який надається на підставі отриманої інформації про:

- розмір статутного капіталу державного банку на час його реєстрації, строки та джерела формування, що підтверджуються в тому числі Законом України “Про Державний бюджет України” відповідною статтею витрат;
- перелік банківських та інших операцій;
- бізнес-план, що визначає види діяльності, які державний банк планує здійснювати в поточному році, з обґрунтуванням їх економічного ефекту;
- стратегію банку на наступні три роки.

Учасниками банку можуть бути юридичні і фізичні особи, резиденти та нерезиденти, а також держава в особі Кабінету Міністрів України або уповноважених ним органів. Власники істотної участі в банку повинні мати бездоганну ділову репутацію та задовільний фінансовий стан. Учасниками банку не можуть бути юридичні особи, в яких банк має істотну участь (об’єднання громадян, релігійні та благодійні організації).

Учасниками банку не можуть бути юридичні особи, щодо яких неможливо встановити їх власників і джерела коштів, за рахунок яких такі юридичні особи здійснюють внески до статутного капіталу або купують акції банків.

Національний банк встановлює вимоги щодо мінімального розміру статутного капіталу банку тільки на час створення і реєстрації банків для забезпечення стабільної діяльності банку та виконання ним банківських операцій.

Формування та збільшення статутного капіталу банку можуть здійснюватися виключно шляхом грошових внесків учасників. Грошові внески для формування та збільшення статутного капіталу банку резиденти України здійснюють у гривнях, а нерезиденти — юридичні особи, фізичні особи — в іноземній вільно конвертованій валюті або в гривнях.

Перерахування сум іноземної вільно конвертованої валюти, внесених нерезидентами, у національну валюту України здійснюється за офіційним курсом гривні до іноземних валют, установленим Національним банком на дату підписання установчого договору про створення банку, а в разі збільшення статутного капіталу банку — на дату прийняття рішення про збільшення статутного капіталу або на дату прийняття рішення про перетворення банку на банк з іноземним капіталом (якщо набуття банком статусу банку з іноземним капіталом проводиться без збільшення статутного капіталу банку). Кошти можуть перераховуватися лише з власних поточних рахунків юридичними та фізичними особами у безготівковій формі та вноситися фізичними особами в готівковій формі.

Статутний капітал банку не повинен формуватися за рахунок коштів, джерела походження яких не підтверджені.

Забороняється використовувати для формування статутного капіталу банку бюджетні кошти, якщо вони мають інше цільове призначення, а також банківські метали.

Розподіл прибутку з метою збільшення статутного капіталу може здійснюватися шляхом нарахування дивідендів учасникам банку та прийняття ними рішень про їх направлення до статутного капіталу.

Банкам забороняються зустрічні інвестиції у статутні капітали один одного та в статутні капітали їх учасників.

Кошти для формування статутного капіталу новостворюваного банку акумулюються учасниками банку на накопичувальному рахунку, що відкривається в територіальному управлінні Національного банку за місцем створення банку відповідно до вимог нормативно-правових актів Національного банку. Для

цього в тижневий строк з дати подання документів для державної реєстрації банку уповноважена засновниками особа подає до територіального управління Національного банку заяву про відкриття накопичувального рахунку для формування статутного капіталу. На підставі цих документів та заяви територіальне управління Національного банку відкриває накопичувальний рахунок, на якому акумулюються кошти статутного капіталу банку.

Для державної реєстрації банку уповноважена засновниками особа або голова спостережної ради подає до територіального управління Національного банку за місцем створення банку такі документи:

- заяву про реєстрацію банку;
- установчий договір, підписаний засновниками (учасниками) банку та засвідчений відбитком їх печатки. Для реєстрації державного та кооперативного банків установчий договір не подається. Підписи фізичних осіб — засновників (учасників) засвідчуються в нотаріальному порядку;
- статут банку;
- рішення про створення банку (протокол установчих зборів) або постанову уряду про створення державного банку;
- бізнес-план, що визначає види діяльності, які банк планує здійснювати, на найближчий рік і стратегію діяльності на найближчі три роки згідно зі встановленими НБУ вимогами;
- інформацію про фінансовий стан учасників, які матимуть істотну участь у банку. У разі, коли засновником банку є юридична особа, надається інформація про членів ради директорів та осіб, які мають істотну участь у цій юридичній особі;
- бухгалтерську та фінансову звітність за останні чотири звітні періоди (квартали) — для учасників — юридичних осіб, які матимуть істотну участь у банку, довідку Державної податкової адміністрації України про доходи за останній звітний період (рік) — для учасників — фізичних осіб, які матимуть істотну участь у банку;
- відомості про кількісний склад спостережної ради, правління (ради директорів), ревізійної комісії;
- фінансову звітність за останні чотири звітних періоди (квартали);

- копію платіжного документа про внесення плати за державну реєстрацію банку;
- нотаріально завірнені копії установчих документів учасників, які є юридичними особами та матимуть істотну участь у банку;
- копії звіту про проведення відкритої підписки на акції — для банку, який створюється у формі відкритого акціонерного товариства;
- відомості про професійну придатність та ділову репутацію голови та членів правління (ради директорів) і головного бухгалтера банку.

Територіальне управління Національного банку за місцезнаходженням банку в місячний строк з дати отримання від банку повного пакета документів готує висновок про:

- загальну оцінку фінансового стану, платоспроможність учасників банку і ділову репутацію учасників банку, які матимуть істотну участь у банку, наявність власних коштів для внесення до статутного капіталу банку і підтвердження внесення на накопичувальний рахунок банку коштів до статутного капіталу кожним учасником у передбачених законом розмірах;
- наявність приміщення, придатного для розміщення банку та будівництва касового вузла (перевіряється на місці);
- ділову репутацію голови, його заступників та членів спостережної ради банку; голови, його заступників та членів правління (ради директорів) банку і головного бухгалтера та його заступників;
- професійну придатність голови, його заступників та членів правління (ради директорів) банку і головного бухгалтера та його заступників;
- відповідність установчих документів банку вимогам чинного законодавства України.

Документи для реєстрації банку розглядаються відповідним підрозділом банківського нагляду НБУ та, в разі потреби, іншими департаментами і подаються до Комісії з питань нагляду та регулювання діяльності банків Національного банку (далі — Комісія Національного банку).

Реєстрація банку здійснюється шляхом внесення відповідного запису до Державного реєстру банків. Рішення про реєстрацію банку надсилається листом уповноваженій особі банку

та територіальному управлінню Національного банку за місцезнаходженням банку за підписом директора департаменту банківського нагляду з доданням статуту зареєстрованого банку, титульна сторінка якого засвідчена підписом заступника голови і відбитком печатки Національного банку (статут банку повинен бути прошитим і засвідченим на звороті відбитком печатки Управління справами Національного банку). Територіальному управлінню НБУ за місцезнаходженням банку також надсилається інформація про рішення Комісії НБУ щодо професійної придатності та ділової репутації кандидатів на посади голови, його засновників та членів правління (ради директорів), головного бухгалтера та його заступників.

Після реєстрації банку в територіальному управлінні Національного банку за його місцезнаходженням відкривається кореспондентський рахунок, на який не пізніше наступного дня після відкриття з накопичувального рахунку перераховуються зібрані кошти, що утворюють статутний капітал банку.

Національний банк може відмовити в державній реєстрації банку в разі:

- порушення порядку створення банку;
- невідповідності установчих документів, потрібних для реєстрації банку, чинному законодавству України;
- подання неповного пакета документів або невідповідності поданого пакета вимогам чинного законодавства України, зокрема нормативно-правовим актам Національного банку;
- незадовільного фінансового стану принаймні одного із засновників, які мають істотну участь у банку;
- відсутності бездоганної ділової репутації принаймні одного з власників істотної участі в банку;
- професійної непридатності чи відсутності бездоганної ділової репутації голови та/або членів правління (ради директорів), головного бухгалтера банку.

Банки можуть також створювати банківські об'єднання за таких умов:

а) мінімальний розмір статутного капіталу для материнського банку банківської холдингової групи — 5 млн євро за офіційним курсом грошової одиниці, визначеним Національним банком на день подання документів на отримання згоди Національного банку;

б) строк роботи материнського банку холдингової групи — не менше ніж один рік;

в) дотримання банками — учасниками об'єднання (далі — банки-учасники) економічних нормативів і вимог щодо формування резервів на покриття можливих збитків від активних операцій та інших обов'язкових резервів протягом року, що передує їх зверненню до Національного банку про створення об'єднання;

г) стабільна беззбиткова діяльність банків-учасників протягом року, що передує їх зверненню до Національного банку.

Рівень регулятивного капіталу банків-учасників має відповідати вимогам, визначеним нормативно-правовими актами Національного банку.

Для отримання попередньої згоди на створення об'єднання його уповноважена особа подає до Національного банку такі документи:

- заяву-клопотання про отримання згоди на створення об'єднання;
- рішення про створення об'єднання, оформлене протоколом загальних зборів учасників об'єднання;
- перелік засновників, акціонерів об'єднання та основні засади його створення і діяльності;
- перелік централізованих функцій, що планує виконувати об'єднання;
- бізнес-план, що має містити перелік операцій, які планує здійснювати об'єднання в поточному році, та стратегію діяльності на наступні три роки, економічне обґрунтування і мету його створення, дані про управлінську та організаційну структуру;
- інформацію про розмір статутного капіталу об'єднання, джерела та строки його формування;
- інформацію про голову правління (ради директорів) та головного бухгалтера об'єднання;
- письмове підтвердження територіального управління, структурних підрозділів Національного банку про відсутність порушень банками-учасниками вимог чинного законодавства України та його згоду на участь цих банків у створенні об'єднання;

- відповідні документи Антимонопольного комітету України у випадках, передбачених законодавством, про згоду на створення об'єднання.

При створенні об'єднання з іноземним капіталом уповноважена особа має подати такі документи:

а) клопотання від імені юридичної особи банку — нерезидента або правління банку (ради директорів), оформлене на фірмовому бланку;

б) витяг з торговельного (банківського) реєстру країни, в якій офіційно зареєстрований головний офіс іноземного учасника;

в) повідомлення керівництва центрального банку іноземної держави або уповноваженого органу про здійснення достатнього контролю за діяльністю свого банку-учасника та його згоду на участь цього банку-учасника в створенні об'єднання на території України;

г) фінансову звітність (баланс, звіт про фінансові результати) іноземного учасника за останній звітний період (рік);

д) висновок аудиторської фірми (аудитора) про фінансовий стан банку-учасника та його можливість здійснення заявленого внеску до статутного капіталу об'єднання за рахунок власного капіталу. Мінімальний розмір статутного капіталу (сплачений та зареєстрований капітал на час реєстрації банківської корпорації) не може бути менше ніж 5 млн євро. Формування і збільшення статутного капіталу об'єднання може здійснюватися виключно шляхом грошових внесків його учасників.

Банк має право здійснювати банківську діяльність тільки після отримання ліцензії Національного банку України.

Ліцензування — це порядок видачі комерційним банкам, які з часу реєстрації Національним банком України набули статусу юридичної особи, дозволу на здійснення окремих чи всіх банківських операцій, якщо умови діяльності комерційних банків відповідають чинному законодавству України та нормативним актам Національного банку України, а також діяльність яких не загрожує інтересам їх клієнтів.

Національний банк України видає банкам ліцензію на здійснення таких банківських операцій:

- приймання вкладів (депозитів) від юридичних і фізичних осіб;

- відкриття та ведення поточних рахунків клієнтів і банків-кореспондентів, у тому числі переказ грошових коштів із цих рахунків за допомогою платіжних інструментів та зарахування коштів на них;

- розміщення залучених коштів від свого імені, на власних умовах та на власний ризик.

За наявності банківської ліцензії банки мають право без отримання письмового дозволу здійснювати такі операції та угоди:

- надання гарантій і поручительств та інших зобов'язань від третіх осіб, які передбачають їх виконання у грошовій формі;

- придбання права вимоги на виконання зобов'язань у грошовій формі за поставлені товари чи надані послуги, беручи на себе ризик виконання таких вимог та приймання платежів (факторинг);

- лізинг;

- послуги з відповідального зберігання та надання в оренду сейфів для зберігання цінностей і документів;

- випуск, купівля, продаж і обслуговування чеків, векселів та інших оборотних платіжних інструментів;

- випуск банківських платіжних карток і здійснення операцій з використанням цих карток;

- надання консультаційних та інформаційних послуг щодо банківських операцій.

Низку операцій банки мають право здійснювати тільки за умови отримання письмового дозволу Національного банку України (за наявності банківської ліцензії). До таких операцій належать:

1. Операції з валютними цінностями:

- неторговельні операції з валютними цінностями;

- ведення рахунків клієнтів (резидентів і нерезидентів) в іноземній валюті та клієнтів-нерезидентів у грошовій одиниці України;

- ведення кореспондентських рахунків банків (резидентів і нерезидентів) в іноземній валюті;

- ведення кореспондентських рахунків банків (нерезидентів) у грошовій одиниці України;

- відкриття кореспондентських рахунків в уповноважених банках України в іноземній валюті та здійснення операцій за ними;

- відкриття кореспондентських рахунків у банках (нерезидентах) в іноземній валюті та здійснення операцій за ним;

- залучення та розміщення іноземної валюти на валютному ринку України;

- залучення та розміщення іноземної валюти на міжнародних ринках;

- операції з банківськими металами на валютному ринку України;

- операції з банківськими металами на міжнародних ринках;

- інші операції з валютними цінностями на міжнародних ринках.

2. Емісія власних цінних паперів.

3. Організація купівлі та продажу цінних паперів за дорученням клієнтів.

4. Здійснення операцій на ринку цінних паперів від свого імені (включаючи андерайтинг).

5. Здійснення інвестицій у статутні фонди та акції інших юридичних осіб.

6. Здійснення випуску, обігу, погашення (розповсюдження) державної та іншої грошової лотереї.

7. Перевезення валютних цінностей та інкасація коштів.

8. Операції за дорученням клієнтів або від свого імені:

— з інструментами грошового ринку;

— з інструментами, що базуються на обмінних курсах та відсотках;

— з фінансовими ф'ючерсами та опціонами.

9. Довірче управління коштами та цінними паперами за договорами з юридичними та фізичними особами.

10. Депозитарна діяльність і діяльність з ведення реєстрів власників іменних цінних паперів:

- депозитарна діяльність зберігача цінних паперів;

- діяльність із ведення реєстрів власників іменних цінних паперів.

Національний банк України видає новоствореному банку ліцензію на здійснення банківських операцій у разі дотримання ним таких обов'язкових умов:

- на час звернення банку з клопотанням про видачу банківської ліцензії зареєстрований підписний капітал банку повинен бути повністю сплачений;
- наявність як мінімум трьох керівних осіб банку високого професійного рівня (голова Правління, його заступники, головний бухгалтер та його заступник, члени Правління) та керівників структурних підрозділів, кандидатури яких відповідають кваліфікаційним вимогам;
- наявність приміщення, технічні вимоги до нього та вимоги до організації охорони;
- наявність підрозділів, які виконуватимуть відповідні банківські операції, та підрозділу внутрішнього аудиту;
- забезпеченість необхідним банківським обладнанням, комп'ютерною технікою та комунікаційними засобами, що відповідають вимогам Національного банку України, для здійснення і обліку банківських операцій та складання щоденного балансового звіту банку;
- відповідність приміщення банку вимогам Національного банку України, наявність документа на право власності на приміщення або угоди на оренду приміщення з його власником строком не менше 5 років, а також інші документи.

У разі створення нового комерційного банку внаслідок реорганізації банку, що мав ліцензію на здійснення певних банківських операцій, Правління Національного банку України, враховуючи досвід роботи, наявність спеціалістів відповідної кваліфікації, технічні умови для здійснення банківських операцій, може прийняти рішення про видачу такому банку ліцензії на здійснення банківських операцій у національній та іноземній валютах у межах ліцензії банку, що реорганізувався, не враховуючи при цьому вимоги щодо строку функціонування банку.

У разі створення комерційного банку зі стовідсотковою участю іноземного капіталу Правління Національного банку України, враховуючи досвід роботи, наявність спеціалістів відповідної кваліфікації, технічні умови для здійснення банківських операцій, може прийняти рішення щодо видачі тако-

му банку ліцензії на здійснення банківських операцій у національній та іноземній валютах, не враховуючи при цьому вимоги щодо строку функціонування банку.

Національний банк України приймає рішення про розширення ліцензії на здійснення банківських операцій діючому банку в разі дотримання ним обов'язкових умов:

- статутний капітал діючого банку повинен бути зареєстрований і фактично сплачений у розмірі, не меншому за встановлений Національним банком України. Розмір капіталу діючого банку повинен бути не меншим за встановлений Національним банком України і повинен перевищувати розмір зареєстрованого фактично сплаченого статутного капіталу банку;
- безперервне формування резервного фонду банку: в міру витрачання коштів резервного фонду відрахування до нього поновлюються до досягнення розміру, встановленого статутом банку;
- дотримання банком економічних нормативів та мінімальних обов'язкових резервів протягом півріччя, що передує його зверненню до Національного банку України щодо розширення ліцензії;
- стабільна беззбиткова діяльність банку протягом півріччя, що передує його зверненню до Національного банку України;
- стан кредитного портфеля банку не повинен загрожувати інтересам його кредиторів та вкладників (сума сумнівних та безнадійних щодо повернення кредитів не повинна перевищувати розмір фактично сформованого резерву на покриття можливих втрат за позиками банку);
- наявність позитивного висновку зовнішнього аудитора про діяльність банку за звітний рік, що передує зверненню банку до Національного банку України;
- відсутність письмово підтверджених порушень банком вимог чинного законодавства, нормативних актів Національного банку України і внутрішніх документів банку протягом півріччя, що передує зверненню банку до Національного банку України з клопотанням про розширення ліцензії.

Філії комерційних банків мають право здійснювати банківські операції згідно з Положенням про філію та за умови видачі комерційним банком — юридичною особою дозволу на

здійснення визначених банківських операцій. Філії комерційних банків здійснюють банківські операції відповідно до вимог чинного законодавства та нормативно-правових актів Національного банку України. Філія комерційного банку має право почати здійснення банківських операцій з дати погодження територіальним управлінням Національного банку України за місцезнаходженням філії дозволу на здійснення банківських операцій, виданого їй комерційним банком — юридичною особою.

18.4. Контроль за діяльністю банків та заходи впливу з боку Національного банку України

З метою забезпечення економічних умов стійкого функціонування національної банківської системи, захисту інтересів вкладників та кредиторів комерційних банків Національний банк України встановлює для всіх комерційних банків обов'язкові економічні нормативи (рис. 18.2).

Контроль за дотриманням комерційними банками встановлених економічних нормативів здійснюється щоденно (за щоденними формами звітності) та щомісячно (на підставі форм звітності за 1-ше число місяця).

Метою діяльності служб банківського нагляду Національного банку України є заохочення внутрішнього “самонагляду” тих комерційних банків, які він контролює. Це вимагає від керівництва банків розроблення та впровадження відповідних механізмів управління ризиком з метою забезпечення фінансової стійкості та дотримання вимог законодавчих та нормативних актів.

Основне завдання банківського нагляду полягає в тому, щоб за допомогою використання прийомів як попереднього, так і поточного контролю забезпечити безперервний нагляд за банками.

Поточний контроль здійснюється шляхом інспектування банків та їх установ, а також розроблення і вжиття заходів щодо їх організаційного зміцнення та фінансового оздоровлення.



Рис. 18.2. Обов'язкові економічні нормативи

Виїзне інспектування банків та банківських установ, яке здійснюється працівниками (інспекторами) системи банківського нагляду Національного банку України, передбачає виконання ряду процедур, які відповідають обсягу обстеження, оцінку різних сторін банківської діяльності, висновки та визначення заходів контролю за виконанням рекомендацій інспекторів.

Інспектування може бути комплексним (загальним) або тематичним, метою якого є вивчення одного з аспектів діяльності банку або виконання визначених нормативних чи законодавчих актів. Окрім цього, системою банківського нагляду в межах повноважень, передбачених чинним законодавством для Національного банку України, виконуються спеціальні перевірки банків та банківських установ за дорученням правоохоронних органів.

Порядок проведення виїзного інспектування банків і банківських установ визначено у “Положенні про планування та порядок проведення інспекційних перевірок”, яке затверджено постановою Правління Національного банку України від 17 липня 2001 р. № 276 (зі змінами та доповненнями). У цьому документі викладені загальні поняття процесу виїзного інспектування банків та методи практичного здійснення виїзних інспекцій.

Мета виїзного інспектування полягає перш за все в тому, щоб забезпечити безпеку та фінансову стабільність банківської системи, впевненість суспільства у її надійності, захист інтересів вкладників і кредиторів, приведення банківської діяльності у відповідність до встановлених нормативів та законодавчих вимог. Крім того, виїзне інспектування банків дає можливість зрозуміти характер, масштаби та причини проблем у банках, забезпечує фактичне обґрунтування виправних заходів впливу, рекомендацій та вказівок системи банківського нагляду.

Виїзне інспектування банків та банківських установ дозволяє системі банківського нагляду Національного банку України обстежити цілу низку основних питань банківської діяльності:

- точність представленої банком звітності;
- операції і загальний стан банку;

- якість кредитного портфеля й достатність резервів для покриття можливих збитків;
- адекватність системи управління ризиками банку й процедур внутрішнього контролю;
- компетентність менеджерів;
- адекватність бухгалтерської й управлінської інформаційних систем;
- чи відповідає діяльність банку чинному банківському законодавству і регулятивним актам, а також умовам наданої ліцензії на виконання банківських операцій;
- проблеми, які були виявлені в ході попередніх виїзних інспекцій, та інші питання банківської діяльності.

Кожне виїзне інспектування банку або банківської установи згідно з “Методичними вказівками” передбачає щонайменше виконання процедур, необхідних для визначення комплексної рейтингової оцінки банку за системою CAMELS.

Результати інспектування оформляються в ході інспектування проміжними аналітичними довідками, які погоджуються з відповідними керівниками структурних підрозділів банку або банківської установи, і у зведеному вигляді відображаються у звіті про інспектування. Звіт про інспектування включає підсумковий виконавчий звіт та довідки стосовно всіх основних сфер інспектування. Звіт про інспектування — це документ Національного банку України, в якому членам Ради та Правління банку або вищому керівництву банківської установи передаються матеріали інспектування. Він є офіційним документом Національного банку України, в якому викладаються висновки та рекомендації системи банківського нагляду.

Крім того, у зв'язку з поступовим переходом до нагляду на основі оцінки ризиків, за результатами проведених комплексних інспекційних перевірок за системою CAMELS поряд із проміжними довідками і звітом про інспектування складаються окремі довідки за кожною категорією ризику та заповнюється матриця ризиків. При написанні звіту окремо виділяються рекомендації банку на основі оцінки ризиків.

За результатами як попереднього, так і поточного контролю, НБУ може застосовувати заходи впливу до банків, що порушують законодавство та економічні нормативи (рис. 18.3).

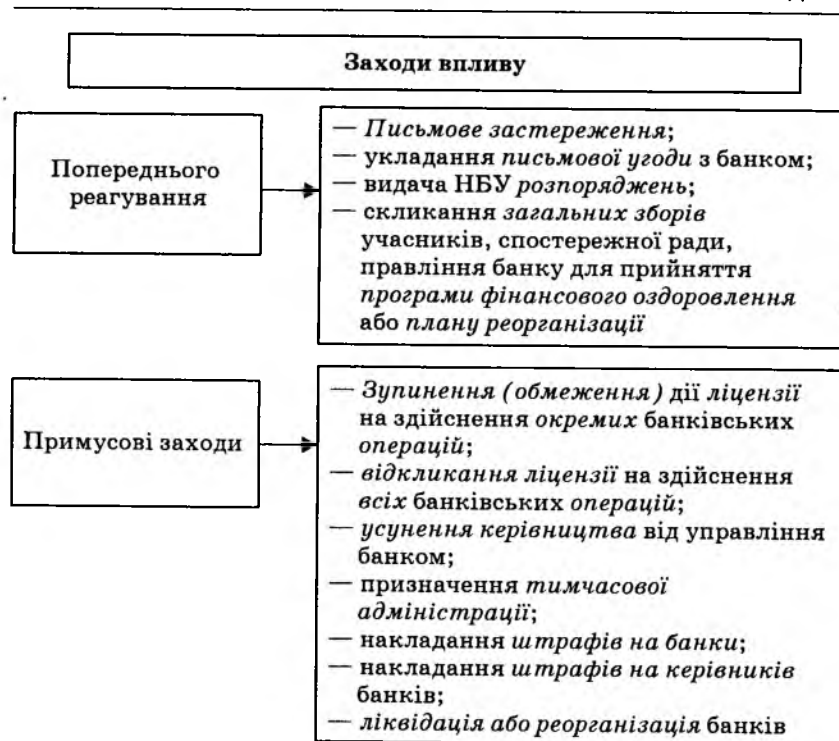


Рис. 18.3. Заходи впливу з боку НБУ до банків

Розглянемо більш детально заходи впливу, яких вживає Національний банк України до банків та інших осіб, які є об'єктом перевірки НБУ.

Застосування заходу капіталізації. За рівнем достатності капіталу банки класифікуються на добре капіталізовані, достатньо капіталізовані, недокапіталізовані, значно недокапіталізовані, критично недокапіталізовані.

Залежно від рівня достатності капіталу Національний банк України може рекомендувати такі заходи:

- банку, що не дотримується вимог НБУ щодо мінімального розміру регулятивного капіталу (Н1), нормативів (Н2) та (Н3), внести на розгляд правління та ради банку перелік заходів щодо розвитку його капітальної бази (програму капіталі-

зації) або питання щодо його реорганізації шляхом приєднання чи злиття. У разі прийняття правлінням і радою банку відповідного рішення банк має укласти з територіальним управлінням НБУ письмову угоду щодо прийняття програми капіталізації банку;

- недокапіталізованим банкам — припинити в будь-якій формі виплату дивідендів (крім виплати дивідендів у вигляді власних акцій) та викуп власних акцій (паїв/часток учасників у статутному капіталі), а також внести на розгляд правління та ради банку перелік заходів (програму) фінансового оздоровлення банку.

Крім того, недокапіталізованим банкам рекомендується встановити такі обмеження:

- тимчасово припинити залучення коштів фізичних та юридичних осіб;
- обмежити активні операції з акціонерами та інсайдерами банку;
- припинити вкладання коштів у статутні фонди інших юридичних осіб;
- припинити надання бланкових та пільгових кредитів;
- припинити нарахування і сплату відсотків за міжфлійними кредитами.

Значно недокапіталізованим банкам слід припинити:

- виплату дивідендів у будь-якій формі (крім виплати дивідендів у вигляді власних акцій/паїв/часток) та викуп власних акцій (паїв/часток);
- відкриття нових депозитних рахунків фізичним особам і поповнення діючих рахунків;
- проведення подальшої емісії цінних паперів (крім випуску власних акцій) та розширення кола фізичних і юридичних осіб — клієнтів банку з обслуговування їх операцій на ринку цінних паперів та збільшення обсягу цих операцій, у тому числі пов'язаних з веденням рахунків депозитарного обліку.

Критично недокапіталізованим банкам припинити виплату відсотків за субординованим боргом.

Слід зазначити, якщо банк значно недокапіталізований або критично недокапіталізований, необхідно внести на розгляд загальних зборів акціонерів питання щодо санації банку його акціонерами чи інвесторами. Строк програми капіталізації за

рахунок внутрішніх джерел — не більше 12 місяців, за рахунок зовнішніх джерел — не більше 6 місяців.

Письмове застереження. Залежно від серйозності та характеру проблем у діяльності банків письмове застереження застосовується Національним банком України як вимога:

- усунути конкретні порушення чи недоліки в діяльності банку, що полягають у погіршенні якості активів, їх дохідності та рентабельності, негативних тенденцій надходжень, достатності капіталу, ліквідності, якості менеджменту, які безпосередньо не вплинули на його фінансовий стан, але в майбутньому можуть призвести до його погіршення та загрози інтересам вкладників і кредиторам банку;
- необхідності взяття банком зобов'язань усунути виявлені порушення із зазначенням конкретних заходів і строків їх виконання, які банк має оформити у вигляді листа із зобов'язанням;
- усунути конкретні порушення, не пов'язані з рівнем достатності капіталу, що призвели до отримання банком за результатами інспектування загальної рейтингової оцінки “З” за системою CAMELS (якщо немає потреби вимагати укладання письмової угоди);
- стосовно усунення порушення банком економічних нормативів;
- щодо коригування фінансової звітності банку за результатами перевірок;
- зменшення невиправданих витрат банку;
- обмеження невиправдано високих відсоткових виплат за залученими коштами;
- недопущення повторного порушення нормативу обов'язкового резервування протягом одного календарного року;
- щодо здійснення обов'язкової аудиторської перевірки банку та подання висновків незалежних аудиторських організацій про результати діяльності відповідно до ст. 10 Закону України “Про аудиторську діяльність”;
- вжиття заходів щодо зменшення чи відчуження неефективних (низькоприбуткових або збиткових) інвестицій;
- виправлення (коригування) фінансової звітності банку за результатами інспекційних перевірок.

Банк має протягом п'яти робочих днів від часу отримання письмового застереження подати Національному банку України відповідь із зазначенням строку, протягом якого він зобов'язується вирішити виявлені проблеми та усунути порушення. Якщо банк допустив порушення, для усунення якого потрібно більше 2 місяців, то застосовуються інші заходи впливу.

Укладання письмової угоди з банком. Письмова угода як захід впливу укладається з банком, що допустив порушення, які впливають на його фінансовий стан, та за умови, що банк має прийнятний план заходів для вирішення виявлених проблем. При цьому письмова угода має містити такі пункти.

1. У письмовій угоді банк визнає свої недоліки в роботі та допущені порушення і подає перелік обґрунтованих заходів, які банк зобов'язується вжити для усунення порушень, запобігання їм у подальшому, поліпшення фінансового стану, із зазначенням строків їх виконання. Строки виконання зобов'язань установлюються індивідуально з урахуванням характеру проблем та допущених порушень, а також оцінки й висновку відповідного підрозділу департаменту банківського нагляду (територіального управління) Національного банку України.

Письмова угода складається у двох примірниках та підписується від імені банку Головою правління банку або іншою уповноваженою особою, засвідчується печаткою банку.

2. Взяті банком у письмовій угоді зобов'язання мають включати конкретні заходи, спрямовані на поліпшення його фінансового стану або усунення виявлених порушень, а також запобіжні заходи щодо недопущення порушень у майбутньому, зокрема таке:

- складання та виконання або бізнес-плану, або програми розвитку капітальної бази банку, або програми фінансового оздоровлення;
- розроблення та запровадження положень щодо поліпшення практики кредитування;
- зобов'язання щодо проведення зовнішнього аудиту фінансового стану банку;
- прийняття рішення про тимчасове обмеження на збільшення активів банку;

- прийняття рішення про обмеження розміру кредитів, що надаються інсайдерам банку;
- прийняття рішення щодо тимчасового зниження розміру відсотків за депозитами, що залучаються;
- тимчасове припинення виплати дивідендів;
- прийняття рішення про обмеження розміру суми, яку банк може виплачувати своїм працівникам у формі заробітної плати та премій;
- реорганізація банку.

3. Укладання письмової угоди здійснюється за ініціативою банку, який розробив прийнятний план заходів щодо усунення проблем у його діяльності та звернувся до Національного банку України з проектом письмової угоди щодо усунення порушень.

Якщо банк не ініціював укладання письмової угоди з метою усунення виявлених у його діяльності порушень, то відповідний структурний підрозділ банківського нагляду центрального апарату або територіального управління Національного банку України надсилає цьому банку лист з пропозиціями за підписом заступника голови Національного банку України, або директора департаменту банківського нагляду, або начальника територіального управління Національного банку України, в якому зазначаються строк подання проекту письмової угоди до Національного банку України, а також перелік вимог та умов, які банк зобов'язаний включити до письмової угоди.

Територіальне управління або департамент банківського нагляду Національного банку України в строк до 15 календарних днів розглядає поданий банком проект письмової угоди щодо обґрунтованості, повноти та ефективності запроваджуваних банком заходів з метою усунення порушень та готує висновок про доцільність її укладання або розглядає питання про застосування інших адекватних заходів впливу.

4. У письмовій угоді з боку Національного банку України також має обумовлюватися порядок контролю за виконанням зобов'язань банку та порядок і форми надання банком додаткової інформації, потрібної для контролю за виконанням взятих ним зобов'язань. Територіальне управління Національного банку України після укладання письмової угоди з банком над-

силає копію угоди до департаменту банківського нагляду Національного банку України.

5. У разі невиконання банком хоча б одного з узятих в угоді зобов'язань у встановлені строки територіальне управління Національного банку України подає до Комісії Національного банку України обґрунтовані пропозиції щодо розірвання угоди з банком та його подальшої діяльності.

Видання Національним банком України розпоряджень. Національний банк України може видати розпорядження, за яким до відома окремого банку доводиться зміст заходу впливу, що застосовується за виявлені порушення чи недоліки в діяльності банку, і яке є обов'язковим для виконання, зокрема такі.

1. *Розпорядження про зупинення виплати дивідендів чи розподілу капіталу в будь-якій іншій формі.*

2. *Встановлення для банку підвищених економічних нормативів.*

3. *Підвищення резервів на покриття можливих збитків за кредитами та іншими активами.*

4. *Обмеження, зупинення чи призупинення проведення окремих видів здійснюваних банком операцій з високим рівнем ризику.*

5. *Заборона надання бланкових кредитів.*

Окрім того, НБУ здійснює такі дії.

- **Накладання штрафів.**
 - **Заборона власнику істотної участі в банку використовувати право голосу придбаних акцій (паїв).**
 - **Відсторонення посадової особи банку від посади.**
 - **Реорганізація банківської установи.**
- Згідно із ст. 26 Закону України "Про банки і банківську діяльність" реорганізація банку здійснюється добровільно або примусово за рішенням Національного банку України. Реорганізація може здійснюватися шляхом злиття, приєднання, поділу, виділення, перетворення.

Злиття означає припинення діяльності двох чи кількох банків як юридичних осіб та передавання належного їм майна, коштів, прав та обов'язків до банку- правонаступника, який створюється в результаті злиття.

Приєднання означає припинення діяльності одного банку як юридичної особи та передавання належного йому майна, коштів, прав та обов'язків іншому банку.

Поділ означає припинення діяльності одного банку як юридичної особи та передавання належного йому майна, коштів, прав та обов'язків у відповідних частинах банкам, які створюються внаслідок реорганізації цього банку шляхом поділу.

Виділення означає перетворення банку як юридичної особи та передавання певної частини належного йому майна, коштів, прав та обов'язків банку, який створюється внаслідок реорганізації.

Перетворення передбачає зміну організаційно-правової форми товариства.

Національний банк України має право прийняти рішення про примусову реорганізацію банку в разі істотної загрози платоспроможності банку, тобто коли банк за рівнем достатності капіталу віднесений до значно недокапіталізованих або критично недокапіталізованих банків та має загальну рейтингову оцінку "4" або "5" за системою CAMELS.

- **Фінансове оздоровлення банків.**

Фінансове оздоровлення банків — це система заходів банку, спрямованих на покращення його фінансового стану, структури активів, дохідності та рентабельності, достатності капіталу, а також на усунення порушень, що призвели до скрутного фінансового стану банку.

Комісія Національного банку України приймає рішення про потребу скликання Спостережної ради, Правління для прийняття програми фінансового оздоровлення для тих банків, які:

— отримали за результатами інспектування загальну рейтингову оцінку "4" за системою CAMELS;

— є недокапіталізованими чи значно недокапіталізованими та отримали за результатами інспектування загальну рейтингову оцінку "3".

- **Призначення тимчасової адміністрації.**

Тимчасова адміністрація — це спеціальний орган для тимчасового управління банком, створений з метою забезпечення схоронності капіталу банку й активів та детальної оцінки фінансового стану банку і вжиття відповідних заходів щодо приведення його діяльності у відповідність до вимог банківського законодавства, відновлення його платоспроможності і ліквідності, усунення виявлених порушень, причин та умов, що призвели до погіршення фінансового стану, а також для застосування інших заходів, спрямованих на стабілізацію діяльності банку.

Національний банк України зобов'язаний призначити тимчасову адміністрацію в разі суттєвої загрози платоспроможності банку. Під **істотною загрозою платоспроможності банку** слід розуміти таке: банк не усунув виявлені порушення або недоліки у своїй діяльності в строки, визначені Національним банком України у письмовому застереженні або встановлені за прийнятою банком програмою фінансового оздоровлення чи письмовою угодою з Національним банком України, і має загальну рейтингову оцінку "4" або "5" за системою CAMELS; не виконано вимоги Національного банку України щодо звільнення з посади керівників виконавчих органів, головного бухгалтера банку відповідно до ст. 60 Закону України "Про Національний банк України" та частини третьої ст. 73 Закону "Про банки і банківську діяльність"; наявна конфліктна або некерована ситуація в керівництві банку (конфлікт інтересів ради банку та правління банку тощо), що загрожує фінансовому стану банку; подання недостовірної інформації і звітності внаслідок відсутності контролю з боку банку за визначенням фактичної частки прямої і непрямої участі найбільших акціонерів у статутному капіталі банку, неподання документів на письмову вимогу уповноважених працівників НБУ; приховування рахунків, документів, активів.

- **Ліквідація банку.**

Відповідно до ст. 87 Закону України "Про банки і банківську діяльність" банк може бути ліквідований з ініціативи власників (акціонерів) або Національного банку України в судово-

му порядку на основі обґрунтованого висновку Національного банку України щодо доцільності ліквідації банку чи рішення про відкликання банківської ліцензії та призначення ліквідатора.

Національний банк може відкликати банківську ліцензію та ініціювати процедуру ліквідації банку виключно в таких випадках:

— якщо було виявлено, що документи, надані для отримання банківської ліцензії, містять недостовірну інформацію (зокрема те, що статутний капітал банку на час його державної реєстрації сформований з непідтверджених джерел, і внаслідок цього було фальсифіковано прогностичні показники діяльності банку, надані Національному банку України для отримання банківської ліцензії);

— якщо банк не виконав жодної банківської операції протягом року з дня отримання банківської ліцензії;

— порушення вимог Закону “Про банки і банківську діяльність” або нормативно-правових актів Національного банку України, що спричинило значну втрату активів або доходів і настання неплатоспроможності банку;

— наявності висновку тимчасового адміністратора про неможливість приведення діяльності банку в правову відповідність до вимог Закону “Про банки і банківську діяльність” та нормативно-правових актів Національного банку України;

— недоцільності виконання плану тимчасової адміністрації щодо реорганізації банку.

Висновки

1. Державне регулювання фінансової діяльності — це комплекс заходів, які відповідні державні органи використовують для підтримання стабільності та ефективності банківської діяльності та небанківських фінансових інститутів, у тому числі страхових компаній.

2. Наглядову діяльність за банківською системою в Україні здійснює НБУ, а за небанківською — Держкомфінпослуг.

3. Основними завданнями державного нагляду за фінансовою діяльністю є: забезпечення стабільності та надійності фі-

нансової системи; захист інтересів вкладників; створення конкуренції на ринку фінансових послуг; забезпечення відкритості політики та діяльності фінансового сектору;

4. Державна служба банківського нагляду представлена такими департаментами: банківського регулювання і нагляду; методології банківського регулювання і нагляду; реєстрації та ліцензування; запобігання використанню банківської системи для легалізації кримінальних доходів та фінансування тероризму.

5. Інтернаціоналізація банківської системи вимагає міжнародної системи банківського нагляду. Цю функцію виконує Базельський комітет, або “Комітет Кука”, який визначає норми банківського регулювання.

6. З метою наближення банківської системи України до міжнародних стандартів наглядовим органам необхідно продовжувати роботу з упровадження основних документів Базельського комітету з банківського нагляду.

7. Національний банк України здійснює реєстрацію банків шляхом внесення їх до Державного реєстру за умови, що подані до НБУ документи відповідають вимогам законодавства України. НБУ може відмовити у реєстрації у разі: порушень порядку створення банку, невідповідності установчих документів законодавству; подання неповного пакета документів або невідповідності пакета законодавству; незадовільного фінансового стану хоча б одного із засновників; відсутності бездоганної ділової репутації; професійної непридатності чи відсутності бездоганної ділової репутації голови та/або членів правління, головного бухгалтера банку.

8. Банк має право здійснювати банківську діяльність тільки після отримання ліцензії НБУ. Для здійснення операцій з валютними цінностями банку потрібно отримати письмовий дозвіл НБУ (за наявності ліцензії).

9. До банків, що порушують законодавство, НБУ застосовує такі засоби впливу:

а) *попереднє реагування*: письмове застереження; укладання письмової угоди з банком; видача НБУ розпоряджень; скликання загальних зборів власників, спостережної ради, правління банку для прийняття програми плану фінансового оздоровлення чи реорганізації;

б) *примусові заходи*: зупинення (обмеження) дії ліцензії на здійснення окремих банківських операцій; відкликання ліцензій на здійснення всіх банківських операцій; усунення керівництва від управління банками; призначення тимчасової адміністрації; накладання штрафів на банки, керівників банків, ліквідація або реорганізація банків.

Всі ці заходи сприяють стабільності фінансової системи, зокрема банківської, що зумовлює можливості виконання страховиками своїх зобов'язань.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Базель-I; Базель-II; базельські принципи; Базельський комітет (Комітет Кука); банківський нагляд; банківські об'єднання; вступний контроль; державний реєстр банків; заходи впливу з боку Національного банку; ліцензування банківської діяльності; попередній контроль; попереднє реагування; поточний контроль; правова інфраструктура банківського нагляду; злиття банків; приєднання банку; принципи банківського нагляду; примусові заходи впливу на банк; пруденційний нагляд; регулювання банківської діяльності; реєстрація банків; реорганізація банківської установи; реструктуризація банку.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Розкрийте роль банківського нагляду в розвитку фінансової системи, зокрема банківської, та його еволюцію.
2. Розкрийте сутність та необхідність державного регулювання банківської діяльності.
3. Розкрийте зміст, методи та основні принципи дієвого банківського нагляду.

4. Розкрийте зміст організації банківського нагляду в Україні.
5. Які документи потрібні для отримання ліцензії на здійснення банківської діяльності?
6. Розкрийте зміст та види заходів впливу з боку НБУ до комерційних банків.
7. За яких умов НБУ накладає заборону на здійснення окремих банківських операцій?
8. За яких умов НБУ здійснює примусову реорганізацію банків?
9. Які особливості реєстрації та ліцензування банків, створених за участю іноземного капіталу?
10. Розкрийте порядок створення банківських об'єднань та їх види.
11. Розкрийте зміст порядку ліквідації банків. За яких умов відбувається ліквідація?
12. Виконайте порівняльний аналіз державного регулювання банківської та страхової діяльності.

Література

1. Про банки і банківську діяльність: Закон України від 7 грудня 2000 р. № 2121-III // Відомості Верховної Ради України. — 2001. — № 5. — Ст. 30.
2. Про Національний банк України: Закон України від 20 травня 1999 р. № 679-XIV // Відомості Верховної Ради України. — 1999. — № 29. — Ст. 238.
3. Постанова Кабінету Міністрів України “Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом” від 28 листопада 2002 р. № 249-IV // Відомості Верховної Ради України. — 2003. — № 1. — Ст. 2.
4. Про заходи щодо розвитку системи протидії легалізації (відмиванню) доходів, отриманих злочинним шляхом, і фінансуванню тероризму: Указ Президента України від 22 липня 2003 р. № 740/2003 // Урядовий кур'єр. — 2003. — № 135. — 24 липня. — Ст. 15.

5. Про затвердження Положення про порядок формування та використання резерву для відшкодування можливих втрат за кредитними операціями банків: Постанова Правління Національного банку України від 6 липня 2000 р. № 279 // Офіційний вісник України. — 2000. — № 32. — Ст. 228.

6. Про затвердження Положення про порядок створення і державної реєстрації банків, відкриття їх філій, представництв, відділень: Постанова Правління Національного банку України від 31 серпня 2001 р. № 375 // Офіційний вісник України. — 2001. — № 44. — Ст. 1991.

7. Про планування та порядок проведення інспекційних перевірок: Постанова Правління Національного банку України № 276 від 17 липня 2001 р.

8. International Convergence of Capital Measurement and Capital Standards. A Revised Framework / Basel Committee on Banking Supervision. — Basel, 2005. Updated November// www.bis.org.

Частина VIII

МАРКЕТИНГ НА РИНКУ СТРАХУВАННЯ

Розділ 19. Страховий ринок.

Розділ 20. Маркетинг у страховій діяльності.

Розділ 19

СТРАХОВИЙ РИНОК

19.1. Зміст та характерні риси страхового ринку.

19.2. Структура та елементи інфраструктури страхового ринку.

19.3. Тенденції розвитку страхового ринку України.

Значна соціально-економічна роль страхування в процесі забезпечення життєдіяльності людини і суспільства, ефективного функціонування суб'єктів господарювання, розуміння характерних рис страхового ринку та його інфраструктури набуває все більшої актуальності.

19.1. Зміст та характерні риси страхового ринку

Сучасна наука не має єдиної думки стосовно тлумачення поняття “страхувий ринок”. Так, страхувий ринок розглядається як система економічних відносин, у процесі реалізації яких відбувається формування попиту та пропозиції на страхові продукти і об'єктом купівлі-продажу є страхувий захист, як форма зв'язку між учасниками страхових правовідносин.

Більш повною мірою зміст страхового ринку характеризує В.В. Шахов, який тлумачить страхувий ринок як особливе соціально-економічне середовище, форму економічних відносин, де об'єктом купівлі-продажу є страхувий захист, формуються попит та пропозиція на нього.

Об'єктивною передумовою виникнення страхового ринку є суспільна необхідність у страхувому захисті і наявність специфічних суб'єктів господарювання (страховиків), що здатні задовольнити ці потреби шляхом реалізації страхових продуктів.

Страхувий ринок формується під впливом діалектичної єдності двох систем — внутрішньої системи страхового ринку та зовнішнього середовища, які характеризуються безперервною їх взаємодією в процесі розвитку. Внутрішня система страхового ринку є повністю керованою страховиком. До її елементів належать: страхові продукти, система ціноутворення та гнучка система знижок, власні канали збуту та систему формування попиту страховика, фінансові можливості страховика, людські ресурси страхової компанії. Зовнішнє середовище має істотний вплив на внутрішню систему страхового ринку, обмежує її. Зовнішнє середовище охоплює дві групи елементів. До першої належать елементи оточення, на які страховик не може впливати внаслідок об'єктивних причин, серед яких демографічні (чисельність населення, віковий та статевий склад, міграція) та загальноекономічні характеристики суспільства (наприклад, купівельна спроможність населення). До складу другої групи (на ці елементи страховик має змогу впливати) входять: ринковий попит, інфраструктура страхового ринку, ноу-хау страхових послуг, конкуренція тощо.

Відповідно до критеріями, які покладені в основу класифікації (сегментації), страхувий ринок може бути структурований:

1) за територіальним критерієм (масштабом). У цьому аспекті виділяють регіональний (задоволення потреб у страхувому захисті на рівні певної території, регіону), національний (на рівні певної держави) та міжнародний (сукупність національних страхових ринків) страхові ринки. На практиці міжнародний страхувий ринок представлений локальними ринками, що характеризуються високою часткою міжнародних страхових операцій (Лондон, Цюрих);

2) галуззю страхування: ринки особистого та майнового страхування. Деякі економісти пропонують поділ на ринки особистого, майнового страхування, страхування відповідальності та страхування фінансових ризиків;

3) критерієм форми власності. Розмежування відбувається на основі форми власності, на якій створена страхова організація (публічній, приватній чи комбінованій);

4) доступом на “жорсткий ринок”, коли ринок характеризується високою ціною страхових продуктів, що зумовлює недоступність цих послуг певним категоріям споживачів, та “м’який ринок”, коли страхові послуги доступні практично усім;

5) співвідношенням попиту та пропозиції. Є ринки продавців (попит значно переважає пропозицію) та ринки покупців (попит знаходиться на значно нижчому рівні за пропозицію);

6) організаційною структурою. Ринок структурується за суб’єктами, що займаються страховою, посередницькою, наглядовою та іншою діяльністю на страховому ринку. Детальніше ці учасники страхового ринку будуть розглянуті нижче.

19.2. Структура та елементи інфраструктури страхового ринку

Страховий ринок, як зазначено вище, є особливим середовищем, на якому відбувається купівля-продаж особливого продукту — страхового захисту. Відповідно стає зрозумілим, що основними учасниками ринку є страховики (продавці продукту) та страхувальники (покупці), без них страховий ринок не здатен існувати.

Страхувальниками згідно із Законом України “Про страхування” визнаються юридичні та дієздатні фізичні особи, які уклали зі страховиками договори страхування або є страхувальниками відповідно до законодавства України.

Страховиками згідно із Законом України “Про страхування” визнаються фінансові установи, які створені у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств з обмеженою відповідальністю, які отримали у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності. Страхові організації можуть формувати свої відносини з іншими учасниками ринку на основі операцій перестрахування та співстра-

хування, а також мають можливість об’єднуватись у пули, асоціації та спілки для координації своїх дій, захисту своїх інтересів та здійснення спільних програм.

Особливою формою організації страховиків є *товариства взаємного страхування* — некомерційні організації, що створені з метою забезпечення страховим захистом майнових інтересів її членів.

Особливою формою діяльності на страховому ринку є операції перестрахування, проведення яких входить до компетенції перестрахових компаній. *Перестрахові компанії* (перестраховики) — організації, які не виконують прямих страхових операцій, а беруть у перестрахування ризику інших страховиків і можуть передавати частину з них в ретроцесію.

Серед всієї сукупності страхових організацій прийнято виділяти також кептивні страхові компанії. *Кептивні страхові організації* — це страховики, створені потужними фінансово-промисловими групами, перш за все з метою обслуговування їх потреб у страхуванні. Такі компанії дають змогу великим власникам не випускати з поля зору кошти, призначені для страхування їхніх майнових інтересів.

Дуже часто страхування розглядають лише як взаємодію цих суб’єктів, однак таке тлумачення не є повним. На страховому ринку наявна низка інститутів, що займаються обслуговуванням страхових операцій. Часто ці інститути називають інфраструктурою страхового ринку. Вона має надзвичайне значення для ефективного функціонування страхового ринку, адже дає змогу спростити та пришвидшити процес надання страхової послуги, підвищити якість продукту.

Серед цих інститутів виділяють: страхових посередників (страхові та перестрахові брокери, страхові агенти) та інститути, що покликані оцінити страховий випадок (сюрвейтер, диспашер).

Наявність та поширеність страхових посередників свідчить про ступінь зрілості страхових відносин. Страхові посередники становлять проміжну ланку в системі взаємовідносин “страховик — страхувальник”. Серед страхових посередників виділяють страхових брокерів та страхових агентів. Відмінності між ними полягають у ступені залучення до процесу продажу послуги, за обсягами відповідальності, офіційному статусу.

Більш поширеними серед страхових посередників є агенти. Це фізичні чи юридичні особи, що діють від імені страховика та за його дорученням відповідно до повноважень, наданих страховиком. Документарно відносини “страховик — агент” оформлені агентським договором. Агент може виступати як лише від імені однієї компанії (така практика поширена в Європі), так і від кількох страховиків (практика США).

Страховий брокер — інша форма страхового посередництва. Ними визнаються юридичні особи, що діють від свого імені на основі отриманих інструкцій від страховика чи страхувальника. Функції страхового брокера полягають у пошуку оптимального страховика для страхувальника, супроводженні угоди страхування, проведенні консультацій тощо. Цей вид посередницької діяльності вимагає високої професійної майстерності, знання тенденцій та стану ринків, і, як правило, в багатьох країнах вимагає ліцензії.

Одним з важливих елементів процесу страхування є процедура оцінки.

Вірогідність настання страхового випадку та страхова сума мають бути кількісно обраховані ще на стадії підготовки угоди про страхування. Правильна оцінка вірогідності настання випадку дає змогу встановити оптимальну ціну на страховий продукт і уникнути ситуації, коли страховик буде нездатний виконати свої зобов'язання. Ці функції покладені на штатних чи незалежних актуаріїв.

У разі настання страхового випадку визначенням причини, характеру та розміру збитків, завданих страховим випадком, займається аварійний комісар (сюрвейтер). Висновок сюрвейтера подається до страховика і спонукає страховика до задоволення чи відмови претензії страхувальника.

У морському страхуванні такою особою є диспашер (аджастер). До його обов'язків входить розподіл збитків між учасниками (судном, фрахтом та вантажем). Диспашер складає документ, що має назву диспаша, в якому наводить висновки про причини аварії, характер та розподіл збитків за загальною та частковою аварією між судном, фрахтом та вантажем.

До того ж на функціонування ринку значний вплив мають й інші організації, які лише опосередковано залучені до проце-

су надання послуги, проте їхню роль не можна недооцінювати. До них належать: органи державного регулювання страхового ринку (Держфінпослуг), законодавчі органи, громадські організації, ЗМІ.

19.3. Тенденції розвитку страхового ринку України

Особливістю українського страхового ринку є те, що він останніми роками розвивався на фоні зростання макроекономічних показників (ВВП, доходів населення), формування фінансового ринку. Останнім часом в Україні відбувся перехід до розуміння страхового ринку як механізму розвитку.

На початок 2007 р. в Україні функціонувало 411 страхових компаній, 55 з яких — компанії страхування життя. Сумарний статутний капітал учасників досяг у 2004 р. позначки 8391,2 млн грн, тобто на одну компанію припадає близько 20 млн грн. Однак 120 страховиків не змогли виконати нормативів статутного капіталу.

Для українського ринку характерний суттєвий дисбаланс між різними учасниками ринку. На жаль, доходи від страхування громадян є значно меншими за доходи від корпоративного сектору. Так, обсяги зібраних страхових премій з корпоративного сектору становлять близько 80 % всіх зібраних премій на ринку.

Простежується й дисбаланс у галузевому розрізі. На частку страхування життя припадає лише 3,3 % зібраних премій, хоч і спостерігається тенденція до незначного зростання цієї частки (2,6 % у 2005 р.). Ця тенденція є тривожною для українського ринку, адже свідчить про дуже низьку платоспроможність населення. Зниження обсягів страхування життя провокує зниження у страхових компаній обсягів довгострокових інвестиційних ресурсів.

До того ж ринок страхування життя характеризується незначним рівнем конкуренції — 3 провідні компанії отримали

58,5 % страхових премій, що були зібрані на ринку, 10 провідних компаній — 90,1 %.

Особливістю українського ринку є суттєве щорічне зростання обсягів зібраних страхових премій за період 2000—2004 рр. (зростання становило в середньому 100 % за рік). Негативні тенденції намітились у 2005 р. — обсяги страхових премій зменшилися на 34 %, 2006 р. характеризувався збільшенням премій на 7,6 %. Однак, незважаючи на значний потенціал розвитку страхового ринку України, співвідношення страхових премій до ВВП за результатами 2006 р. становило лише 2,6 % (найвище значення показника спостерігалось у 2004 р. — 5,6 %), тоді як у розвинених країнах цей показник становить 8—12 %.

Серед ризикових видів страхування неодмінно слід виділити добровільне майнове страхування. На його частку припадає 80,4 % усіх зібраних страхових премій на ринку України. При цьому необхідно зазначити, що більшу частку в структурі добровільного майнового страхування все ще становить “фінансове страхування”.

Обсяги страхових виплат за період з 2002 по 2007 р. збільшилися у 4,78 раза. Проте характерною рисою вітчизняного ринку є тенденція до незначного рівня відносного показника обсягів виплат до обсягів зібраних премій. Станом на 2007 р. цей показник становив лише 18,8 %, хоча й набув позитивної тенденції до зростання починаючи з 2004 р., коли спостерігався найнижчий рівень (7,9 %). Водночас на розвинених ринках цей показник коливається в межах 80—95 %.

Обсяги сформованих страхових резервів також мають тенденцію до зростання, однак вони, як правило, короткострокові і представлені в основному грошовими коштами на депозитних рахунках у банках (46 % резервів) та цінними паперами (20 % резервів).

Загалом страховому ринку України властиві такі тенденції: темпи зростання значно випереджають темпи збільшення макроекономічних показників; реально зростають обсяги страхових операцій з усіх видів страхування; відбуваються структурні зміни на користь добровільних видів страхування; зростає фінансова надійність страховиків; низький рівень збитковості страхових компаній свідчить про невиконання страховиками

основної функції — покриття втрат страхувальників; низькі обсяги страхування життя, в структурі зібраних премій страхування життя становить лише 3,3 %, наявна стійка тенденція до зниження цієї частки.

Обмежують можливості страхового ринку такі чинники:

- низька платоспроможність населення;
- низький рівень компенсації втрат;
- недовіра населення до страхування;
- відсутність цілеспрямованої державної політики у галузі страхування;
- слабкий розвиток інфраструктури страхового ринку;
- низький рівень кваліфікації кадрів;
- відсутність надійних довгострокових інструментів для розміщення страхових резервів;
- низький рівень капіталізації страховиків.

Висновки

1. Страховий ринок — це особливе соціально-економічне середовище, форма економічних відносин, де об'єктом купівлі-продажу є страховий захист, формуються попит та пропозиція на нього.

2. Страховий ринок характеризується єдністю двох систем: внутрішньої системи, яка є повністю керованою страховиком, та зовнішнього оточення, що має суттєвий вплив на внутрішню систему й обмежує її.

3. Страховий ринок може бути класифікований за багатьма критеріями: за галузевим критерієм, масштабом, доступністю, співвідношенням попиту та пропозиції, за критерієм форм власності тощо.

4. На страховому ринку функціонують основні учасники страхових правовідносин — страховики та страхувальники; учасники, що формують інфраструктуру страхового ринку: страхові посередники (агенти, брокери) та особи, до функцій яких входить оцінка ризиків на різноманітних стадіях задоволення страхового захисту (аварійні комісари, диспашери, актуарії).

5. Страховий ринок України характеризується стрімким, тривалим зростанням за багатьма параметрами (обсяги страхових премій, страхових виплат, обсяги сформованих резервів), вдосконаленням структури ринку на користь добровільного страхування, зростанням фінансової надійності страховиків.

6. Ринок страхування життя знаходиться в зародковому стані, обсяги такого страхування є низькими.

7. Серед факторів, що стримують розвиток страхового ринку, виокремлюють: низький платоспроможний попит на страхові продукти, низьку страхову культуру населення, низький рівень страхових виплат, відсутність єдиної державної стратегії розвитку страхового ринку, нерозвиненість фінансового, зокрема, фондового ринку.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Страховий ринок; структура страхового ринку; внутрішня система страхового ринку; зовнішнє оточення страхового ринку; інфраструктура страхового ринку; страховик; кептивні страхові компанії; перестрахові організації; страхувальник; страхові посередники; аварійний комісар; диспашер; актуарій.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Визначте сутність страхового ринку.
2. Які елементи входять до внутрішньої системи страхового ринку?
3. Охарактеризуйте зовнішнє оточення страхового ринку. Чи може страховик впливати на нього? Яким чином?
4. Назвіть основні критерії класифікації страхового ринку? Який критерій найповніше характеризує структуру ринку?

5. Які форми організації страховиків вам відомі?

6. Які є критерії поділу страхових посередників на агентів та брокерів? Дайте характеристику їх основних функцій.

7. Чи є відмінність між аварійним комісаром та диспашером? Яка?

8. Проаналізуйте тенденції розвитку страхового ринку України. Визначте основні проблеми.

Література

1. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. — К.: Т-во “Знання”, КОО, 1997. — 216 с.
2. Закон України “Про страхування” від 7 березня 1996 р. № 86/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. — 1996. — № 18.
3. *Сахирова Н.П.* Страхование: Учеб. пособие. — М.: ТК “Велби”: Проспект, 2006. — 744 с.
4. Страхование и управление риском: Терминолог. слов. — М.: Наука, 2000. — 565 с.
5. Страхование: Учебник / А.Н. Базанов, Л.В. Беелінская, П.А. Власов (и др.); Под ред. Г.В. Черновой. — М.: ТК “Велби”: Проспект, 2007. — 432 с.
6. Теория и практика страхования: Учеб. пособие. — М.: АНКІЛ, 2003. — 704 с.
7. *Шахов. В.В.* Страхование: Учеб. для вузов. — М.: ЮНИТИ, 2001. — 311 с.

Розділ 20

МАРКЕТИНГ У СТРАХОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

20.1. Зміст та цілі маркетингу в страховій діяльності.

20.2. Комплекс маркетингу на страховому ринку.

20.3. Стратегія збуту на страховому ринку.

20.1. Зміст та цілі маркетингу в страховій діяльності

На сучасному етапі значне місце в діяльності більшості суб'єктів господарювання має маркетинг — система заходів та прийомів, що дає змогу більшою мірою забезпечити задоволення потреб споживачів та відповідно досягнути виробнику оптимальної для нього норми прибутку. Страхові компанії як виробники специфічних послуг не залишаються осторонь. Страховий маркетинг нині є важливим інструментом взаємодії страхової компанії та її оточення, його основне призначення — оптимізація співпраці зі споживачами страхових послуг.

Дослідження особливостей страхового маркетингу вимагає акцентування уваги на таких аспектах: визначення його змісту та цілей, дослідження процесу побудови маркетингової стратегії, розробка основних елементів комплексу маркетингу страхової організації.

Поняття страхового маркетингу не має наразі єдиного трактування в сучасній навчальній чи науковій літературі. Страховий маркетинг визначають як дії з попереднього аналізу ринків та клієнтури, а також як методологію їх завоювання та утримання. Це трактування розглядає страхувальника не як повноправного суб'єкта страхових відносин, а лише як об'єкт докладання зусиль страховиком у процесі продажу страхового

продукту. На нашу думку, правильним є інше, більш повне трактування: *страховий маркетинг — це комплекс заходів, спрямованих на формування та постійне вдосконалення діяльності страхової компанії, а саме:*

- розробка конкурентоспроможних страхових продуктів (послуг) для конкретних категорій споживачів (страхувальників);
- впровадження раціональних форм реалізації цих продуктів за належного сервісу та реклами;
- збирання та аналіз інформації щодо ефективності діяльності страховика.

Хоча страховий маркетинг, як було зазначено, є частиною загальної маркетингової науки, проте він має певні відмінності, зумовлені специфікою страхової діяльності:

- довгостроковий характер взаємовідносин між страховиком та страхувальником, що зумовлює ситуацію, коли якість та рентабельність продукту можна оцінити лише через декілька років (страхування життя);
- неподільність страховика та страхової послуги. Якість страхового продукту прямо пов'язана з репутацією та фінансовим станом страхової компанії;
- суттєве державне регулювання ринку страхових послуг та відсутність патентування страхових продуктів, що передбачає безперешкодне копіювання вдалих продуктів конкурентами.

Сутність страхового маркетингу можна проілюструвати за допомогою його функцій. Отже, маркетинг має на меті:

- дослідження ринків та клієнтської бази страховика — це дослідження нинішніх та потенційних клієнтів з метою виявлення таких груп споживачів, залучення яких принесе страховику найвищі прибутки;
- дослідження власного страхового портфеля страхової компанії — це аналіз вірогідності настання страхових випадків від таких характеристик клієнтури, як її географічне положення, стать, професія;
- розробку вимог до страхових продуктів — процес виявлення їх властивостей, що найбільше відповідають потребам споживачів;
- просування страхових послуг на ринок.

Маркетинг залежно від часового горизонту, на якому проводяться відповідні маркетингові заходи, можна поділити на оперативний (організаційний, структурний) та стратегічний (товарний, ринковий). Якщо стратегічний маркетинг як система дій покликаний дослідити стан відповідного ринку, визначити потреби певного ринку й на основі цього дослідження розробити відповідний страховий продукт, виділити найбільш прийнятні канали збуту, оптимальну ціну тощо, то оперативний маркетинг має вдосконалювати роботу страхової компанії шляхом коригування її внутрішньої будови (вибір оптимальної системи збуту, стимулювання збуту, вдосконалення поділу праці по горизонталі та вертикалі).

Ефективність діяльності страховика в процесі виведення на ринок та подальшого продажу на ньому нового страхового продукту значною мірою залежить від ефективно побудованої маркетингової стратегії.

Зрозумілим стає факт, що стратегічний маркетинг, про який ішлося вище, отримує відображення в маркетинговій стратегії страховика — концентрованому висвітленні всіх маркетингових зусиль страхової компанії. Отже, *маркетингова стратегія страхової організації — це комплексна реалізація даних, отриманих страховиком у процесі дослідження ринку, що дає змогу провести оцінку матеріалів за станом ринку в динаміці та виробити оптимальну стратегію страховика.*

Маркетингова стратегія страхової організації реалізовується за допомогою таких інструментів:

- дослідження та сегментація ринку;
- політика в галузі розробки страхових продуктів, позиціонування продукту;
- цінова політика;
- спосіб організації продажу страхових послуг, організація каналів збуту;
- політика формування споживчого попиту (*public relations*, реклама тощо).

Отже, в узагальненому вигляді маркетингова стратегія зводиться до аналізу стану ринку, потенційної та наявної клієнтурі страхової організації, сегментації ринку та розробки ефективного комплексу маркетингу.

Сегментація ринку та позиціонування компанії. Сегментація ринку є інструментом аналізу страхового ринку і становить поділ ринку відповідно до конкретних критеріїв на визначене число складових, всередині яких клієнти будуть максимально схожі між собою.

Сегментація поділяється на маркетингову (поділ ринку відповідно до поведінки страхувальників при придбанні страхового продукту) та технічну (виокремлення сегментів, що є максимально схожими за рівнями ризиків).

Сучасна практика дає змогу проводити сегментацію за будь-якими критеріями, проте основними серед них є:

- поведінкові критерії;
- за типом ризиків;
- географічні критерії;
- демографічні критерії;
- соціально-економічні критерії;
- за рівнем активності страхувальника в процесі придбання продукту (активні, пасивні).

Розвиненість ринків значно впливає на глибину сегментації. На розвинених зарубіжних ринках нині поширеною стала практика саме технічної сегментації — приведення рівнів страхових тарифів на страхові продукти у відповідність до рівня ризику кожного окремого страхувальника. Проте надмірна сегментація провокує необґрунтовані втрати в процесі аналізу відповідних сегментів і здатна спровокувати втрату клієнта в процесі зарахування його до того чи іншого сегмента (надмірна кількість питань в анкеті тощо).

Позиціонування — це робота з уявою споживача. Страхова компанія повинна створити певний ринковий імідж своїх послуг, сформувані у свідомості цільових споживачів унікальне їх сприйняття, відмінне від послуг конкурентів.

Отже, сегментація та позиціонування як першочергові інструменти в процесі вироблення маркетингової стратегії страхової організації дають змогу ретельно проаналізувати стан ринку, висвітлити основні сегменти, в яких доцільним стає проведення подальших маркетингових заходів, та побудувати оптимальний комплекс маркетингу.

20.2. Комплекс маркетингу на страховому ринку

У теорії маркетингу комплекс маркетингу розглядається як набір контрольованих змінних маркетингу, сукупність яких може використовувати компанія для досягнення бажаної реакції цільового ринку. Традиційно контрольовані змінні маркетингу описуються формулою “4P”, яка складається з товару, ціни, каналів розподілу та маркетингових комунікацій (*product, price, place, promotion*). Враховуючи особливості послуги як товару, більшість науковців дійшла висновку, що у сфері послуг, з метою впливу на поведінку споживача, слід використовувати не чотири традиційні функціональні змінні маркетингу, а сім. Модель 4P була доповнена ще трьома змінними: процес (спосіб надання послуги), матеріальне середовище та персонал (*process, physical evidence, people*). Ця модель отримала назву “7P”.

Страховий продукт — це комплекс послуг, спрямованих на попередження та ліквідацію наслідків конкретного переліку несприятливих подій, визначених договором страхування. Страховий продукт охоплює основні та додаткові послуги (страхова експертиза, технічний, медичний асистанс тощо).

Є інший підхід до структури страхового продукту. Страховий продукт має ядро та оболонку.

Ядро продукту — це технічні характеристики продукту (ризик, страхова сума, франшиза тощо), умови виплати страхового відшкодування, економічні характеристики (страховий тариф, індексация страхової суми у випадку інфляції тощо), додаткові послуги при настанні страхового випадку.

Ядро продукту відображається в його оболонці: конкретному документі (страховому полісі), рекламі страхового продукту, роз'ясненні особливостей страхового покриття, діях представників страховика при укладенні угоди та ін.

Розробка та впровадження нового продукту характеризуються значними затратами, і страхові компанії, як правило, дублюють продукти конкурентів. Проте виникають ситуації,

коли продукт конкурента не задовольняє вимог страховика чи у випадку виходу на ринок з абсолютно новим продуктом з метою захоплення частини ринку та відповідно отримання доходності, вищої, ніж у конкурентів. У таких ситуаціях виведення продукту передбачає реалізацію кількох етапів.

1-й етап. Пошук ідеї, економічне обґрунтування, оцінка можливостей страховика, аналіз ринку.

2-й етап. Розробка механічної частини нового продукту та його реального виконання.

3-й етап. Розробка маркетингової стратегії.

Процес появи нових продуктів та виведення з ринку старих відображається в життєвому циклі продукту. Виявлення фази, в якій перебуває продукт, має важливий вплив на обсяги його продажу, обсяги фінансових надходжень, та, відповідно, передбачає проведення певних поточних маркетингових заходів. Життєвий цикл страхового продукту має такі етапи.

Виведення страхового продукту на ринок. Основною метою страховика на цьому етапі стає формування попиту на продукт, що потребує великих вкладень у розвиток мереж збуту, рекламу. Продаж є незначним. Основною метою маркетингових зусиль є створення можливостей для ознайомлення клієнтів з новим продуктом.

Етап зростання. Попит зростає, тарифи адаптуються відповідно до ринкових вимог, стає можливим дослідження реакції споживачів на продукт. Мета маркетингових заходів — збільшення частки ринку.

Етап зрілості. Уповільнення приросту продажу, що досягає максимуму. Метою маркетингових заходів є максимальне збільшення прибутків та частки ринку.

Етап спаду. Страховий продукт втрачає привабливість, обсяги продажу знижуються. Успішна модернізація продукту дає змогу знову перейти на етап зростання. Мета маркетингових зусиль — зниження витрат.

Ціна страхового продукту. Ціна на страхові послуги є істотним фактором, що береться до уваги в процесі прийняття рішення про придбання певного страхового продукту страхувальником. Дослідження свідчать, що зміна ціни на певний продукт на розвинених європейських страхових ринках на

10 % призводить до зміни обсягів продажу на 30 %. Стає зрозумілим, що прийнятна, обґрунтована ціна на новий чи вже наявний продукт стає чи не найважливішим фактором його успіху. Як відомо, ціна страхового продукту є категорією, що формується на основі вірогідності настання страхового випадку та прогнозі втрат, а також фактичних затрат страховика на ведення справи. Однак є кілька засобів зниження ціни страхового продукту, серед яких: обмеження страхового покриття (зниження страхових сум, скорочення ризиків, що страхуються цим продуктом); ліквідація додаткових послуг, зниження якості обслуговування; проведення агресивної інвестиційної політики; побудова “пірамід” — покриття збитків за збитковими угодами за рахунок укладення нових.

Відповідно до цінової політики страховика, що має поєднувати інтереси із залучення клієнтів та дохідності діяльності, діють такі види цін. Для нових продуктів це:

- ціна “зняття вершків” — висока ціна, мета — збільшення прибутку, розрахована на клієнтів, що готові придбати послугу навіть за такої ціни;
- ціна “за введення страхового продукту на ринок” — є значно нижчою за ціни на аналогічні продукти конкурентів;
- психологічна ціна — ціна, нижча за певну круглу суму (наприклад 49 дол. США).

Для продуктів на сформованому ринку збуту:

- спадаюча ціна має тенденцію до поступового зниження в міру насичення ринку;
- довгострокова ціна майже не змінюється впродовж значного періоду часу;
- ціна споживчого сегмента ринку диференційована відповідно до клієнтів, яким продукт реалізується.

Просування та канали збуту. Канал збуту є способом доступу до послуги. У міжнародному бізнесі основними каналами збуту страхових послуг є агенти, що працюють на певну компанію; вільні агенти; брокери, що працюють незалежно від страховиків; штатні працівники страхових організацій; туристичні агентства; комерційні банки; директ-маркетинг; страхові магазини.

Проте ефективність збуту залежить від кількості не лише точок продажу страхових продуктів, а й способів доведення

страхової послуги до споживача. Є залежність між видом страхового продукту та каналами реалізації.

Універсальні страхові компанії нині стикаються з проблемою продажу значної кількості страхових продуктів через широку мережу їх збуту. Виникає необхідність організації збуту, що може бути здійснена двома способами: через незалежні мережі (багатоканальна система збуту) відбувається залучення нових клієнтів через одну мережу збуту з подальшим перерозподілом клієнтів до іншої мережі, якщо виникає необхідність в утриманні клієнта; матрична система збуту характеризується підпорядкованістю всіх каналів збуту єдиному центру просування, забезпечується взаємодія різних каналів реалізації.

Особливої актуальності нині набув продаж пакетних продуктів, коли звичайний страховий продукт доповнюється іншими нестраховими продуктами. Пакетний продаж може існувати в таких формах:

- нестраховий продукт (наприклад, банківська послуга) доповнюється страховим продуктом;
- страховий продукт доповнюється сервісними послугами, тобто у разі страхового випадку відбувається не грошове відшкодування, а надається відповідна послуга (технічного, медичного, юридичного характеру тощо).

Дедалі поширенішим стає продаж страхових продуктів через мережу Інтернет. У розвинених країнах частка такого продажу становить 2—5 %, в Україні цей показник, на жаль, є значно нижчим.

Просування товару є особливим елементом маркетингової стратегії страхової організації і покликане створити сприятливий імідж для страховика, зробити акцент на перевагах певного страхового продукту, залучити та утримати клієнта.

Просування об'єднує багато видів діяльності, серед яких виділяють:

- рекламу в ЗМІ;
- заходи зі стимулювання продажу — *sales promotion*;
- діяльність із формування позитивної громадської думки — паблік релейшнз (*public relations, PR*);
- пошук та утримання клієнта, відновлення зв'язків між продавцем та покупцем продукту — *direct marketing*.

Реклама є важливим елементом у структурі заходів із просування і може бути класифікована за такими критеріями:

- за формою: у ЗМІ, наочна реклама, спонсорство, презентації;
- за способом вираження: “жорстка реклама”, покликана до негайного спонукання споживача до купівлі продукту; “м’яка реклама”, що має на меті створення навколо компанії атмосфери фінансової стабільності, професіоналізму та гарантії виплат.

До того ж рекламу можна поділити на пряму та опосередковану, до якої також слід віднести паблік рилейшнз. Перевагою опосередкованої реклами є її низька вартість чи взагалі безкоштовний характер, тоді як пряма реклама потребує значних фінансових ресурсів.

У процесі розробки змісту реклами використовують такі підходи:

- акцентування уваги на простоті придбання страхового продукту;
- акцентування уваги на виконанні зобов’язань;
- акцентування уваги на знижках;
- залякування страховими випадками;
- іміджева реклама, покликана сформулювати позитивне уявлення про страховика.

Процес (спосіб надання послуги), матеріальне середовище та персонал. Ці складові комплексу маркетингу включають:

- розробку комплексу дій, спрямованих на те, щоб зробити невідчутні характеристики якості страхової послуги відчутними в уяві споживача, так звана стратегія матеріального середовища;
- розробку стратегії внутрішнього маркетингу, спрямованої на підвищення кваліфікації та мотивації персоналу, що контактує зі споживачем у процесі надання страхової послуги (персонал);
- розробка стратегії, спрямованої на підвищення якості обслуговування клієнтів страхової компанії (процес).

20.3. Стратегія збуту на страховому ринку

Значення збуту в процесі страхування. Страхування як технологічний процес діяльності страхової компанії складається з таких основних етапів: андерайтинг, продаж, перестраховання, супровід договору страхування, врегулювання страхових подій, пролонгація. Безперечно, одним з найголовніших є продаж. Стратегічні цілі страхової компанії можна визначити в кількох варіантах, проте в кожному з них базовим є обсяг продажу (отриманих страхових платежів) страхової компанії:

1. Орієнтовна ринкова вартість страхової компанії за експертними оцінками (табл. 20.1):

Таблиця 20.1. Експертна оцінка вартості страхових компаній країн Східної Європи залежно від річного обсягу продажу

Частка ринку, %	Оціночний коефіцієнт для компаній зі страхування життя	Оціночний коефіцієнт для компаній зі страхування, відмінного від страхування життя
До 5	1,2	0,6
Від 5 до 15	1,25	0,65
Від 15 до 35	1,3	0,7
Від 35 до 50	1,4	0,75
Більше 50	1,5	0,8

2. Забезпечення рентабельності власного капіталу не менше X %:

$$\frac{\text{Чистий прибуток}}{\text{Власний капітал}} = \frac{\text{Балансовий прибуток} - \text{Податки}}{\text{Статутний фонд} + \text{Нерозподілений прибуток}} \cdot 100,$$

де

$$\text{Нерозподілений прибуток} = \text{Чистий прибуток} - \text{Дивіденди.}$$

Зрозуміло, що чистий прибуток є частиною доходу, основним видом якого є валовий збір страхових премій (*обсяг продажу*).

3. Досягнення (утримання) частки страхового ринку $Y\%$ за *обсягом продажу* за умови:

а) рентабельності власного капіталу $ROE \geq Z\%$:

$$ROE = \frac{\text{Власний капітал}}{\text{Валюта балансу}} = \frac{\text{Статут. капітал} + \text{Реінвестований прибуток}}{\text{Статут. капітал} + \text{Реінв. прибуток} + \text{Страх. резерви} + \text{Ін. зобов'язання}}$$

б) рентабельності активів $ROA \geq N\%$:

$$ROE = \frac{\text{Балансовий прибуток}}{\text{Валюта балансу}} = \frac{\text{Страх. платежі} - \text{Виплати} - \text{Витрати} - \text{Податки}}{\text{Валюта балансу}}$$

4. Темпи приросту зібраних премій (*обсяг продажу*) мають випереджати на $X\%$ середні темпи приросту страхових компаній з певного переліку (визначених, наприклад, за методом бенчмаркінгу).

5. Додатково можуть бути поставлені такі цілі (варіанти):

5.1. За мережею збуту — на певну дату мати не менше X філій і Y віддалених робочих місць, з яких прибутковими мають бути понад $Z\%$.

5.2. За мережею агентів — фізичних осіб (*як каналу збуту*) — мати понад X агентів, з яких Y осіб із середньорічним доходом не менше Z тис. грн.

5.3. Зі вхідного перестраховування:

Фінансовий результат = *Отримані страхові платежі (обсяг продажу)* – *Страхові виплати* – *Накладні витрати (N% отриманих страхових платежів)*.

5.4. Зі страхових продуктів, що реалізуються (*обсяг продажу*), мати понад X , з яких серійно мають реалізовуватися понад $Y\%$. “Серійно” — кількість укладених договорів має бути не менше $Z\%$ від загальної кількості договорів у компанії.

Як зразок стратегічної цілі страхової компанії, можна навести стратегічну мету “Міллея холдинг” (Японія) — групи

страхових компаній зі страхування життя і ризикових видів страхування, що утримує 25% зібраних страхових премій на ринку Японії. Так, у звіті “Проміжні результати за 2005 рік. Нова корпоративна стратегія на 2005—2008 рр.” стратегічною метою на 10 років визначено: “Стати страховою групою світового рівня з поступовим розширенням страхового бізнесу, збільшити скоригований дохід втричі, при цьому національний бізнес у структурі портфеля збільшити зі страхування життя з 17% (2005 р.) на 20—25% (у 2015 р.), “страхування, відмінного від страхування життя” — з 76% на 40—50%, міжнародний бізнес довести з 4% до 20—25%, а скоригований ROE збільшити з 3,7% до 8%”¹. Крім того, проміжна стратегія формується на три найближчі роки (до 2008 р.) і містить такі дані:

- *доходи*: підписана нетто-премія, комбінований індекс витрат, до якого входить індекс збитковості та інших витрат, отриманий дохід;

- *продаж продуктів та послуг*: розширення асортименту, перехресний продаж, збільшення корпоративних договорів, нормативи врегулювання;

- *мережа збуту*: розвиток мережі — географічний і кількісний, зростання семи категорій страхових агентів, параметри добору і навчання;

- *клієнти*: спрощення *процедур продажу*, врегулювання, стандартизація канцелярської роботи в офісі та в агентській роботі, бухгалтерії, розвиток інформаційних технологій.

З викладеного видно, що функція продажу є наскрізною в кожному з варіантів стратегічної цілі. При цьому важливо визначити, як у поточній діяльності страхової компанії формуються показники з продажу, або якого вигляду набуває стратегічна мета страховика з доходів після декомпозиції (розчленування) за джерелами формування валового доходу.

В основному варіанті декомпозиції стратегічної мети визначено чотири основних показники розподілу доходів: за ка-

¹ Millea Holding. Промежуточные результаты по 2005 году. Новая корпоративная стратегия на 2006—2008. — 30 ноября 2005 г. — Millea Holding, Inc. Copyright (c) Millea Holding, Inc.

тегоріями клієнтів, каналами збуту, видами страхових продуктів та регіональними підрозділами (дирекціями, філіями, відділеннями страховика тощо) (рис. 20.1).

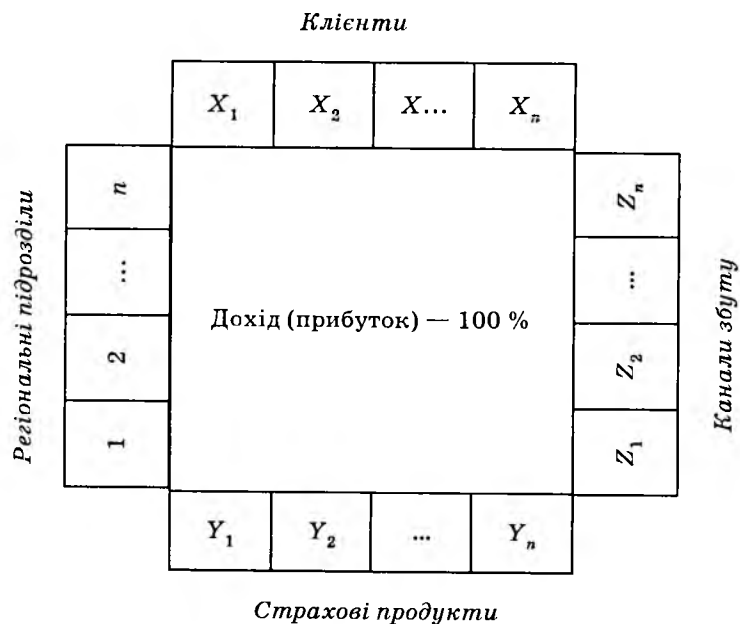


Рис. 20.1. Основний варіант декомпозиції стратегічної мети

Під час опрацювання основного варіанта декомпозиції стратегічної мети в страхових компаніях треба звертати увагу ще на два важливі показники.

1. *Перехресний продаж* (продаж кількох страхових продуктів одному клієнту) проводиться для зміцнення і розширення бази постійних клієнтів. Категорія постійних клієнтів є визначальною з огляду на те, що, як свідчить практика:

а) якщо клієнт має один договір страхування — ймовірність того, що він залишиться клієнтом цієї страхової компанії через рік становитиме близько 10 %;

б) якщо він одночасно має два договори страхування — ймовірність підвищується до 34—40 %;

в) якщо у клієнта три і більше договорів страхування — ймовірність підвищується до 60 %.

2. *Пролонгація* договорів страхування або продовження дії договорів страхування з одним і тим самим клієнтом. Враховується те, що, за даними маркетингових досліджень:

а) на залучення нового клієнта, що раніше не страхувався, в середньому потрібно 8 умовних одиниць затрат праці;

б) на те, щоб застрахувати клієнта, застрахованого в іншій страховій компанії, треба 16 умовних одиниць затрат праці;

в) на продовження договору страхування з клієнтом, що раніше вже був застрахований у цій страховій компанії і отримує належне обслуговування, потрібна лише 1 одиниця затрат праці.

Отже, важливим засобом підвищення ефективності діяльності страхової компанії, формування і розвитку бази постійних клієнтів є і перехресний продаж, і пролонгація чинних договорів страхування (рис. 20.2).

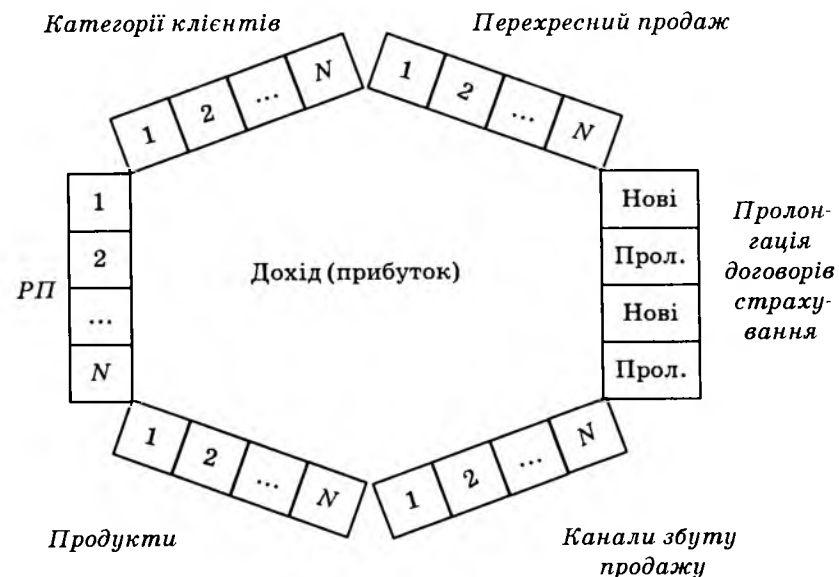


Рис. 20.2. Розширений варіант декомпозиції стратегічної мети

Страховики-практики вважають для страхової компанії, що здійснює ризикові види страхування, важливим бажаним показником наявність у клієнтській базі більше 75—80 % постійних клієнтів.

На практиці застосування цього методу декомпозиції стратегічної мети для директора регіонального підрозділу страховика (філії) і для окремого продавця можуть бути взяті такі варіанти (рис. 20.3, 20.4).

У процесі декомпозиції показниками, що викликають найбільше суперечок між топ-менеджерами і аквізиторами (продавцями), є пропорція розподілу плану за регіональними підрозділами та за видами страхування. Усунути конфлікт можна, застосовуючи такий метод об'єктивного визначення цих показників.

1. Коефіцієнт тренда розвитку страхового ринку T_p за n років:

$$T_{pn} = \frac{\sum Pr_{n2}}{\sum Pr_{n1}}$$

де Pr_{n2} — сума валового збору страхових платежів у цілому за ринком за другу половину з n визначених років;

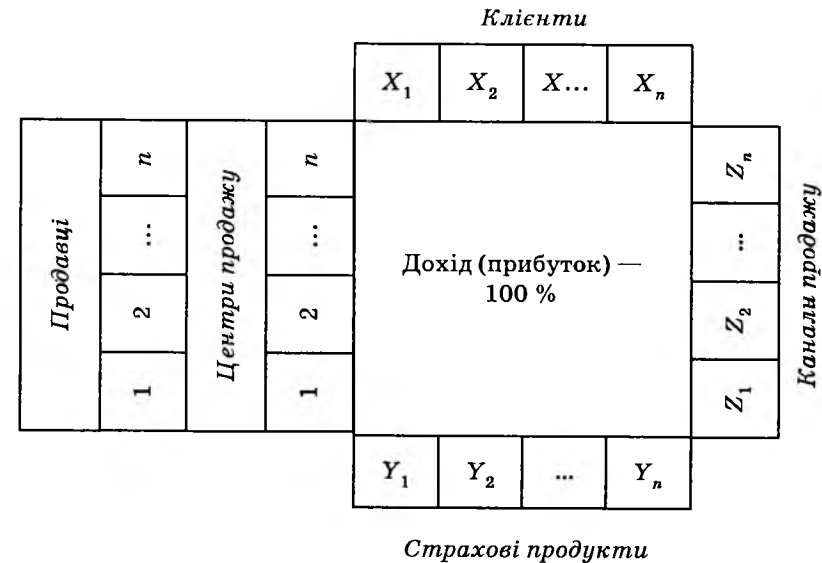


Рис. 20.3. Варіант декомпозиції плану директора філії

Pr_{n1} — сума валового збору страхових платежів у цілому за ринком за першу половину з n визначених років.

Цей коефіцієнт показує, як має зростати плановий валовий показник за збором платежу цієї страхової компанії, щоб її частка ринку залишилась незмінною.

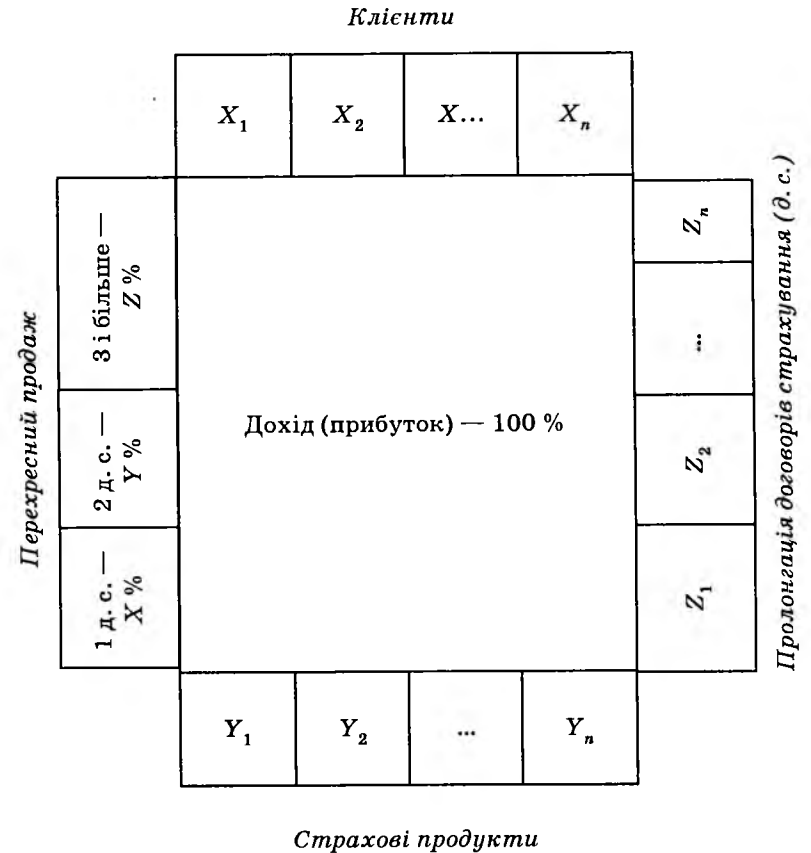


Рис. 20.4. Варіант індивідуального плану продавця

2. У разі, коли прийнято стратегічне рішення щодо зростання частки ринку компанії (D_{p1}) з X % до Y % (D_{p2}) за I років, тоді коефіцієнт збільшення валового збору премій компанії $K_{авз}$:

$$K_{авз} = \frac{T_{рл} \cdot D_{p2}}{D_{p1}}$$

3. Коефіцієнт частки регіонального підрозділу — $K_{чрп}$ у загальному обсязі валового збору платежів компанією визначається в такому порядку:

$$а) K_{авз} \text{ середній за компанією} = \frac{\sum Pr \text{ компанією за рік}}{\sum ВВП \text{ у державі за рік}},$$

$K_{взп}$ — відсоток збору платежів компанією стосовно ВВП у державі.

$$б) K_{чрп} = \frac{\sum Pr \text{ за філією за рік}}{\sum ВВП \text{ у регіоні за рік}}$$

Цей показник дає змогу не тільки математично визначити плановий обсяг збирання премій регіональним підрозділом на наступний період, а й розробити фактичний рейтинг регіональних підрозділів компанії за показником “частка страхової премії зібраної регіональним підрозділом страховика відносно ВВП регіону” або визначити цей показник на одну особу. Останній показник менш інформативний через різний рівень ВВП на одну особу в регіонах.

Щодо розподілу плану за видами страхових продуктів, то за базові пропорції беруться валові показники за ринком (дані, що публікуються державним регуляторним органом). Далі визначення йде за вказаним вище методом. Проте, враховуючи інтереси компанії у формуванні портфеля укладених договорів страхування зі збільшенням частки менш збиткових продуктів, доцільно впровадити відповідну систему мотивації. Наприклад, плановий показник обсягу зібраних страхових платежів за видом з відносно високою збитковістю (авто-каско, страхування цивільно-правової відповідальності автовласників, страхування на випадок захворювання) визначається як X %, при перевищенні плану в межах Y % — премія з понадпланових платежів становить частку від X %, а в разі перевищення понад Y % — не сплачується взагалі.

У результаті загальний план валового збору страхових платежів компанією (100 %) подається в кількох видах залежно від обраного показника: а) за категоріями клієнтів; б) каналами продажу; в) видами страхових продуктів; г) підрозділами продажу — регіональними і центральним офісами з подальшою декомпозицією за конкретними продавцями; д) часткою пролонгованих договорів; е) станом перехресною продажу. При цьому головний принцип — персональна відповідальність за виконання показників, що в поєднанні становлять базовий показник стратегічного плану.

Сутність продажу у страхуванні, страховий продукт і продукт діяльності аквізиторів. Значення продажу для реалізації стратегічної мети страховика, безперечно, визначальне, разом ще з двома іншими функціями — андеррайтингом і управлінням накладними витратами.

Особливість збуту на страховому ринку насамперед зумовлена специфікою страхового продукту. В розширеному варіанті *страховий продукт* — це виконання комплексу цивільно-правових зобов'язань договірних сторін із захисту майнових інтересів страхувальника в разі настання страхових випадків. Фактично це виконання зобов'язань страховиком перед страхувальником. Унікальність страхового продукту визначається цілою низкою обставин і притаманних йому специфічних рис, серед яких такі:

1) це віртуальний (той, що може виявитись) продукт, який становить гарантію і обіцянку майбутнього майнового захисту;

2) єдність, протистояння та залежність інтересів договірних сторін (стосовно настання страхового випадку, розміру страхового тарифу і франшизи, спільних дій при настанні страхового випадку, надійності та платоспроможності страховика);

3) ймовірність настання страхового випадку;

4) часова, географічна та інша невизначеність щодо збитків від страхового випадку;

5) специфіка договірних взаємовідносин сторін (принципи наявності страхового інтересу, повної добросовісності, презумпції правоти страхувальника тощо).

Ці та інші обставини визначають унікальність певного виду продажу, під час яких “продається обіцянка”.

Отже, якщо продуктом страхової компанії є виконання нею зобов'язань перед страхувальником, то *продукт діяльності продавця в страхуванні* має три форми: отримані страхові внески (премії); кількість укладених договорів страхування; кількість залучених до страхування клієнтів (рис. 20.5).



Рис. 20.5. Складові продукту діяльності продавця в страхуванні

Крім того, продавець у страхуванні під час підготовки та укладання договорів страхування виконує низку функцій, серед яких пропаганда страхування як інституту соціального захисту, рекламно-інформаційна діяльність, а також збирання маркетингової інформації для страховика.

У практиці страхування досить поширеним аналогом поняття “продаж” є термін “аквізиція”, що походить від лат. *acquirere* (додаю, збільшую) і фактично в страхуванні означає укладання договорів страхування від імені та за дорученням страхової компанії, а фахівець з продажу називається аквізитором. Вважається, що цей термін прийшов у страхування з морських перевезень. Капітан вантажного судна, що приходило в порт, залучав портових аквізиторів до завантаження судна попутними вантажами. Вони, за певну плату від капітана, проводили пошук вантажовідправників, які й передавали вантаж на транспортування.

Отже, *продаж у страхуванні* — це процес пошуку, підготовки та укладання договору страхування аквізитором від імені та за дорученням страхової компанії, в межах наданих лімітів за видами страхування і страховими сумами, що мо-

жуть бути взяті на страхування, на підставі чинного законодавства, розроблених страховиком правил та типових договорів страхування (полісів).

У сучасній практиці найбільш поширеними каналами збу-ту є такі.

1. **Прямий (офісний) продаж**, коли клієнт звертається в страхову компанію і укладає договір страхування. Переваги цього каналу в тому, що під час переговорів в офісі страховика є змога надати клієнту вичерпну інформацію за предметом обговорення, прийняти нестандартні рішення щодо умов страхування, забезпечити клієнта консультативною допомогою різнопрофільних фахівців, що працюють в офісі, а за умов роботи у філії — невідкладно зв'язатись із центральним офісом для отримання необхідної інформації. Недоліком цього каналу є фактично цілковита залежність страховика від волі клієнта щодо самого факту його звернення стосовно укладання договору страхування або звернення його саме в цю страхову компанію чи до її агента.

2. **Страхові агенти**. Це громадяни або юридичні особи, які діють від імені та за дорученням страховика і виконують частину його страхової діяльності, а саме: укладають договори страхування, одержують страхові платежі, виконують роботи, пов'язані зі здійсненням страхових виплат та страхових відшкодувань. Вони є представниками страховика і діють у його інтересах за винагороду на підставі договору-доручення зі страховиком. У сучасній вітчизняній практиці страхові агенти— фізичні особи поділяються на кілька категорій:

1) штатний страховий агент — працівник страхової компанії, що перебуває в штаті страховика, отримує посадовий оклад і, як правило, надбавку у вигляді комісійної винагороди від самостійно укладених договорів страхування (залучених клієнтів), а також премії за виконання інших функцій в інтересах страхової компанії: консультування клієнтів, участь в організації і проведенні маркетингових заходів тощо. Наприклад: а) агенти, що реалізують поліси біля посольств для виїжджаючих за кордон; б) працівники підрозділів продажу філій страхових компаній; в) бригадири агентських бригад, що отримують оклад за утримання офісу агентської бригади, керівниц-

тво її діяльністю, підбір, навчання та наставництво, звітність і поточний контроль тощо;

2) позаштатний страховий агент. Основна відмінність від штатного в тому, що ця категорія працює за трудовими угодами зі страховиком, не отримує посадового окладу, а заробітна плата її складається з комісійної винагороди за укладені договори страхування (залучені страхові платежі), а також можливі премії за інші окремі доручення. Ця категорія поділяється на три основні групи:

а) ті, що працюють від імені та в інтересах однієї страхової компанії (моноагенти, або корпоративні). Перевагою цієї групи агентів є те, що вони — носії корпоративної культури конкретного страховика, забезпечують рекламно-інформаційну діяльність у його інтересах, будують кар'єру в цій компанії, а їх навчання в корпоративній системі і заходи зі зміцнення лояльності дають найбільший ефект;

б) ті, що працюють від імені та в інтересах кількох страхових компаній (поліагенти, або “ринкові агенти”). Перевагою цієї групи є те, що, як правило, вони спеціалізуються на одному — трьох видах страхування, мають умови страхування і можливість запропонувати клієнту різні умови від різних страхових компаній, швидше підвищують власний фаховий рівень за рахунок отримання більшого обсягу інформації в різних компаніях. Недоліком для страховика в цій групі є те, що агент, об'єктивно дбаючи про інтереси власного зиску, здебільшого пропонуватиме клієнту продукти тієї страхової компанії, в якій вищий відсоток комісійної винагороди, тому результат впливу на його роботу адміністративними засобами значно менший;

в) агенти-сумісники. Відмінність від перших двох груп не в тому, що агентська діяльність не є їхнім основним місцем роботи (у перших це також можливо, коли вони здійснюють продаж у вільний від основної роботи час, навіть працюючи в страховій компанії), а в тому, що агент-сумісник під час роботи за основним місцем на своєму робочому місці (не в страхуванні) укладає договори страхування. Це проводиться з відома і дозволу керівника, інтерес якого полягає в додатковому заохоченні працівника у формі заробітку від страхової агентської діяль-

ності. Наприклад, працівники туристичних фірм, автосалонів, СТО, баз відпочинку та ін.

Останнім часом, з розвитком в Україні інфраструктури фінансових послуг, все більшого поширення набуває категорія страхових агентів, що досягли рівня фінансових консультантів. Основна якісна відмінність фінансового консультанта від страхового агента така. Страховий агент знає і реалізує кілька видів страхових продуктів, попередньо проводить пошук тих майбутніх клієнтів, яким можуть бути реалізовані ці продукти, і далі веде роботу з укладання договорів страхування з ними. Можливості фінансового консультанта значно ширші. Так, працюючи з широким прошарком платоспроможного населення або в середовищі клієнтів — юридичних осіб (як правило, малого і середнього бізнесу), фінансовий консультант попередньо вивчає потреби конкретного ймовірного клієнта, і, залежно від цих потреб, пропонує йому відповідні фінансові продукти, серед яких види ризикового страхування, страхування життя, цілий спектр банківських продуктів (кредитування, депозити тощо). Є підстави вважати, що цей вид фінансових посередників набуватиме значного розвитку в майбутньому.

Приклад

За твердженням соціологів, середньостатистична сім'я витрачає на “необов'язкові” придбання від 5 до 12 % сімейного бюджету (“необов'язкові” — ті, виключення яких не впливатиме на забезпечення ні фізіологічних, ні духовних, ні естетичних потреб сім'ї). Отже, якщо взяти умовну середньостатистичну сім'ю з чотирьох осіб, батьки в якій у віці від 30 до 40 років у місяць заробляють разом 2 тис. грн, то фінансовий консультант може запропонувати і реалізувати цій сім'ї комплексний фінансовий продукт під назвою “Сімейна скарбничка” (табл. 20.2).

Отже, середньостатистична сім'я, без шкоди іншим витратним статтям бюджету, може отримати від фінансового консультанта після відповідних роз'яснень пропозиції щодо укладання п'яти популярних договорів страхування, що захищатимуть першочергові майнові інтереси сім'ї. З наведеної таблиці

Таблиця 20.2. Зразок пропозиції комплексного фінансового продукту

№	Показник	Сума, грн
1	Річний сімейний бюджет: 2 тис. грн · 12 міс.	24 000
2	10 % на “необов’язкові” витрати	2 400
3	Страховання від нещасних випадків всіх членів сім’ї: 4 осіб · 40 грн	160
4	Страховання двокімнатної квартири	300
5	Страховання цивільної відповідальності автовласника	200
6	Страховання дітей накопичувальне (до повноліття): 2 дит. · 500 грн	1 000
7	Страховання автокаско (пайове)	740

видно, що навіть так звані малозабезпечені сім’ї можуть скористатись страховим захистом з окремого виду страхування, наприклад, страхування майна чи від нещасних випадків. У більш заможних сім’ях фінансовий консультант може за цим же методом запропонувати отримання кредиту на покращення житлових умов, заміну автомобіля, підприємницький кредит тощо або розмістити депозит у банку. При цьому, якщо фінансовий консультант співпрацює з кількома страховими компаніями — наприклад, з компаніями, що здійснюють ризикові види страхування (автокаско, медичне страхування) та з компаніями зі страхування життя та банками (кредитними спілками), він має змогу запропонувати клієнтові вибір

3. Брокери. Відповідно до чинного законодавства страховий брокер — це юридична особа чи громадянин, які зареєстровані у встановленому порядку як суб’єкти підприємницької діяльності та здійснюють за винагороду посередницьку діяльність у страхуванні від свого імені на підставі брокерської угоди з особою, яка має потребу у страхуванні як страхувальник. Відповідно до чинного законодавства в Україні страхові брокери — громадяни, зареєстровані у встановленому порядку як суб’єкти підприємницької діяльності, не мають права отримувати

вати та перераховувати страхові платежі, страхові виплати та виплати страхового відшкодування.

Окрім зазначених видів брокерів є ще перестрахові брокери — юридичні особи, які здійснюють за винагороду посередницьку діяльність у перестрахованні від свого імені на підставі брокерської угоди зі страховиком, який має потребу у перестрахованні як перестраховальник.

Фактично, якщо страховий агент є представником інтересів однієї чи кількох страхових компаній, то страховий брокер за функціями відрізняється тим, що спочатку він шукає клієнта, який потребує страхового захисту, а потім пропонує йому варіанти страхування від різних страхових компаній, захищаючи в подальшому інтереси свого клієнта перед страховою компанією як страховий адвокат. Як правило, страховий брокер — це висококваліфікований фахівець у галузі страхування, що має розвинені навички продажу, широкі зв’язки й авторитет серед страховиків та активно працює щодо пошуку і залучення клієнтів до укладання договорів страхування.

4. Інші канали продажу. Сьогодні все більшого розвитку набуває категорія страхових агентів, яка отримала умовну назву “нестрахові посередники”. Це фактично страхові агенти — юридичні особи, які під час надання власних послуг клієнтам укладають з останніми договори страхування. Так, ця діяльність поширена в банках, автосалонах і туристичних фірмах. При цьому, як правило, службовець банку, на якого покладено обов’язок укладання договорів страхування об’єкта застави від імені страхової компанії, отримує не комісію від страховика, а премію від банку за виконання додаткових функцій, а комісію в цілому отримує банк.

До інших каналів продажу належить такий, як продаж через мережу Інтернет (поки що навіть у країнах з розвиненим ринком страхових послуг його частка в загальній реалізації займає не більше 3—5 %). В Україні цей канал не може бути реалізований повною мірою через відсутність правового механізму електронного підпису.

Підготовка аквізиторів. Хоча класифікація нараховує ціле розмаїття аквізиторів за формами співпраці зі страховою компанією, видами страхових продуктів, наборами страхових та

інших фінансових продуктів, проте технологія підготовки аквізиторів до професійного продажу практично єдина. Але перш ніж розглянути технологію, варто врахувати таке.

У страхуванні продавці поділяються на дві умовні групи. Перші — це так звані оформлювачі, або співробітники, що укладають договори страхування під час звернення клієнта за власною ініціативою або з примусу (обов'язкові види страхування, страхування застави за вимогою банку, страхування медичних витрат у разі виїзду за кордон тощо). Їх діяльність фактично не відрізняється від функцій касира.

Другі — це класичні продавці, до функцій яких належить формування профілю ймовірних клієнтів, пошук кандидатів в умовах відкритого ринку, зацікавлення їх у страхуванні, укладання договору страхування, супроводження процесу реалізації договору, надання інформаційно-консультативної допомоги у разі настання страхових випадків та ін. Ці функції потребують переліку певних рис: самоорганізації, волі, комунікабельності, стресостійкості, вміння чути і розуміти клієнта, переконувати його, а також сили витримати багато відмов ймовірних клієнтів на початку своєї професійної діяльності, перед укладенням одного договору страхування, причому не одну-дві, а багато протягом кількох місяців на початку діяльності. Ці обставини є причиною того, що, за даними досліджень, з 20 кандидатів на роботу страховим агентом, які пройшли 16—24-годинний курс “Вступ до страхування”, через місяць залишаються працювати чотири агенти, а через рік лише один. Та все ж цей співробітник результатами своєї діяльності повністю покриває витрати, здійснені страховиком. При ретельному відборі, підготовці та наставництві в окремих компаніях цей відсоток (5 %) вдавалося збільшувати до 18. Ця обставина є серйозним стримувальним фактором до розвитку класичних агентських мереж. Вирішенню цієї проблеми сприяють аналіз і розуміння етапу оволодіння професійними навичками аквізитором: на першому етапі (початкове навчання) у кандидата виникає велике бажання розпочинати практичну роботу, але якщо дати можливість йому самостійно почати працювати з клієнтом — велика ймовірність втратити кандидата через його неготовність. Другий етап — вмільми пояснювальними діями потрібно довести кандидату потребу після отримання початко-

вих теоретичних знань набувати практичних навичок. Третій етап найскладніший — “безгрошів'я”, під час якого більшість спроб кандидата є безрезультатними з огляду на укладання договору страхування. В нормі він триває від трьох до шести місяців, і в цей час найважливішою є роль наставника, який не тільки організовує засвоєння початкових навичок аквізитора-новачка, а й сприятиме отриманню ним комісійної винагороди від спільно укладених договорів страхування. Цей період переходить у наступний після серії самостійно укладених договорів страхування агентом-початківцем (рис. 20.6).

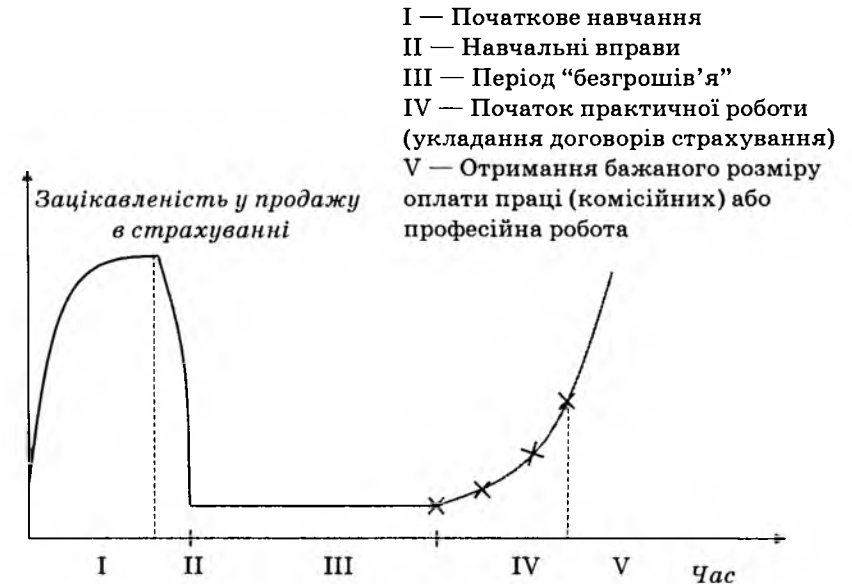


Рис. 20.6. Діаграма оволодіння професійними навичками аквізитором

Технологія продажу. Ефективна систематична діяльність аквізитора неможлива без дотримання певної технології продажу, якою є визначена послідовність дій з метою отримання максимального збору страхових платежів та відповідної мотивації аквізитора. Ця технологія для аквізитора-початківця передбачає низку конкретних заходів його підготовки, які здійснюються в період оволодіння ним професійними навичками.

Вона розрахована на підготовку кандидата для роботи аквізитором, який пройшов попередній відбір у службі персоналу страхової компанії, рекомендований до роботи аквізитором, проте не має базової вищої освіти в галузі страхування (найбільш поширена ситуація). Його підготовка містить 16 кроків.

Технологія продажу на страховому ринку.

1. Складання переліку страхових продуктів на підставі особистих характеристик кандидата: для того, хто раніше працював у банку, — страхування фінансових ризиків; фахівців у сфері автотранспорту або медицини — відповідно автотранспортних ризиків та особистого страхування. Таких продуктів має бути 3—5, і вони мають стати базовими на початку його трудової діяльності в страхуванні.

2. Вивчення кандидатом:

- Закону України “Про страхування”;
- постанов Кабінету Міністрів України про обов’язкові види страхування;
- правил страхування за обраними продуктами;
- типових договорів з обраних видів страхування;
- порядку заповнення анкет і заяв до зазначених договорів страхування;
- інструкції із заповнення полісів.

3. Тестування на рівень засвоєних теоретичних знань. Тест має бути розроблений завчасно фахівцями з кожного виду страхування. При цьому кількість питань має бути значною для з’ясування рівня підготовки кандидата за багатьма суттєвими питаннями. Бажано, щоб за кожним продуктом тести були в уніфікованій формі, наприклад, з максимальною кількістю балів — 100 (10 запитань по 10 балів, або 20 запитань по 5 балів). І якщо після заповнення тесту кандидат отримує, наприклад, 60 і більше балів, він переходить до наступного етапу підготовки. Якщо він набрав 40—60 балів (цифри умовні), то слід продовжити вивчення. У разі, коли кандидат набрав менше 40 балів, треба з’ясувати, чи доцільна подальша його підготовка до роботи страховим агентом.

4. Проведення ділової гри-тренінгу з укладання договору страхування (застрахувати себе від нещасного випадку, автокаско власного автомобіля, виписати поліс цивільно-правової

відповідальності автовласника і т. ін.). Як свідчить практика, агенти-початківці з 10 бланків договорів страхування під час заповнення роблять помилки у 8—9.

5. Складання профілів (характерних ознак) бажаних імовірних клієнтів (10—20 профілів).

6. Конкретизація цільової групи клієнтів (скласти список), яка містить до 100 і більше юридичних і фізичних осіб.

7. Визначення 3—5 пріоритетних клієнтів, тобто тих, з якими має розпочинатись практична робота.

8. Вибір одного клієнта. Це має бути той, згода якого щодо страхування вбачається найбільш ймовірною, незалежно від обсягу отриманих платежів за першим договором страхування (“найпростіший” клієнт).

9. Збирання інформації про клієнта. Етичними джерелами збирання ділової інформації про клієнта — юридичну особу в страхуванні можуть бути:

- зовнішній огляд нерухомості та транспорту;
- дані з преси, рекламних заходів;
- опитування своїх колег по роботі;
- опитування близьких (друзі, знайомі);
- опитування рядових співробітників клієнта (водії, колишні співробітники та ін.);
- опитування постачальників/клієнтів клієнта;
- опитування конкурентів клієнта;
- вивчення продукції клієнта;
- робота по телефону (щодо продукції);
- робота з фахівцями з профспілкової організації;
- робота з фахівцями профільного медичного закладу;
- співбесіда у відділі кадрів;
- участь клієнта у святкових подіях (професійне свято, інші корпоративні заходи);
- відвідання виставок з експозицією клієнта;
- співбесіди з фахівцями громадських корпоративних організацій;
- інші.

Ця робота, як вважають фахівці-практики, є важливою, і в підготовці до переговорів зі значним клієнтом вона може займати до 50 % часу.

10. Відбір одного (максимум трьох) видів страхування.

11. Підготовка проекту пропозиції.

12. Узгодження проекту пропозиції з наставником і внесення відповідних коректив.

13. Проведення серії з трьох видів ситуативно-рольових ігор.

Ситуативно-рольова гра — це моделювання реальної ситуації з проведення переговорів з клієнтом щодо укладання договору страхування. Умови ефективного проведення ситуативно-рольової гри такі.

У грі беруть участь два учасники — продавець-наставник та продавець-початківець. Початківець описує наставнику ситуацію, в якій мають відбутись майбутні переговори, використовуючи для цього заздалегідь зібрану інформацію про клієнта. При цьому зазначаються місце зустрічі, психотип клієнта, його особиста характеристика та інші отримані відомості. Якщо таких відомостей замало — вони формуються з уявлень учасників. Головне, щоб ці умови якнайбільше відповідали ситуації очікуваних переговорів. Важливо розуміти, що коли не змоделювати цих умов — ефективність підготовки початківця зводиться нанівець (“гра без правил”). У процесі гри початківець відпрацьовує навички роботи в реальній ситуації (виконує власну роль на переговорах), а наставник виконує роль клієнта відповідно до отриманої інформації.

Перший вид гри “*Допитливий клієнт бажає застрахуватись*”. Мета цієї гри — в практичній ситуації оцінити рівень теоретичних знань початківця стосовно страхового продукту і пропозиції зі страхування в цілому, відзначити ті питання, на які початківець не зміг дати кваліфікованої відповіді, або дав неточні, неповні, невпевнені пояснення. Гра триває не більше 5 хвилин. При цьому кожен з учасників робить помітки для спільного аналізу і відповідних висновків після завершення гри.

Другий вид гри “*Клієнт сумнівається*”. Мета цієї гри — прищепити початківцю навички слухати і розуміти співрозмовника (клієнта), встановлювати причини сумнівів, діагностувати суть заперечень, а також за допомогою точної, лаконічної, кваліфікованої аргументації спочатку зацікавити клієнта суттю пропозиції, донести до нього потрібну інформацію і, в

результаті, досягти прийняття клієнтом рішення щодо укладання договору страхування.

Третій вид гри “*Агресивний клієнт*”, або “*Агресивний співрозмовник на боці клієнта*”. Мета цієї гри — набуття початківцем навичок працювати під час напружених переговорів, розвинути його стійкість до роботи в умовах стресової ситуації, керувати власним емоційним станом і процесом переговорів, конструктивно вести бесіду й уникати суперечок.

Суперечка — це словесне змагання співрозмовників з метою відстояти власну позицію або нав’язати її опоненту. У ділових переговорах у більшості випадків суперечка є небажаною і деструктивною. І навіть у разі перемоги в суперечці продавець не отримає бажаного результату (згоди на страхування), а “поразка” викличе у клієнта відразу до подальших переговорів. У разі ж активного нав’язування клієнтом суперечки єдиним видом суперечки, що може привести до позитивного результату, є переведення її в русло “Разом до мети!”, коли змагання співрозмовників зусиллями продавця переводяться в змагання “Ми разом проти проблеми клієнта”. (Інші поширені види суперечок — “війна фактів”, “а я ще й це знаю...”, “гра на публіку...”, “а поговорити?!”.)

14. Домовитись про зустріч із клієнтом, як в очному спілкуванні, так і по телефону. Варто враховувати, що проведення переговорів з укладання договору страхування по телефону є малоефективним і початківцям категорично не рекомендується. Причини такі: по телефону клієнту набагато простіше відмовити на пропозицію продавця; продавець обмежений у використанні засобів невербального спілкування; виключається можливість продемонструвати хід розрахунків, графіків тощо.

15. Проведення зустрічі. Перші зустрічі проводяться початківцем обов’язково в присутності наставника. При цьому основну роль на зустрічі виконує наставник, поступово, з часом, на подальших зустрічах передаючи ініціативу початківцеві.

16. Складання матриці аналізу. Обов’язковою умовою результативної підготовки продавця є аналіз проведених переговорів за такою матрицею.

2. Чи вдалось досягти мети і що було вдалим на переговорах?	3. Які форми, методи, аргументи ще потрібно було б використати?
1. Чи відбулись заплановані переговори з клієнтом?	4. Висновки

Метою застосування цього методу аналізу є постійне підвищення кваліфікації продавця шляхом пошуку додаткових резервів у власній роботі, визначення й оцінка вдалим і помилкових власних дій, розвиток вміння відслідковувати хід переговорів, вміння “читати дії клієнта” і підготовка до ефективних дій на майбутніх переговорах.

Важливим є усвідомлення продавцем, що за будь-якого варіанта розвитку і завершення переговорів “Безрезультатних переговорів не буває!”. Навіть “невдалі переговори” можуть мати позитивні результати, наприклад, з клієнтом — юридичною особою:

- збирання додаткової інформації про клієнта;
- встановлення зв'язків із впливовими посадовими особами — працівником фінансового підрозділу, секретарем-референтом керівника, фахівцем-експертом, тобто завідувачем автоспостроєння при страхуванні транспортних ризиків, головним інженером при страхуванні нерухомості та техногенних ризиків тощо;
- актуалізація потреб певного підприємства в страхуванні;
- отримання інформації стосовно страхових продуктів конкурентів у разі, якщо клієнт вже має один чи кілька договорів страхування з іншою компанією;
- відпрацювання власних навичок ділової комунікації продавцем;
- виявлення власних упущень чи помилок у процесі переговорів;
- доведення маркетингової інформації до клієнта як заділ на майбутні контакти.

Крім зазначеного, важливе розуміння того, що один фінансовомісткий договір страхування укладається початківцем, як правило, з 15—20-ї спроби, а досвідченим фахівцем — з 3—5-ї. Це означає, що за кожної спроби продавець умовно заробляє

від 1/20 до 1/3 частини комісійної винагороди з договору, що буде укладено згодом, а отримує зароблене після укладання цього договору.

Отже, дотримання технології продажу, що складається з наведених 16 кроків, є основним методом і підготовки продавця, і досягнення бажаного результату в роботі. Проте, з огляду на це, виникають питання стосовно виконання технології (дотримання процедури) продажу в страхуванні:

1. Скільки зустрічей має проводити продавець протягом одного дня? Однозначної відповіді бути не може, тому що і профілі клієнтів, і характер ризиків у кожній ситуації різні. Так, у разі реалізації полісів “Зеленої карти” в прикордонній зоні протягом робочого дня їх може бути реалізовано до 40 і більше, в медичному страхуванні одним договором, підготовка якого довготривала, може бути застраховано кілька сотень і більше осіб. А при страхуванні великого промислового об'єкта підготовка і укладання одного договору страхування можуть тривати кілька місяців. Проте в середньому один продавець протягом робочого дня в місті має проводити три зустрічі в день з клієнтами — юридичними особами, а при роботі в сільській місцевості чи приватному секторі (страхування нерухомості, домашнього майна, худоби) — 25—30 переговорів. Як свідчить практика, за таких умов у сільській місцевості за день укладається 5—6 договорів страхування.

2. Чи кожна зустріч і бесіду з клієнтом можна назвати переговорами? Однозначно ні. У більшості випадків спочатку продавець має познайомитись, представитись ймовірному клієнтові, повідомити про характер своєї роботи і запропонувати зустріч для обговорення цієї теми. На практиці початкове знайомство називається “зустріччю”. Надалі, у разі позитивної відповіді, під час другої зустрічі продавець проводить власне переговори, які називаються “презентацією”. За даними фахівців-практиків, є таке співвідношення (табл. 20.3).

Ці дані свідчать про те, що фактично один договір страхування укладається в середньому в результаті від 6 до 37 ділових контактів з ймовірними клієнтами.

3. Чи варто припиняти подальші стосунки з клієнтом після першої відмови? Відповідь — у нормах ефективності переговорів за Ф. Беттджером (табл. 20.4).

Таблиця 20.3. Співвідношення кількості зустрічей та презентацій з кількістю укладених страхових договорів

Дослідник	Кількість зустрічей	Кількість презентацій	Укладені договори
Ф. Беттджер ¹ (на початку кар'єри)	37	—	Один укладений договір страхування
Ф. Беттджер (на вершині кар'єри)	3	3	
С. Шиффман ²	20	5	
І. Рибкін ³	10	3	

Примітка:

¹ Беттджер Ф. Удачливый торговец. — М.: Гранд, 1997.

² Шиффман С. Техники холодных звонков. — М.: Тип. "Новости", 2004.

³ Рибкін І. Продаем при личной встрече. (А також "Управляем контактом с клиентом", "Ищем клиента "входную" и по рекомендациям" и др.). — М.: Ин-т общегуманит. исслед., 2005.

Таблиця 20.4. Норми ефективності переговорів за Ф. Беттджером

Кількість зустрічей з одним ймовірним клієнтом при його відмові від страхування	Дії продавця і результат	
	Припинення подальших стосунків з ймовірним клієнтом, % продавців	Обсяг доходів, %
Одна	48	20
Дві	25	
Три	12	
Чотири	5	
П'ять і більше	10	80

З цієї інформації можна зробити висновок, що припинення контактів після першої відмови ймовірного клієнта — груба помилка, якої припускаються 48 % продавців.

4. Якщо за кожним із фінансових договорів страхування потрібно відпрацювати повний цикл технології, що складається з 16 кроків, як може вистачити часу для потрібної кількості переговорів?

Справа в тому, що з 16 кроків технології продажу в страхуванні більшість з них досить здійснити лише один раз, а згодом лише доповнювати, що не потребує значного часу. Так, вибір страхових продуктів, вивчення нормативної бази, тестування, складання профілів клієнтів, ситуативно-рольові ігри "Допитливий клієнт бажає застрахуватись" і "Агресивний клієнт" та деякі інші проводяться одноразово, з подальшим епізодичним повторенням у процесі підготовки в системі позашкільного корпоративного навчання. Фактично близько 50 % часу підготовки до переговорів з клієнтом — юридичною особою витрачається на збирання інформації про клієнта, з яким готується зустріч.

Важливим у процесі підготовки аквізиторів є *аналіз характерних рис продавця-початківця і кваліфікованого фахівця з продажу*:

Характерні риси продавця-початківця
Доходи нерівномірні, з періодами довготривалих спадів у надходженнях
Метушливий пошук "вигідних, великих" клієнтів, надія на успіх;
Довготривалі пошуки клієнтів навмання, без належної особистої підготовки і попереднього вивчення ймовірного клієнта
Багато часу проводить в офісі
Елементи виправдання невдач зовнішніми причинами
Відсутність аналізу проведених переговорів (як вдалих, так і "невдалих")
Характерні риси кваліфікованого продавця
Знає план особистого продажу як мінімум на найближчі 3 міс.
Розходження між планом і фактом продажу в межах 5—10 %
Цінує своїх клієнтів набагато більше, ніж страхову компанію
Добре знає страхові продукти і розглядає їх з позиції клієнта, обізнаний з основними подіями на страховому ринку, стежить за діяльністю інших страховиків
Володіє діловою акуратністю і вимогливістю
Харизматичний (впливовий)
Завжди має резерв реальних клієнтів

Ставиться до клієнтів з повагою, з багатьма приятелює, але без фамільярності
Не робить “трагедії”, якщо клієнт іде від нього, проте обов’язково намагається встановити причину втрати
“Гроші будь-якою ціною” — не його принцип. Має чітко поставлені цілі у роботі
Уважно стежить за процесом страхових виплат у компанії
Бере активну участь в організації виплат своїм клієнтам, навіть на збиток новому продажу
Ретельно готується до переговорів з клієнтом
Постійно збирає актуальну для його діяльності інформацію

Заперечення в страхуванні. Одним із найважливіших методів досягнення позитивного результату в переговорах з клієнтом є опрацювання заперечень. *Заперечення* — це заява ймовірного клієнта аквізиту про незгоду страхуватись із поясненням або без пояснення причин цієї незгоди. Фактично це ознака сумніву клієнта в: а) доцільності застосування цієї форми захисту власних майнових інтересів; б) наявності балансу між вартістю (страховим платежем), рівнем ризику і очікуваним відшкодуванням; в) надійності страховика; г) оптимальності пропозиції порівняно з іншими ринковими пропозиціями та ін.

Практично жодні переговори не проходять без заперечень. Більше того, в процесі одного “раунду” переговорів продавець може почути від клієнта кілька серій заперечень, і якщо хоча б одне з них не буде належним чином опрацьоване продавцем — результат роботи з укладання договору страхування в більшості випадків зводиться нанівець.

Хоча страхування в історії людства й існує близько 5 тис. років, проте фактично воно нараховує не більше 25 типів заперечень, які поділяються на чотири групи:

- 1) заперечення страхуванню як інституту захисту майнових інтересів;
- 2) заперечення страховій компанії, інтереси якої представляє продавець;
- 3) заперечення умовам конкретного страхового продукту;
- 4) заперечення самому продавцю.

Приклади цих заперечень наводяться в табл. 20.5.

При запереченні клієнта продавець насамперед має з’ясувати, чому власне заперечує клієнт, і лише після цього опрацьовувати заперечення чи фактично спростувати сумніви, що виникли. Слід зауважити, що є ще одна група заперечень, які не вказують прямо на причину відмови (незгоди). Такими запереченнями є, наприклад: “Це мені не потрібно!” (не зрозуміло, що саме не потрібно — страхування, цей страховий продукт чи визначений у продукті перелік ризиків, які страхуються?); “Залиште пропозицію, ми розглянемо і зателефонуємо...”; “Мені все зрозуміло, але треба ще обговорити з колегами...” та ін. Вони потребують з боку продавця додаткового обговорення та уточнення, а далі спростування.

Діагностувати заперечення треба за такими шістьма групами¹:

- 1) опір змінам;
- 2) опір насиченню;
- 3) опір ціні та витратам;
- 4) опір емоціям;
- 5) опір умовам продукту;
- 6) опір негативного досвіду.

На практиці підготовка продавця до результативного опрацювання заперечень клієнтів під час переговорів повинна відбуватися:

- 1) у процесі ситуативно-рольових ігор, під час яких формується перелік найбільш ймовірних заперечень і форм їх подання (залежно від психотипу клієнта, його емоційного стану, умов ситуації та ін.);
- 2) у процесі самостійної підготовки продавця до переговорів (аналітичної гри щодо формування переліку заперечень і пошуку ефективних відповідей на них);
- 3) шляхом завчасної розробки продукт-менеджерами страховика (фахівцями, що відповідають за реалізацію конкретного страхового продукту в компанії) та маркетингологами відповідних рекомендацій;
- 4) у процесі щотижневих занять у системі корпоративного навчання, коли учасники визначають найбільш складні для

¹ Шнаппауф Р. Практика продаж. — М.: Інтерексперт, 1998.

Таблиця 20.5. Приклади заперечень

Заперечення			
страхуванню	страховій компанії	умовам страхового продукту	продавцю як людині
<ul style="list-style-type: none"> • Я в це не вірю! • Я захищу себе сам у разі потреби! • Я страховикам не вірю! • Зі мною нічого не трапиться! • Поверніть спочатку гроші з Держстраху! • Ваша бюрократія мене замучить! • Я не хочу наврочити! 	<ul style="list-style-type: none"> • А я не знаю вашу компанію! • Я вже застрахований! • Нас примушують страхуватись в іншій компанії. • А ваша компанія моєму знайомому не виплатила! • А чим ви доведете, що ви виплачуєте? 	<ul style="list-style-type: none"> • Це дорого! • У мене немає таких грошей! • Добре, але прийде через кілька місяців! • Високий тариф! • Висока франшиза! • Ви посилаетесь на прайвила, а я їх не бачив! • Я бачу, що в договорі всі винятки на вашу користь!? 	<ul style="list-style-type: none"> • А хто у вас займається страхуванням вантажів? (наприклад) • А де ваш офіс? • А хто у вас директор? • Чому я вам повинен довіряти? • Знаєте, тут багато всіляких агентів ходить! • А де я вас буду шукати, коли щось трапиться?

Маркетинг у страховій діяльності

обробки заперечення з боку клієнта, а потім методами мозкового штурму, дискусії, варіативного прогнозування та ін. формують набір оптимальних аргументів.

Процес переговорів складається з певної послідовності етапів (табл. 20.6). Важливо дотримуватись рекомендації стосовно того, що в більшості випадків тривалість переговорів не повинна бути більше 30—40 хв, навіть якщо клієнт і бажає продовжити розмову на теми, що не стосуються страхування. Це загальноприйняті умови ділового етикету, а також раціональне використання власного робочого часу з боку продавця.

Таблиця 20.6. Етапи переговорів

№	Етап
1	Перше враження, яке справляє продавець на клієнта. Його орієнтовна тривалість — у межах 15 с
2	Встановлення первинного позитивного міжособистісного психологічного контакту між продавцем і клієнтом — до 2 хв
3	Презентація страхового продукту — до п'яти хвилин. В процесі її продавець дає привабливе пояснення суті пропозиції, шляхом опитування і цільової, ефектної аргументації розвиває у клієнта інтерес до пропозиції, дає належні пояснення і пропонує укласти договір страхування. В більшості випадків нормальною реакцією ймовірного клієнта є відмова, яка виражається в одному, кількох чи серії заперечень
4	Обробка заперечень (до 15 хв). Це один із двох найважливіших етапів переговорів. Під час цього етапу: а) першим завданням продавця є розвинути дискусію з клієнтом, навіть якщо з його боку йде серія заперечень; б) другим завданням — пройти пік напруги заперечень, навіть якщо вони містять елементи обурення. Спокійною реакцією, впевненістю в доцільності пропозиції для захисту інтересів клієнта, вмілим керуванням емоційним станом переговорів досягти ставлення клієнта, яке можна висловити таким уявним запитанням клієнта до самого себе: "Я йому висловив скільки заперечень, кілька разів заявив, що це мені непотрібно, а він так впевнено і наполегливо продовжує пропонувати — може я чогось не розумію?!" Після чого слід продовжувати опрацювання наступних заперечень клієнта
5	Перед переходом до завершальної частини переговорів у формі підбиття підсумків варто повторити кілька посередніх характеристик запропонованого страхового продукту, після

Закінчення табл. 20.6

№	Етап
	чого відзначити вказані клієнтом недоліки в пропозиції (наприклад, “високий тариф”, “великий перелік виключень зі страхового покриття”, “складний процес підготовки документів при настанні страхового випадку” тощо). Повторно дати аргументовану відповідь стосовно цих недоліків. На завершення — подати серію найобґрунтованіших аргументів щодо пропозиції, яка і має привести до бажаного результату
6	Завершальна частина переговорів. Головне — уникати “закритих” питань до клієнта, які передбачають відповідь “так” чи “ні”. Ці запитання формують такі варіанти можливої відповіді клієнта: “Так, я все зрозумів, але це мені не потрібно!”; “Мені все зрозуміло, але нам потрібно порадитись...” та ін. Потрібно запропонувати клієнту вибір, дати варіанти умов у договорі страхування, переконати клієнта в тому, що пропозиція є доцільною і рішення страхуватись є не емоційним, а виваженим, усвідомленим і добре аргументованим. Слід довести, що з моменту укладання договору страхування в добробуті клієнта (відсутності страхової події) матеріально зацікавлена і страхова компанія. Клієнт у будь-який час може звернутися за порадою, консультацією, а при укладанні договору страхування за іншим об’єктом страхування отримує право на пільгові умови як постійний клієнт

Висновки

1. Страховий маркетинг — це комплекс заходів, спрямованих на формування та постійне вдосконалення діяльності страхової компанії, а саме: розробка конкурентоспроможних страхових продуктів (послуг) для конкретних категорій споживачів (страхувальників); впровадження раціональних форм реалізації цих продуктів за належного сервісу та реклами; збирання та аналіз інформації щодо ефективності діяльності страховика.

2. Ефективність діяльності страховика в процесі виведення на ринок та подальшого продажу на ньому страхового продукту значною мірою залежить від ефективно побудованої марке-

тингової стратегії. Маркетингова стратегія зводиться до аналізу стану ринку, потенційної та наявної клієнтури страхової організації, сегментації ринку та розробки ефективного комплексу маркетингу.

3. Комплекс маркетингу на страховому ринку розглядається як набір контрольованих змінних маркетингу, сукупність яких може використовувати компанія для досягнення бажаної реакції цільового ринку. Традиційно контрольовані змінні маркетингу описуються формулою “4P”, яка складається з товару, ціни, каналів розподілу та маркетингових комунікацій (*product, price, place, promotion*). Враховуючи особливості страхової послуги як товару, для впливу на поведінку споживача треба використовувати не чотири традиційні функціональні змінні маркетингу, а сім. Модель “4P”, доповнена ще трьома змінними — процес (спосіб надання послуги), матеріальне середовище та персонал (*process, physical evidence, people*) та має назву “7P”.

4. Страховий продукт — це виконання комплексу цивільно-правових зобов’язань договірних сторін із захисту майнових інтересів страхувальника в разі настання страхових випадків. Унікальність страхового продукту визначається цілою низкою обставин і притаманних йому специфічних рис.

5. Життєвий цикл страхового продукту має такі етапи: виведення страхового продукту на ринок, етап зростання, етап зрілості, спад.

6. Канал збуту на страховому ринку — спосіб доступу до страхової послуги. Основними каналами збуту страхових послуг є агенти, брокери, що працюють незалежно від страховиків; штатні працівники страхових організацій; туристичні агентства; комерційні банки; директ-маркетинг; страхові магазини.

7. Просування об’єднує багато видів діяльності, серед яких виокремлюють: рекламу в ЗМІ, заходи зі стимулювання продажу — *sales promotion*, діяльність із формування позитивної громадської думки — *public relations*, пошук та утримання клієнта, відновлення зв’язків між продавцем та покупцем продукту — *direct marketing*.

8. Продаж у страхуванні — це процес пошуку, підготовки та укладання договору страхування аквізитором від імені та за

дорученням страхової компанії, в межах наданих лімітів за видами страхування і страхових сум, що можуть бути взяті на страхування, на підставі чинного законодавства, розроблених страховиком правил та типових договорів страхування (полісів).

9. Ефективна систематична діяльність аквізителя неможлива без дотримання певної технології продажу, якою є визначена послідовність дій з метою отримання максимального збору страхових платежів та відповідної мотивації аквізителя. Ця технологія для аквізителя-початківця передбачає низку конкретних заходів його підготовки, які здійснюються в період оволодіння ним професійними навичками.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Страховий маркетинг; маркетингова стратегія; комплекс маркетингу на страховому ринку; сегментація ринку; позиціонування; страховий продукт; життєвий цикл товару; ціна страхового продукту; канал збуту; просування, реклама; аквізитор; аквізиція; продажі в страхуванні; заперечення; страховий агент; страховий брокер; перестраховий брокер.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Дайте визначення поняття маркетингу в страховій діяльності.
2. Сформулюйте функції страхового маркетингу.
3. Дайте характеристику маркетингової стратегії страхової організації.
4. Визначте структуру страхового продукту, обґрунтуйте його особливості.
5. Які фактори можуть зумовити необхідність розробки нового страхового продукту?

6. Назвіть фази життєвого циклу страхового продукту.
7. Які канали збуту страхових продуктів (послуг) вам відомі?
8. Проаналізуйте рекламу, яку використовують українські страховики. Яка запам'яталась найбільше? Чому?
9. Що є продуктом діяльності аквізителя?
10. У чому відмінність і тотожність між страховим агентом і страховим брокером?
11. З яких кроків складається технологія продажу в страхуванні?
12. Що таке ситуативно-рольові ігри в підготовці аквізителя? Які є їх основні види і яка мета кожного з них?
13. Організуйте ситуативно-рольову гру "Допитливий клієнт бажає застрахуватись" за авто-каска в умовній страховій компанії.
14. Проведіть аналітичну ділову гру "Найскладніші заперечення клієнта страхуванню як такому і аргументи щодо їх опрацювання".
15. Комплекс маркетингу в страховій діяльності повинен складатися з:
 - а) "4Р";
 - б) "7Р".
16. Чи правильним є твердження про те, що на страховому ринку обирають сегмент, що має найбільші обсяги продажу:
 - а) так;
 - б) ні?
17. Створення лояльності споживачів є одним з головних завдань страхової компанії на такому етапі життєвого циклу страхового продукту:
 - а) впровадження;
 - б) зростання;
 - в) зрілість.
18. Чи згодні ви з твердженням, що реклама на страховому ринку повинна відрізнятися від реклами на інших ринках:
 - а) так;
 - б) ні?
19. Виберіть з наведеного нижче характеристики страхової послуги:
 - а) нематеріальна;

- б) невіддільна від джерела;
- в) має непостійну якість;
- г) всі зазначені вище.

20. Громадяни або юридичні особи, які діють від імені та за дорученням страховика і виконують частину його страхової діяльності за винагороду на підставі договору-доручення зі страховиком, називаються:

- а) страхові агенти;
- б) страхові брокери.

Література

1. *Зубець А.Н.* Страховой маркетинг в России: Практ. пособие. — М.: Центр экономики и маркетинга, 1999. — Т. 1. — 338 с.
2. *Зубець А.Н.* Маркетинговые исследования страхового рынка. — М., 2001. — 314 с.
3. *Котлер Ф.* Маркетинг-менеджмент. — СПб.: Питер-Ком, 1999. — 896 с.: ил. — (Теория и практика менеджмента).
4. *Охріменко О.О.* Страховий захист: менеджмент, маркетинг, економіка безпеки (туристське підприємництво): Навч. посіб. — К.: Міжнар. агенція “BeeZone”, 2005. — 416 с.
5. *Песоцкая Е.В.* Маркетинг услуг. — СПб.: Питер, 2000. — 160 с.: ил. — (Краткий курс).
6. *Страхование. Теория и практика: Учеб. пособие для студ. вузов, обучающихся по специальностям (080105) “Финансы и кредит”, (080109) “Бухгалтерский учет, анализ и аудит” / Н.Н. Никулина, С.В. Березина. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ЮНИТИ — ДАНА, 2007. — 511 с.*
7. *Страховання: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — 599 с.*

Частина ІХ

АКТУАРНІ РОЗРАХУНКИ

Розділ 21. Моделі індивідуальних позовів.

Розділ 22. Моделі процесу позовів.

Розділ 23. Модель індивідуального ризику.

Розділ 24. Моделі тривалості життя.

Розділ 25. Страхування життя.

Розділ 26. Модель колективного ризику.

Розділ 27. Динамічна модель банкрутства.

Розділ 28. Зменшення ризику за допомогою перестраховання.

Угоди страхування укладаються з метою, уникнення фінансових втрат, пов'язаних з невизначеністю появи тих чи інших випадкових подій. До укладання угоди страхування клієнт мав деякий ризик, який міг призвести до випадкових фінансових втрах X (а міг і не призвести). Після укладання угоди страхування, сплативши деяку невідповідну суму r , клієнт уникнув цього ризику. Але сам ризик не зник — його взяла на себе страхова компанія. Тому фінансовий ризик і пов'язана з ним небезпека банкрутства об'єктивно наявні у діяльності будь-якої страхової компанії. Оцінка цього ризику необхідна страховим компаніям для прийняття важливих рішень.

Проблема фінансової стійкості страхової компанії — одна з найважливіших у страхуванні. У межах актуарної математики розроблені моделі та методи оцінки фінансових ризиків у діяльності страхових компаній. Математичною базою цього є теорія ймовірностей та математична статистика.

У цій частині підручника розглянуті моделі процесу позовів, індивідуальних ризиків, тривалості життя та страхування життя, методи точного та наближеного аналізу сумарного позову для моделей індивідуального та колективного ризиків, досліджено моделі банкрутства, введено основні величини, які характеризують фінансову стійкість страхових компаній, досліджено вплив угод перестрахування на зменшення ризику. Також обчислено оцінки ймовірностей банкрутства провідних страхових компаній України.

Розділ 21

МОДЕЛІ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПОЗОВІВ

21.1. Дискретні моделі індивідуальних позовів.

21.2. Структуровані моделі індивідуальних позовів.

21.3. Неперервні моделі індивідуальних позовів.

21.4. Рандомізація розподілів.

21.5. Моделювання спеціальних умов угод страхування.

Елементарною складовою фінансового ризику страхової компанії є індивідуальний позов. Залежно від ситуації іноді під індивідуальним позовом розуміють будь-який конкретний позов, а іноді — позов, породжений однією страховою угодою. У деяких випадках (наприклад, при страхуванні життя) угода може призвести тільки до одного позову. В інших прикладах (скажімо, при страхуванні автомобілів) одна угода за час своєї дії може спричинити декілька позовів. Тому теорія ризику починається з побудови моделей для індивідуальних позовів. У межах теорії ризику цікавляться лише розміром індивідуального позову X , виміряного в певних грошових одиницях.

Щодо величини позову, пов'язаного з окремою конкретною угодою, не можна сказати нічого певного, крім констатації факту, що позов або буде подано, або не буде. Однак, якщо ми маємо справу з великою однорідною групою угод і не цікавимося долею конкретних угод з цієї групи, то перебуваємо у межах теорії ймовірностей як науки про масові випадкові явища, які мають властивість стійкості частот. Відповідно, можна говорити про величину позову X як про випадкову.

Випадкові величини, які описують індивідуальні позови, не є абсолютно довільними, а мають певні властивості. У процесі розвитку актуарної математики було виділено основні типи випадкових величин, які адекватно описують розміри індивідуальних позовів до страхової компанії.

21.1. Дискретні моделі індивідуальних позовів

У найпростіших схемах страхування індивідуальний позов X набуває скінченного числа дискретних значень $b_0 = 0, b_1, \dots, b_n$ з деякими ймовірностями p_0, q_1, \dots, q_n ($p_0 + \sum_{i=0}^n q_i = 1$). Наприклад, у разі страхування життя на один рік клієнт виплачує страховій компанії певну суму (премію), а компанія зобов'язується у випадку смерті застрахованого протягом року виплатити його нащадкам b грошових одиниць (і не платить нічого, якщо застрахований доживе до кінця року). Для цього виду страхування індивідуальний позов набуває двох значень: 0 та b з деякими ймовірностями p і $q = 1 - p$. У наших позначеннях $p_0 = p, q_1 = q$. Таким чином, q — це ймовірність смерті людини протягом найближчого року. Зрозуміло, що вона залежить від віку x застрахованого на момент укладання угоди. Цю ймовірність прийнято позначати q_x ; її значення наводяться у таблицях тривалості життя.

Більш складною є угода страхування, яка враховує причину смерті. Розглянемо найпростіший випадок. Людина сплачує страховій компанії певну суму, а компанія зобов'язується виплатити нащадкам застрахованого суму b_1 у випадку загибелі застрахованого протягом року від нещасного випадку (наприклад, автомобільної катастрофи) та суму b_2 у випадку смерті застрахованого протягом року від “природних причин”. Як правило, $b_1 > b_2$. Для цього виду страхування індивідуальний позов X набуває трьох значень: $0, b_1, b_2$ з деякими ймовірностями p, q_1, q_2 . Якщо вік застрахованого на момент укладання угоди дорівнює x років, то ймовірності q_1, q_2 пов'язані з раніше згаданою ймовірністю q_x очевидним співвідношенням: $q_1 + q_2 = q_x$.

Для практичних розрахунків важливими є також такі числові характеристики індивідуального позову X , як середнє $m_x = MX$, дисперсія $DX = MX^2 - (MX)^2$, середнє квадратичне відхилення $\sigma_x = \sqrt{DX}$ та коефіцієнт варіації $c_x = \frac{\sigma_x}{m_x}$. Відповідно до загальних формул для дискретної випадкової величини, можна записати: $MX = \sum_{i=1}^n b_i q_i$ та $MX^2 = \sum_{i=1}^n b_i^2 q_i$.

Для першого прикладу: $m_x = bq, DX = b^2 pq, \sigma_x = b\sqrt{pq}, c_x = \sqrt{\frac{p}{q}}$.

Для другого прикладу: $m_x = b_1 q_1 + b_2 q_2,$

$$DX = b_1^2 q_1 (1 - q_1) + b_2^2 q_2 (1 - q_2) - 2b_1 b_2 q_1 q_2,$$

$$\sigma_x = \sqrt{b_1^2 q_1 (1 - q_1) + b_2^2 q_2 (1 - q_2) - 2b_1 b_2 q_1 q_2},$$

$$c_x = \frac{\sqrt{b_1^2 q_1 (1 - q_1) + b_2^2 q_2 (1 - q_2) - 2b_1 b_2 q_1 q_2}}{b_1 q_1 + b_2 q_2}.$$

Приклад 21.1. Нехай страхова компанія виплачує нащадкам у випадку смерті клієнта від нещасного випадку $b_1 = 10\,000$ грн, а у випадку смерті від “природних причин” $b_2 = 5000$ грн. Ймовірність смерті протягом року від нещасного випадку $q_1 = 0,004$, а ймовірність смерті протягом року від “природних причин” $q_2 = 0,01$. Підрахуємо основні числові характеристики індивідуального позову:

$$m_x = 10\,000 \cdot 0,004 + 5000 \cdot 0,01 = 90 \text{ (грн)},$$

$$MX^2 = 10^8 \cdot 0,004 + 25 \cdot 10^6 \cdot 0,01 = 650\,000,$$

$$DX = 650\,000 - 8100 = 641\,900; \sigma_x \approx 801,19; c_x = \frac{801,19}{90} \approx 8,90.$$

21.2. Структуровані моделі індивідуальних позовів

Для зручності роботи з випадковою величиною індивідуального позову X допускається її структурування. Наприклад, у розглянутих вище моделях страхування життя природно записати величину X як добуток $X = I \cdot Y$, де випадкова величина I дорівнює 1 або 0 відповідно до того, чи відбувся чи страховий випадок, а величина Y описує розмір страхової виплати у випадку, коли позов дійсно було подано. Зрозуміло, що величина X є індикатором події $X > 0$:

$$I = \begin{cases} 1, & \text{якщо } X > 0, \\ 0, & \text{якщо } X = 0. \end{cases}$$

Таким чином, $P(I=0) = P(X=0) = p_0$, $P(I=1) = 1 - P(X=0) = 1 - p_0$.

Розподіл випадкової величини Y буде мати такий вигляд:

$$P(Y = b_i) = P(X = b_i / X > 0) = \frac{P(X = b_i)}{P(X > 0)} = \frac{q_i}{1 - p_0}, \quad i = 1, 2, \dots, n.$$

Аналогічно через умовні ймовірності можна підрахувати розподіл X через розподіл Y та розподіл індикатора I . Очевидно, що $P(X=0) = P(I=0)$. Далі для $b_i > 0$ $P(X = b_i) = P(Y = b_i / I = 1) \cdot P(I = 1)$. Оскільки розподіл позову, що був дійсно поданий, завжди розглядається за умови, що $I = 1$, можна записати:

$$P(X = b_i) = P(Y = b_i) \cdot P(I = 1).$$

Для прикладу 21.1 $P(I=1) = q_1 + q_2 = 0,014$, $P(I=0) = 1 - 0,014 = 0,986$.

$$P(Y = 10\,000) = \frac{0,004}{0,014} = 0,286; \quad P(Y = 5000) = \frac{0,010}{0,014} = 0,714.$$

Таким чином для дослідження розподілу індивідуального позову можна задавати розподіл величини позову Y , що був дійсно поданий, та розподіл індикатора цієї страхової події.

У деяких видах страхування одна угода може призвести до декількох позовів протягом своєї дії. Типовим прикладом є страхування автомобілів. У цьому випадку природно записати величину X у вигляді суми

$$X = Y_1 + Y_2 + \dots + Y_v,$$

де випадкова величина v описує кількість позовів, породжених цією угодою за час її дії, а випадкові величини Y_i описують величини позовів, що були дійсно подані.

Зазвичай припускають, що в останній моделі випадкові величини Y_1, Y_2, \dots та v є незалежними, хоча більш детальний аналіз низки випадків свідчить про залежність. Наприклад, після ремонту автомобіль має більше шансів потрапити в аварію, а її наслідки можуть бути тяжчими.

Якщо випадкові величини Y_1, Y_2, \dots та v — незалежні, а Y_1, Y_2, \dots — однаково розподілені, то

$$MX = Mv \cdot MY_1, \quad DX = Mv \cdot DY_1 + Dv \cdot (MY_1)^2. \quad (21.1)$$

Формули (21.1) буде доведено у розділі 26 (формули (26.5) та (26.6)). З цих формул можна отримати корисні результати для структурованих моделей $X = I \cdot Y$:

$$MX = MY \cdot P(I=1), \quad DX = DY \cdot P(I=1) + (MY_1)^2 \cdot P(I=1) \cdot P(I=0).$$

Опис індивідуального позову за допомогою структурованих моделей зручний тим, що дає змогу розділити вплив різних факторів на величину позову від цієї угоди. Як правило, на частоту настання страхових випадків, що описується величинами I та v , впливають одні фактори, а на величину позову, що був дійсно поданий і описується змінною Y , зовсім інші.

Можливі й інші форми структурування величини позову, пов'язаного з однією угодою страхування. Наприклад, величину позову X у разі автомобільної катастрофи можна представити у вигляді $X = I \cdot (Lb_1 + b_2)$, де I — індикатор події “відбулась катастрофа”, L — кількості пасажирів у автомобілі, b_1 — величина страхової виплати на одну людину, b_2 — величина страхової виплати за автомобіль.

21.3. Неперервні моделі індивідуальних позовів

Оскільки індивідуальний позов X завжди має атом у нулі, тобто з ймовірністю, досить близькою до одиниці, дорівнює 0, то, говорячи про неперервну модель індивідуального позову, мають на увазі, що неперервний розподіл має величина позову Y , який був дійсно поданий. Випадкова величина Y додатна, тоді функція розподілу $F(x) = P(Y < x)$ і щільність $f(x) = F'(x)$ дорівнюють 0 для від'ємних значень x . Таким чином, числові характеристики величини Y можна записати згідно зі загальними формулами теорії ймовірностей.

Математичне сподівання (середнє) $MY = \int_0^{\infty} x dF(x)$ і дисперсія $DY = MY^2 - (MY)^2$, де $MY^2 = \int_0^{\infty} x^2 dF(x)$. У випадку, коли існує щільність, то $MY = \int_0^{\infty} x f(x) dx = \int_0^{\infty} (1 - F(x)) dx$, $MY^2 = \int_0^{\infty} x^2 f(x) dx = 2 \int_0^{\infty} x(1 - F(x)) dx$.

Найпопулярнішими функціями розподілу величини позову Y , що був дійсно поданий, є такі.

1. Рівномірний розподіл на відрізку $[a, b]$ із функцією розподілу

$$F(x) = \begin{cases} 0, & \text{якщо } x \leq a, \\ \frac{x-a}{b-a}, & \text{якщо } a < x \leq b, \\ 1, & \text{якщо } x > b. \end{cases}$$

Щільність рівномірного розподілу обчислюється за формулою

$$f(x) = \begin{cases} 0, & \text{якщо } x \leq a \text{ або } x > b, \\ \frac{1}{b-a}, & \text{якщо } a < x \leq b, \end{cases}$$

а математичне сподівання, дисперсія, середнє квадратичне відхилення та коефіцієнт варіації обчислюються за формулами

$$MX = \frac{a+b}{2}; DX = \frac{(b-a)^2}{12}; \sigma_x = \frac{b-a}{2\sqrt{3}}, c_x = \frac{b-a}{\sqrt{3}(b+a)}.$$

Приклад 21.2. Нехай ймовірність потрапити в аварію для застрахованого автомобіля вартістю 100 000 грн дорівнює $q = 0,0003$. У випадку аварії вартість збитків Y розподілена рівномірно від нуля до повної вартості автомобіля.

Обчислимо математичне сподівання та дисперсію величини позову X . Спочатку знайдемо числові характеристики величини збитків Y : математичне сподівання $MY = \frac{100\,000}{2} = 50\,000$, дисперсія $DY = \frac{(10^5)^2}{12} \approx 8,3 \cdot 10^8$.

Тепер знайдемо математичне сподівання величини позову X : $MX = MY \cdot q = 50\,000 \cdot 0,0003 = 15$. Дисперсія величини позову $DX = DY \cdot q + (MY)^2 q(1-q) \approx 10^6$. Середнє квадратичне відхилення $\sigma = \sqrt{DX} = 1000$, коефіцієнт варіації $c = \frac{\sigma}{MX} \approx 66$. Тут була використана формула (21.1).

2. Експоненціальний (або показниковий) розподіл з параметром $\lambda > 0$ із функцією розподілу $F(x) = 1 - e^{-\lambda x}$, $x > 0$. Щільність експоненціального розподілу $f(x) = \lambda e^{-\lambda x}$, $x > 0$.

Математичне сподівання, дисперсія, середнє квадратичне відхилення та коефіцієнт варіації експоненціального розподілу обчислюються за формулами

$$MY = \frac{1}{\lambda}, DY = \frac{1}{\lambda^2}, \sigma_x = \frac{1}{\lambda}, c_x = 1.$$

3. Розподіл Парето з параметрами $\lambda > 0$ та $\alpha > 0$ із функцією розподілу $F(x) = 1 - \left(\frac{\lambda}{\lambda+x}\right)^\alpha$, $x > 0$ та щільністю

$$f(x) = \frac{\alpha}{\lambda} \left(\frac{\lambda}{\lambda+x}\right)^{\alpha+1}, \quad x > 0.$$

Основні числові характеристики випадкової величини, що має розподіл Парето, дорівнюють $MY = \frac{\lambda}{\alpha - 1}$,

$$DY = \frac{\lambda^2 \alpha}{(\alpha - 1)^2 (\alpha - 2)}, \quad \sigma_x = \frac{\lambda}{\alpha - 1} \cdot \sqrt{\frac{\alpha}{\alpha - 2}}, \quad c_x = \sqrt{\frac{\alpha}{\alpha - 2}}.$$

4. Гамма-розподіл з параметрами $\lambda > 0$ та $\alpha > 0$ із функцією щільності

$$f(x) = \frac{\lambda^\alpha}{\Gamma(\alpha)} x^{\alpha-1} e^{-\lambda x}, \quad x > 0,$$

де $\Gamma(\alpha) = \int_0^\infty t^{\alpha-1} e^{-t} dt$ — класична гамма-функція. Математичне сподівання, дисперсія, середнє квадратичне відхилення та коефіцієнт варіації гамма-розподілу обчислюються за формулами

$$MY = \frac{\alpha}{\lambda}, \quad DY = \frac{\alpha}{\lambda^2}, \quad \sigma_x = \frac{\sqrt{\alpha}}{\lambda}, \quad c_x = \frac{1}{\sqrt{\alpha}}.$$

Порівнюючи ці розподіли, слід зазначити, що рівномірний розподіл позовів не є типовим для реальних статистичних даних. Як правило, для багатьох видів страхування характерна наявність великої кількості малих позовів і разом з тим можливі великі позови. Експоненціальний розподіл у цілому відображає такий характер величини позову, але, по-перше, в межах експоненціальної моделі великі позови теоретично можливі, проте реально на практиці ніколи не спостерігаються. Це пов'язано з тим, що ймовірність позову, яка перевищує середнє значення, скажімо, у 20 разів, дорівнює $P(Y > 20/\lambda) = e^{-\lambda \cdot 20/\lambda} \approx 2 \cdot 10^{-9}$, тобто вкрай мала. По-друге, для експоненціально розподілених величин середнє значення дорівнює середньоквадратичному відхиленню. Це досить жорстка умова, яка може не виконуватись для низки видів страхування.

На відміну від експоненціального розподілу, для розподілу Парето ймовірності великих значень позовів відносно великі: вони спадають за степеневим, а не показниковим законом. Іншими словами, розподілу Парето відповідає частіше виникнення великих позовів. Наприклад, ймовірність позову, що перевищує середнє значення у 20 разів, дорівнює

$$P\left(Y > 20 \cdot \frac{\lambda}{\alpha - 1}\right) = \left(\frac{\lambda}{\lambda + \frac{20\lambda}{\alpha - 1}}\right)^\alpha = \left(\frac{\alpha - 1}{\alpha + 19}\right)^\alpha \quad \text{При } \alpha = 3 \text{ це } 7,5 \cdot 10^{-4}.$$

Це у $3,75 \cdot 10^5$ разів більше, ніж аналогічна ймовірність для експоненціального розподілу.

Гамма-розподіл у певному сенсі займає проміжне положення між експоненціальним розподілом та розподілом Парето. За великих значень x щільність гамма-розподілу спадає швидше, ніж щільність розподілу Парето, але повільніше, ніж експоненціальна щільність. Зазначимо, крім того, що при $\alpha > 1$ гамма-розподіл добре моделює ситуацію, коли здебільшого позови групуються навколо деякого значення, а невеликі позови хоч і можливі, але малоімовірні.

Гамма-розподіл відіграє винятково важливу роль в актуарній математиці, оскільки виникає в цілій низці розділів, зовнішньо ніяк між собою не пов'язаних. Наприклад, відомий розподіл χ^2 ("Хі-квадрат") є гамма-розподілом з параметрами $\lambda = 0,5, \alpha = \frac{n}{2}$. Сума n незалежних випадкових величин, що мають експоненціальний розподіл з параметром λ , має гамма-розподіл з параметрами λ та $\alpha = n$. Саме тому у подальших дослідженнях ймовірності банкрутства страхових компаній гамма-розподіл було обрано як основний розподіл.

21.4. Рандомізація розподілів

Ідея рандомізації винятково важлива при описі індивідуальних позовів з позиції портфеля як єдиного цілого. Розглянемо, наприклад, портфель з N угод страхування життя на один рік. У цьому випадку індивідуальний позов X_i , пов'язаний з i -ю угодою, набуває два значення: 0 та 1 із ймовірностями p і q відповідно (тут ми приймаємо величину страхової виплати як одиницю виміру грошових сум). Якщо припустити, що параметр q цього розподілу однаковий для всіх угод, це буде означати повну статистичну однорідність портфеля. Однак насправді ймовірність позову q залежить від віку x застрахованого $q = q_x$, і тому змінюється від позову до позову. Розподілимо портфель на групи угод відповідно до віку застрахованого; нехай N_x — кількість угод, власники яких мають вік x років, $\alpha_x = \frac{N_x}{N}$ — частка осіб у віці x років серед клієнтів компанії.

Якщо ми цікавимося індивідуальними позовами з позицій портфеля як єдиного цілого, то це означає, що ми розглядаємо навмання обрану угоду. Оскільки угода вибирається випадково, ймовірність позову q від цієї угоди також є випадковою величиною. Ця величина набуває конкретного значення q_x , якщо власник обраної угоди має вік x років; ймовірність цієї події дорівнює частці α_x осіб у віці x років серед клієнтів компанії.

Тепер безумовна ймовірність позову може бути визначена як

$$\sum_x P(\text{був позов} / \text{вік застрахованого} = x \text{ років}) \cdot P(\text{вік особи} = x \text{ років}), \text{ і тому } P(\text{був позов}) = P(\text{був позов}) = \sum_x q_x \alpha_x.$$

Вираз у правій частині цієї формули можна трактувати як середнє значення ймовірності q , якщо розглядати її як випадкову величину, що набуває значення q_x із ймовірністю α_x .

Таким чином, можна сформулювати загальну процедуру. Нехай розподіл величини позову $F(x)$, залежить від деякого параметра θ і за відомого значення $\theta = y$ є розподілом відомого виду $F(x, y)$. Припустимо тепер, що параметр θ у свою чергу є випадковою величиною з розподілом $G(y)$. Тоді безумовний розподіл величини позову такий:

$$F(x) = M_\theta F(x, \theta) = \int_{-\infty}^{+\infty} F(x, y) dG(y)$$

Ця процедура отримання розподілу величини позову називається рандомізацією, а останній розподіл називається сумішню.

Операція рандомізації дає змогу врахувати неоднорідність портфеля угод та природним чином отримати ряд розподілів, які дуже добре описують реальні статистичні дані. Вона дає можливість також по-новому розглянути відомі класичні розподіли. Зокрема, якщо величина Y позову, що був поданий, має експоненціальний розподіл з параметром θ , який змінюється від угоди до угоди і для навмання вибраної угоди має гамма-розподіл з параметрами λ та α . Тоді безумовна щільність є в точності щільністю розподілу Парето з параметрами α і λ .

21.5. Моделювання спеціальних умов угод страхування

Розглянемо деяку угоду страхування, за період дії якої може бути подано лише один позов. Позначимо через U втрати клієнта за цей проміжок часу. Розглянемо також структуровану модель виду $U = J \cdot Z$, де J — індикатор події “був нещасний випадок”, а випадкова величина Z описує розподіл втрат клієнта за умови, що вони дійсно були. У попередніх моделях неявно припускалося, що позов X до страхової компанії подавався на всю величину втрат U . Відповідно, індикатор I події “було подано позов” збігається з індикатором J події “відбувся нещасний випадок”, а величина Y , що описує реальні виплати страхової компанії у випадку подання позову, збігається з величиною Z в останній моделі.

Однак реально угоди страхування містять деякі додаткові умови, які призводять до того, що сплачується не вся величина збитків, а лише її деяка частина. Наприклад, якщо втрати клієнта менші за деяку величину d , то позов взагалі не розглядається; якщо втрати клієнта перевищують поріг d , то задовольняється лише частина позову, яка перевищує поріг d . Цю умову можна виразити формулою

$$X = \begin{cases} 0, & \text{якщо } U \leq d, \\ U - d, & \text{якщо } U > d. \end{cases}$$

Можна показати, що розподіл величини позову Y , що був дійсно поданий, пов'язаний з розподілом величини дійсних збитків Z формулою

$$F_Y(x) = \frac{F_Z(x+d) - F_Z(d)}{1 - F_Z(d)}.$$

Припустимо тепер, що угода страхування містить таку умову: втрати клієнта відшкодовуються лише до деякої суми L . Іншими словами, якщо втрати клієнта менші, ніж L , то компанія повністю їх відшкодовує, а якщо втрати перевищують рівень L , то компанія відшкодовує лише суму L . Цю умову можна подати за допомогою формули

$$X = \begin{cases} U, & \text{якщо } U \leq L, \\ L, & \text{якщо } U > L. \end{cases}$$

Розподіл величини позову, що був дійсно поданий, задається формулою

$$P(Y \leq x) = \begin{cases} 1, & \text{якщо } x \geq L, \\ P(Z \leq x), & \text{якщо } x < L. \end{cases}$$

Приклад 21.3. Величина збитків за аварії автомобіля (за умови, що аварія сталася) має експоненціальний розподіл із середнім значенням 10 000 грн. Страхова компанія встановила верхню межу своїх виплат, яка дорівнює 20 000 грн.

Обчислимо математичне сподівання величини позову, який дійсно було подано.

Ймовірність того, що величина позову Y , який було подано, перевищує деяку величину x :

$$P(Y > x) = \begin{cases} 0, & \text{якщо } x \geq L, \\ P(Z > x), & \text{якщо } x < L. \end{cases}$$

Ця функція є доповнювальною до функції розподілу величини Y .

Отже,

$$\begin{aligned} MY &= \int_0^L P(Y > x) dx = \int_0^L P(Z > x) dx = \int_0^{20000} e^{-\frac{x}{10000}} dx = \\ &= -10\,000 e^{-\frac{x}{10000}} \Big|_0^{20000} = 10\,000 \cdot (1 - e^{-2}) \approx 8647 \text{ грн.} \end{aligned}$$

Висновки

1. Уведено поняття індивідуального позову. Розглянуто дискретні моделі індивідуальних позовів, неперервні моделі індивідуальних позовів.

2. Для того щоб розділити вплив різних факторів на величину позову, застосовуються структуровані моделі індивідуальних позовів.

3. Найбільш популярними розподілами, які використовуються в актуарній математиці є рівномірний, експоненціальний, розподіл Парето, гамма-розподіл.

4. Якщо параметри розподілу можуть змінюватися, то для підрахунку функції розподілу індивідуального позову використовується процедура рандомізації.

5. Також розглянуто питання моделювання спеціальних угод страхування (обмежені суми відшкодування, поріг відшкодування і т. ін.).

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Індивідуальний позов; дискретна модель індивідуального позову; числові характеристики індивідуального позову; індикатор страхової події; структурована модель індивідуального позову; неперервна модель індивідуального позову; функція розподілу; щільність розподілу; рівномірний розподіл; експоненціальний розподіл; розподіл Парето; гамма-розподіл; рандомізація розподілів.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Чому величину позову можна описувати як випадкову величину?

2. Нехай страхова компанія виплачує нащадкам у випадку смерті клієнта від нещасного випадку $b_1 = 25\,000$ грн, а у випадку смерті від “природних причин” $b_2 = 6000$ грн. Ймовірність смерті протягом року від нещасного випадку $q_1 = 0,002$, а ймовірність смерті протягом року від “природних причин” $q_2 = 0,015$. Підрахуйте основні числові характеристики індивідуального позову.

3. Чому дорівнює розподіл величини індивідуального позову, якщо задано розподіл величини позову, що буде дійсно поданий та розподіл індикатора страхової події?

4. Який вигляд має щільність розподілу Парето?

5. Які основні числові характеристики гамма-розподілу?

6. Величина збитків за аварії автомобіля (за умови, що аварія сталася) має рівномірний розподіл із середнім значенням 20 000 грн. Страхова компанія встановила верхню межу своїх виплат, яка дорівнює 30 000 грн. Обчисліть математичне сподівання величини позову, який дійсно було подано.

Література

1. Бауэрс Н., Гербер Х., Джоґс Д., Несбитт С., Хикман Дж. *Актуарная математика: Пер. с англ. / Под ред. В.К. Малиновского.* — М.: Янус-К, 2001.

2. Фалин Г.И. *Математический анализ рисков в страховании.* — М.: Рос. юрид. издат. дом, 1994.

3. Черняк О.І., Обушна О.М., Ставицький А.В. *Теорія ймовірностей та математична статистика: Зб. задач: Навч. посіб.* — 2-ге вид. — К.: Т-во “Знання”, КОО, 2002.

4. Шумелда Я. *Основи актуарних розрахунків.* — Т., 2003.

5. Straub E. *Non-Life Insurance Mathematics.* — Berlin; Zurich: Springer-Verlag and Swiss Association of Actuaries, 1988.

Розділ 22

МОДЕЛІ ПРОЦЕСУ ПОЗОВІВ

22.1. *Статична модель для кількості позовів за фіксований проміжок часу.*

22.2. *Динамічна модель для кількості позовів за фіксований проміжок часу.*

22.3. *Від’ємний біноміальний розподіл.*

Нещасні випадки, які призводять до подання позовів, відбуваються у непередбачувані моменти часу. Невизначеність цих моментів є такою ж важливою компонентою ризику в діяльності компанії, як і невизначеність величин самих позовів. Одне з головних припущень теорії ризику полягає у тому, що процес настання страхових випадків та величини пов’язаних з цим позовів можуть і повинні досліджуватись окремо. Наприклад, частота автомобільних аварій серед власників страхових угод з деякою компанією залежить від вікової структури клієнтів компанії (зрозуміло, що ймовірність потрапити у аварію велика для молодих людей та людей похилого віку), погоди у цьому регіоні у проміжок часу, що досліджується, тощо. Однак ці фактори не впливають на розмір страхової виплати на ремонт автомобіля після аварії; ця сума передусім визначається маркою автомобіля.

У найбільш загальному випадку процес позовів — це довільний точковий процес, тобто довільна випадкова послідовність точок T_1, T_2, \dots на вісі часу. Однак реальні статистичні дані вказують на те, що цей процес має певні властивості й може бути досить точно описаний за допомогою відносно простих моде-

лей. Найбільш важливою є пуассонівська модель, у якій припускають, що інтервали між позовами $T_2 - T_1, T_3 - T_2, \dots$ — незалежні та однаково розподілені за експоненціальним законом з деяким параметром λ (іншими словами, процес позовів є пуассонівським процесом з інтенсивністю λ). Крім того, нерідко нас цікавить лише загальна кількість позовів $v(t)$ за деякий проміжок часу тривалістю t . Імовірнісні характеристики величини $v(t)$ тісно пов'язані з характеристиками процесу позовів T_1, T_2, \dots та, якщо для цього процесу придатна певна проста модель, можуть бути описані в дуже простих термінах. Наприклад, якщо процес є пуассонівським із інтенсивністю λ , то величина $v(t)$ має пуассонівський розподіл із параметром λt .

22.1. Статична модель для кількості позовів за фіксований проміжок часу

Найпростіша модель, що описує надходження позовів, базується на таких припущеннях:

- 1) аналізується фіксований проміжок часу;
- 2) кількість угод N фіксована та не випадкова;
- 3) кожна угода за проміжок часу, що розглядається, може призвести лише до одного позову (а може й не призвести до позову);
- 4) ризики, пов'язані з угодами, незалежні, тобто настання чи ні страхового випадку за однією угодою не впливає на настання страхових випадків за іншими угодами;
- 5) угоди однорідні в тому сенсі, що ймовірність позову q за проміжок часу, який розглядається, одна для всіх угод;
- 6) ми цікавимося лише загальною кількістю позовів v за проміжок часу, що розглядається, не звертаючи уваги на моменти настання позовів.

За наведених припущень можна показати, що розподіл кількості позовів задається формулою

$$P(v=i) = C_N^i q^i p^{N-i}, \quad p=1-q,$$

тобто має біноміальний розподіл. Середнє значення кількості позовів $Mv = Nq$, її дисперсія $Dv = Npq$.

В описаній моделі природно припустити, що кількість угод N велика, а ймовірність подання позову q мала. При цьому середня кількість позовів $Mv = Nq$, за проміжок часу, що розглядається, наближається до числа λ , тобто $Nq \rightarrow \lambda$ при $N \rightarrow \infty$, $q \rightarrow 0$. В цій ситуації можна наблизити біноміальний розподіл для кількості позовів більш простим розподілом Пуассона:

$$P(v=i) = C_N^i q^i p^{N-i} \rightarrow \frac{\lambda^i}{i!} e^{-\lambda}.$$

Це твердження має назву “теорема Пуассона”. Математичне сподівання та дисперсія кількості позовів у цьому розподілі дорівнюють $Mv = Dv = \lambda$.

22.2. Динамічна модель для кількості позовів за фіксований проміжок часу

Модель, описана вище, є статичною, тобто не містить сценарію надходження позовів у часі. Вона фіксує лише взаємодію індивідуальних угод. У динамічній моделі фіксується взаємодія кількості позовів, що надійшли за різні проміжки часу, які не перетинаються, та ігнорується структура портфеля і взаємодія індивідуальних угод. Тому вона є прийнятною і для опису процесу позовів від окремої угоди, якщо угода за час своєї дії може призвести до декількох позовів (як це буває, наприклад, при страхуванні автомобілів).

Позначимо $v(t)$ — кількість позовів, що надійшли за час $(0; t)$. Через цю величину можна виразити і більш складну величину $v(t_1, t_2)$, яка дорівнює кількості позовів, що надійшли за проміжок часу $(t_1; t_2)$. Зробимо такі припущення.

1. Процес надходження позовів є стаціонарним, тобто розподіл випадкової величини $v(t_1, t_2)$ залежить від довжини $t_2 - t_1$ проміжку $(t_1; t_2)$, що розглядається, і не залежить від його розташування на часовій вісі. Іншими словами, розподіл кількості позовів, що надійшли за будь-який проміжок $(\tau; \tau+t)$, залежить тільки від t ; позначимо $P_n(t) = P(v(\tau, \tau+t) = n)$.

2. Процес є ординарним у тому сенсі, що надходження двох або більше позовів за малий проміжок часу Δt практично не-

можливе. Це твердження можна виразити рівністю $P(v(\tau, \tau + \Delta t) \geq 2) = o(\Delta t)$.

3. Процес надходження позовів не має післядії, тобто величини $v(t_1, t_2), v(t_2, t_3), \dots, v(t_{n-1}, t_n)$ $t_1 < t_2 < \dots < t_n$ є незалежними. Ці величини виражають кількість позовів, які надійшли за проміжки часу, що не перетинаються.

Наведені припущення є досить природними як при описі надходження позовів від усього портфеля угод, так і при описі надходження позовів від індивідуальної угоди у випадку, коли угода за час своєї дії може призвести до декількох позовів.

Описана вище динамічна модель процесу позовів з необхідністю призводить до того, що для деякого $\lambda > 0$ $P_n(t) = \frac{(\lambda t)^n}{n!} e^{-\lambda t}$, тобто розподіл кількості позовів, що надійшли за фіксований проміжок часу, обов'язково є пуассонівським (доведення цього твердження можна знайти у праці Г.І. Фаліна¹). Параметр λ називається інтенсивністю процесу $v(t)$ і знаходиться як середнє число позовів в одиницю часу.

Зазначимо найбільш важливі властивості пуассонівського процесу.

1. Інтервали між надходженнями позовів мають однаковий експоненціальний розподіл з параметром λ .

2. Ймовірність надходження позову за малий інтервал часу $(t, t+h)$ не залежить від надходження позову до моменту t і дорівнює $\lambda h + o(h)$.

3. Інтервали часу між надходженнями позовів — незалежні випадкові величини.

4. Момент T_n надходження (подання) n -го позову має гамма-розподіл з параметрами λ та $\alpha = n$ (розподіл Ерланга), тобто щільність T_n має вигляд $f_{T_n}(x) = \frac{\lambda^n}{(n-1)!} \cdot x^{n-1} e^{-\lambda x}$, $x > 0$.

5. Якщо відомо, що на інтервалі $(0, t)$ був поданий позов, то момент його подання має рівномірний розподіл на інтервалі $(0, t)$, тобто $P(T_1 < x / v(t) = 1) = \frac{x}{t}$, для $0 < x < t$.

¹ Фалін Г.И. Математический анализ рисков в страховании. — М.: Рос. юрид. издат. дом, 1994. — С. 39—41.

22.3. Від'ємний біноміальний розподіл

Зазвичай λ визначається деякими додатковими факторами. Наприклад, при страхуванні автомобілів λ залежить від кількості днів з поганою погодою. Оскільки остання величина є випадковою, то природно внести до моделі, що розглядається, поняття зовнішнього випадкового середовища. Математично це означає, що параметр λ є випадковою величиною з деякою щільністю розподілу $f_\lambda(x)$.

Тому, якщо ми хочемо обчислити розподіл кількості позовів у цій моделі, слід усереднити розподіл Пуассона $\pi_i = \pi_i(\lambda)$ відповідно до міри $f_\lambda(x)$. Іншими словами, розподіл кількості позовів задається формулою

$$\pi_i = M\pi_i(\lambda) = \int_0^\infty \pi_i(x) \cdot f_\lambda(x) dx = \int_0^\infty \frac{x^i}{i!} e^{-x} f_\lambda(x) dx. \quad (22.1)$$

Крім того, як зазначалось вище, пуассонівський розподіл виникає і у разі аналізу кількості позовів за деяких видів індивідуальних угод, наприклад, угод страхування автомобілів. У цій ситуації параметр λ розподілу Пуассона описує індивідуальні особливості власника угоди і змінюється від угоди до угоди. Припустимо, що портфель містить N угод, які можуть бути розбиті на деяку кількість k груп з більш-менш однорідними показниками частоти аварійності. Це розбиття може враховувати вік автомобіля, складність маршрутів його поїздки тощо та в узагальненому вигляді зводиться до того, що кількість позовів, викликаних угодами з i -ї групи, відповідає розподілу Пуассона з одним і тим самим параметром λ_i . Нехай N_i — кількість угод в i -й групі, $\alpha_x = \frac{N_x}{N}$ — частка угод i -го типу в загальному портфелі. Якщо ми розглядаємо навмання вибрану угоду і не знаємо, до якої групи вона належить, то розподіл кількості позовів, які виникають за проміжок часу, що розглядається, є таким: $\pi_n = \sum_i P(v = n / \text{ угода належить до } i\text{-ї групи}) \times P(\text{ угода належить до } i\text{-ї групи}) = \sum_i \frac{\lambda_i^n}{n!} e^{-\lambda_i} \cdot \alpha_i = M \left(\frac{\lambda^n}{n!} e^{-\lambda} \right)$, де середнє береться за розподілом α_i .

Якщо кількість угод велика, то природно описувати розподіл їх за типами за допомогою деякого неперервного розподілу з щільністю $f_\lambda(x)$. Тоді розподіл кількості позовів за проміжках часу, що розглядається, для випадково обраної угоди буде знову мати вигляд (22.1).

Припустимо, що параметр λ має гамма-розподіл з параметрами β і α , тобто $f_\lambda(x) = \frac{\beta^\alpha}{\Gamma(\alpha)} x^{\alpha-1} e^{-\beta x}$, $x > 0$. Як ми зазначали, гамма-розподіл добре описує ситуацію, коли значення параметра λ коливаються навколо деякого значення λ_0 ; дуже маленькі та дуже великі значення λ хоча й можливі, але мало ймовірні. Як частинні та граничні випадки воно містить багато інших розподілів. Підставивши щільність розподілу $f_\lambda(x)$ до рівняння (2.1), після нескладних перетворень¹ отримуємо формулу для розподілу кількості позовів

$$\pi_i = \frac{\alpha(\alpha+1)\dots(\alpha+i-1)}{i!} p^\alpha q^i, \quad (22.2)$$

де $p = \frac{\beta}{\beta+1}$, $q = \frac{1}{\beta+1}$. Розподіл (22.2) називається від'ємним біноміальним розподілом з параметрами p і α . Середнє значення кількості позовів v дорівнює $Mv = \frac{\alpha q}{p}$, її дисперсія $Dv = \frac{\alpha q}{p^2}$. Зазначимо, що для від'ємного біноміального розподілу $Dv = \frac{Mv}{p}$, і тому дисперсія завжди більша за середню. Використання реальних статистичних даних свідчить, що від'ємний біноміальний розподіл у більшості випадків краще описує ситуацію, ніж пуассонівський розподіл.

Приклад 22.1. У страховій компанії застраховано 10 000 клієнтів на випадок хвороби. Протягом року було зібрано статистику про кількість позовів, що були подані власниками страхових полісів. З'ясувалося, що 8103 клієнта взагалі не зверталися з позовами, 1515 звернулися до компанії один раз, 331 — двічі, 39 — тричі, 10 — чотири рази та двоє клієнтів звернулися з позовами п'ять разів.

¹ Фалин Г.И. Математический анализ рисков в страховании. — М.: Рос. юрид. издат. дом, 1994. — С. 43.

Спробуємо спочатку описати дані за допомогою пуассонівського розподілу. Враховуючи, що математичне сподівання величини позовів для пуассонівського розподілу $Mv = \lambda$, для оцінки параметру λ візьмемо вибіркове середнє $\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$, де $n=10\,000$ — кількість клієнтів; x_i — кількість позовів від i -го клієнта. Для даних задачі $\bar{x} = 0,2344$.

Складемо таблицю, яка містить реальні дані за кількістю угод та дані, обчислені за пуассонівською моделлю. Кількість клієнтів, що звернулися до компанії з кількістю позовів i , дорівнює $n\pi_i$, де $\pi_i = \frac{\lambda^i}{i!} e^{-\lambda}$ — ймовірність того, що кількість позовів для цього клієнта буде дорівнювати i .

Таблиця 22.1

Кількість позовів на рік	Кількість угод з певною кількістю позовів	
	Реальні дані	Пуассонівська модель
0	8103	7910,45
1	1515	1854,21
2	331	217,31
3	39	16,98
4	10	0,99
5	2	0,05

Як бачимо, пуассонівська модель погано описує реальні дані. Справді, вибіркOVA дисперсія

$$s^2 = \frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2$$

дорівнює для наших даних 0,285, що більш ніж на 20 % перевищує вибіркове середнє, тоді як для розподілу Пуассона математичне сподівання та дисперсія збігаються.

Для від'ємного біноміального розподілу дисперсія більша за математичне сподівання, тому знайдемо параметри α та p цього розподілу. Застосуємо метод моментів, тобто прирівняємо математичне сподівання і дисперсію від'ємного біноміального розподілу до вибіркового середнього \bar{x} та дисперсії s^2 :

$$\frac{\alpha q}{p} = \bar{x}, \quad \frac{\alpha q}{p^2} = s^2,$$

звідки можна визначити параметри p та α :

$$p = \frac{\bar{x}}{s^2} \approx 0,822\ 21, \quad \alpha = \frac{\bar{x}^2}{s^2 - \bar{x}} \approx 1,084.$$

Побудуємо табл. 22.2, яка містить реальні дані про кількість позовів та дані згідно з від'ємним біноміальним розподілом.

Таблиця 22.2

Кількість позовів на рік	Кількість угод з певною кількістю позовів	
	Реальні дані	Модель з від'ємним біноміальним розподілом
0	8103	8087,99
1	1515	1558,77
2	331	288,77
3	39	52,78
4	10	9,58
5	2	1,73

Як бачимо, тепер співвідношення між реальними та теоретичними даними значно покращилося.

Висновки

1. Для побудови моделей процесу позовів використовується апарат теорії ймовірностей та випадкових процесів.
2. Для знаходження розподілу кількості позовів за фіксований проміжок часу використовуються біноміальний та пуассонівський розподіли.
3. За умов стаціонарності, ординарності та відсутності післядії динамічна модель для кількості позовів за фіксований проміжок часу зводиться до пуассонівського процесу.
4. Якщо параметр пуассонівського розподілу у статичній моделі для кількості позовів за фіксований проміжок часу є випадковою величиною, то його рандомізація за відповідних умов приводить до від'ємного біноміального розподілу.

5. Від'ємний біноміальний розподіл у деяких випадках більш точно описує розподіл кількості позовів за фіксований проміжок часу, ніж пуассонівський розподіл.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Процес позовів; статична модель для числа позовів за фіксований проміжок часу; динамічна модель для числа позовів за фіксований проміжок часу; пуассонівський розподіл; пуассонівський процес; від'ємний біноміальний розподіл.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Які є припущення для найпростішої моделі, що описує процес надходження позовів?
2. У яких випадках біноміальний розподіл можна наблизити пуассонівським?
3. Що означає стаціонарність, ординарність та відсутність післядії процесу надходження позовів?
4. Які основні числові характеристики від'ємного біноміального розподілу?
5. Чому величину позову можна описувати як випадкову величину?

Література

1. Бауэрс Н., Гербер Х., Джоґс Д., Несбитт С., Хикман Дж. Актуарная математика: Пер. с англ. / Под ред. В.К. Малиновского. — М.: Янус-К, 2001.
2. Фалин Г.И. Математический анализ рисков в страховании. — М.: Рос. юрид. издат. дом, 1994.
3. Straub E. Non-Life Insurance Mathematics. — Berlin; Zurich: Springer-Verlag and Swiss Association of Actuaries, 1988.

Розділ 23

МОДЕЛЬ ІНДИВІДУАЛЬНОГО РИЗИКУ

23.1. Точні та наближені методи обчислення ймовірності банкрутства.

23.2. Принципи призначення страхових премій.

Індивідуальні позови становлять інтерес на самі по собі, а передусім з позиції їх наслідків для фінансового стану компанії. Якщо у деякий момент часу t надходить позов величиною X та капітал компанії в цей момент u , більший або дорівнює X , то компанія успішно виконає свої зобов'язання. Якщо ж $X > u$, то компанія не зможе сплатити позов; у такому випадку йдеться про банкрутство компанії (хоча на практиці компанія може позичити суму, якої не вистачає, $X - u$, та сплатити позов). Ймовірність банкрутства становить фундаментальний інтерес для компанії та є основою для прийняття найважливіших рішень. Для її розрахунку в актуарній математиці розроблено цілу низку моделей різного ступеня складності.

Модель індивідуального ризику є найпростішою моделлю функціонування страхової компанії, яка призначена для розрахунку ймовірності банкрутства. Вона базується на таких припущеннях:

1) аналізується фіксований відносно короткий проміжок часу (такий, що можна знехтувати інфляцією та не враховувати дохід від інвестування) — зазвичай один рік;

2) кількість угод страхування N фіксована та не випадкова;
3) плата за страховку повністю вноситься на початку періоду, що аналізується; ніяких надходжень протягом цього періоду немає;

4) ми спостерігаємо кожну окрему угоду страхування та знаємо статистичні властивості пов'язаного з ним індивідуального позову X (оскільки не всі угоди призводять до позову, деякі з випадкових величин X_1, \dots, X_N , де X_i — позов від i -ї угоди, можуть дорівнювати нулю).

У межах цієї моделі банкрутство визначається сумарним позовом $S = X_1 + \dots + X_N$ до страхової компанії. Якщо цей сумарний позов більший за капітал компанії, остання не зможе виконати всі свої зобов'язання та збанкрутує. Тому ймовірність банкрутства компанії дорівнює

$$R = P(X_1 + \dots + X_N > u). \quad (23.1)$$

Оскільки у цій моделі фінансовий ризик компанії явно враховує ризик, пов'язаний з кожною індивідуальною угодою, модель (23.1) для розрахунку ймовірності банкрутства компанії називається моделлю індивідуального ризику. У моделі припускається, що випадкові величини $X_1 + \dots + X_N$ — незалежні (таким чином, ми виключаємо катастрофічні нещасні випадки, що призводять до позовів одразу за декількома угодами).

Слід зазначити, що у рамках моделі індивідуального ризику не можна дати відповідь на багато практично важливих питань. Зокрема, не можна оцінити момент банкрутства, величину капіталу, якого не вистачає в цей момент, тощо.

23.1. Точні та наближені методи обчислення ймовірності банкрутства

Оскільки сумарний позов становить суму незалежних випадкових величин, його розподіл можна обчислити за допомогою класичних теорем та методів теорії ймовірності. Передусім це використання згорток. Якщо η_1 та η_2 — дві незалежні невід'ємні випадкові величини з функціями розподілу $F_1(x)$ та

$F_2(x)$ відповідно, то функція розподілу їх суми $\eta_1 + \eta_2$ може бути обчислена за формулою згортки

$$F(x) = \int_0^x F_1(x-y)dF_2(y). \quad (23.2)$$

Застосовуючи останню формулу декілька разів, можна обчислити функцію розподілу суми будь-якої кількості доданків. На прикладах покажемо застосування цієї формули у дискретному та неперервному випадках.

Приклад 23.1. Страховий портфель складається із трьох однакових угод страхування життя. Якщо смерть настала від нещасного випадку, то страхова компанія сплачує нащадкам 3000 грн, у випадку смерті від “природних” причин — 1000 грн. Для кожного із застрахованих ймовірність смерті від нещасного випадку дорівнює 0,05, а ймовірність смерті від “природних” причин — 0,1. Визначити залежність ймовірності банкрутства $R(u)$ від величини капіталу u .

Для розрахунків зручно прийняти 1000 грн за одиницю виміру грошових сум. Тоді величини позовів X_1, X_2, X_3 від кожного клієнта є незалежними однаково розподіленими випадковими величинами з розподілом ($i = 1, 2, 3$):

u	0	1	3
$p_i(u)$	0,85	0,1	0,05

Розподіл суми двох незалежних величин $X_1 + X_2$ обчислюється за формулою $q(u) = \sum_{k=1}^n p_1(k)p_2(u-k)$.

Тоді:

u	0	1	2	3	4	6
$q(u)$	0,7225	0,17	0,01	0,085	0,01	0,0025

Розподіл суми трьох незалежних величин $X_1 + X_2 + X_3$ обчислюється за формулою

$$r(u) = \sum_{k=1}^n q(k)p_3(u-k).$$

Маємо з точністю до четвертого знаку після коми:

u	0	1	2	3	4
$r(u)$	0,6141	0,2168	0,0255	0,1094	0,0255
	5	6	7	9	
	0,0015	0,0064	0,0007	0,0001	

Відповідно для функції розподілу $F(u) = P(X_1 + X_2 + X_3 \leq u)$ будемо таблицю:

u	0	1	2	3	4
$F(u)$	0,6141	0,8309	0,8564	0,9658	0,9913
	5	6	7	9	
	0,9928	0,9992	0,9999	1,000	

Таким чином, залежність ймовірності банкрутства $R(u) = 1 - F(u)$ від капіталу u має вигляд:

u	0	1	2	3	4
$R(u)$	0,3859	0,1691	0,1436	0,0342	0,0087
	5	6	7	9	
	0,0072	0,0008	0,0001	0	

Наприклад, для забезпечення ймовірності банкрутства на рівні 3,5 % страхова компанія повинна мати капітал у 3 умовні одиниці, тобто 3000 грн, а на рівні 0,7 % — 5 умовних одиниць, тобто 5000 грн.

Приклад 23.2. Страхова компанія уклала дві угоди на страхування обладнання від аварій на підприємствах. Вартість обладнання на першому підприємстві становить 1 млн грн, а на другому — 5 млн грн. Ймовірність аварії на першому підприємстві $q_1 = 0,1$, а на другому — $q_2 = 0,05$. Збитки від аварії на першому підприємстві Y_1 (Y_2 — на другому), якщо вона відбулася, мають рівномірний розподіл від 0 до повної вартості обладнання. Визначити залежність ймовірності банкрутства $R(u)$ від величини капіталу u .

Нехай I_1, I_2 — індикатори страхових подій (аварій) на першому і другому підприємствах. Використовуючи структуровані моделі індивідуальних позовів маємо $X_1 = I_1 \cdot Y_1, X_2 = I_2 \cdot Y_2$

Тоді

$$R(u) = P(X_1 + X_2 > u) = P(X_1 + X_2 > u / I_1 = 0, I_2 = 0) \times \\ \times P(I_1 = 0, I_2 = 0) + P(X_1 + X_2 > u / I_1 = 1, I_2 = 0) \cdot P(I_1 = 1, I_2 = 0) + \\ + P(X_1 + X_2 > u / I_1 = 0, I_2 = 1) \cdot P(I_1 = 0, I_2 = 1) + \\ + P(X_1 + X_2 > u / I_1 = 1, I_2 = 1) \cdot P(I_1 = 1, I_2 = 1).$$

Оскільки випадкові величини I_1, I_2 — незалежні, то

$$R(u) = P(Y_1 > u) \cdot q_1(1 - q_2) + \\ + P(Y_2 > u) \cdot q_2(1 - q_1) + P(Y_1 + Y_2 > u) \cdot q_1 q_2. \quad (23.3)$$

Для розрахунків зручно прийняти 1 млн грн за одиницю виміру грошових сум.

Оскільки Y_1 та Y_2 мають рівномірний розподіл, то їх функції розподілу такі:

$$F_1(x) = \begin{cases} 0, & x \leq 0, \\ x, & 0 < x \leq 1, \\ 1, & x > 1 \end{cases}, \quad F_2(x) = \begin{cases} 0, & x \leq 0, \\ \frac{x}{5}, & 0 < x \leq 5, \\ 1, & x > 5. \end{cases}$$

Тоді

$$P(Y_1 > u) = 1 - F_1(u) = \begin{cases} 1, & u \leq 0, \\ 1 - u, & 0 < u \leq 1, \\ 0, & u > 1 \end{cases}$$

$$P(Y_2 > u) = 1 - F_2(u) = \begin{cases} 1, & u \leq 0, \\ 1 - \frac{u}{5}, & 0 < u \leq 5, \\ 0, & u > 5. \end{cases}$$

Для того щоб підрахувати $P(Y_1 + Y_2 > u) = \int_{-\infty}^{+\infty} f(x) dx$, необхідно знайти щільність $f(x)$ суми незалежних випадкових величин $Y_1 + Y_2$.

$$f(x) = \int_{\max(0, x-5)}^{\min(1, x)} f_1(y) f_2(x-y) dy,$$

$$\text{де } f_1(x) = \begin{cases} 0, & x \notin (0, 1], \\ 1, & x \in (0, 1] \end{cases}, \quad f_2(x) = \begin{cases} 0, & x \notin (0, 5], \\ \frac{1}{5}, & x \in (0, 5] \end{cases} \quad \text{— щільності випадко-$$

вих величин Y_1 та Y_2 . Тоді

$$f(x) = \begin{cases} \frac{x}{5}, & 0 < x \leq 1, \\ \frac{1}{5}, & 1 < x \leq 5, \\ \frac{6-x}{5}, & 5 < x \leq 6, \\ 0, & x \leq 0, x > 6. \end{cases} \quad \text{і } P(Y_1 + Y_2 > u) = \begin{cases} 1, & u \leq 0 \\ 1 - \frac{u^2}{10}, & 0 < u \leq 1, \\ \frac{11-2u}{10}, & 1 < u \leq 5, \\ \frac{(6-u)^2}{10}, & 5 < u \leq 6, \\ 0, & u > 6. \end{cases}$$

Підставляючи ці вирази у формулу (23.3), отримаємо

$$R(u) = \begin{cases} 1, & u \leq 0 \\ 0,145 - 0,104u - 0,0005u^2, & 0 < u \leq 1, \\ 0,0505 - 0,01u, & 1 < u \leq 5, \\ 0,018 - 0,006u + 0,0005u^2, & 5 < u \leq 6, \\ 0, & u > 6. \end{cases}$$

Тепер можна розрахувати відповідний капітал компанії. Наприклад, для забезпечення ймовірності банкрутства на рівні 5 % необхідно розв'язати рівняння $0,145 - 0,104u - 0,0005u^2 = 0,05$. Розв'язком рівняння буде $u \approx 0,909$ (млн грн).

Як правило, кількість застрахованих у страховій компанії дуже велика. Тому розрахунок імовірності банкрутства передбачає розрахунок функції розподілу великої кількості доданків, що спричиняє певні труднощі технічного характеру, зокрема необхідність робити певні перетворення вручну, без використання ЕОМ, або писати спеціальні програми залежно від видів функцій розподілу окремих доданків. Однак є можливість швидкого та простого наближеного підрахунку. Вона пов'язана з тим, що при зростанні N ймовірність $P(X_1 + \dots + X_N < x)$ часто має певну межу, яку можна прийняти як наближене значення цієї ймовірності. Точність подібних наближень зазвичай досить висока і задовольняє практичні потреби. Найпростішим із цих наближень є нормальне (гауссівське) наближення.

Нормальне наближення ґрунтується на центральній граничній теоремі теорії ймовірностей, яка у спрощеному вигляді формулюється так: якщо випадкові величини X_1, \dots, X_N незалежні та однаково розподілені із середнім α та дисперсією σ^2 , то при $N \rightarrow \infty$ функція розподілу центрованої та нормованої суми

$$\frac{X_1 + \dots + X_N - Na}{\sigma\sqrt{N}} = \frac{S_N - MS_N}{\sqrt{DS_N}}$$

має границю, яка дорівнює

$$\Phi(x) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \int_{-\infty}^x e^{-t^2/2} dt.$$

Наведемо таблицю квантилів x_α для стандартного нормального розподілу, тобто розв'язків рівняння $\Phi(x_\alpha) = \alpha$, або $1 - \Phi(x_\alpha) = 1 - \alpha$, де $1 - \alpha$ — ймовірність банкрутства (табл. 23.1).

Таблиця 23.1

$1 - \alpha$	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %
x_α	2,33	2,05	1,88	1,75	1,645

Приклад 23.3. Страхова компанія застрахувала $N = 1000$ осіб з імовірністю смерті протягом року $q = 0,005$. Компанія сплачує суму 1000 грн у випадку смерті застрахованого протягом року. Компанія не платить нічого, якщо позов не подається. Підрахувати величину капіталу компанії u достатньо, щоб забезпечити імовірність банкрутства на рівні 1 %.

$$MS_N = N \cdot MX = 1000 \cdot 1000 \cdot 0,005 = 5000,$$

$$DS_N = N \cdot DX = 1000 \cdot 1000^2 \cdot 0,005 \cdot 0,9995 = 4\,997\,500,$$

$$\sqrt{DS_N} = 2\,235,5.$$

$$\text{Маємо } P\left(\frac{S_N - MS_N}{\sqrt{DS_N}} < \frac{u - 5000}{2\,235,5}\right) \approx \Phi\left(\frac{u - 5000}{2\,235,5}\right). \text{ Оскільки}$$

$$1 - \alpha = 1\%, \text{ то } x_{99\%} = 2,33 \text{ і } u - 5000 = 2,33 \cdot 2\,235,5 = 5\,208,72.$$

Отже, капітал компанії повинен становити $u = 10\,208,72$ грн.

23.2. Принципи призначення страхових премій

Сума p , за яку людина або організація купує собі страховку, називається премією. Питання про те, яку плату страхова компанія повинна призначати за те, що бере на себе той або інший ризик, дуже складне. У разі його вирішення враховується велика кількість різномірних чинників: ймовірність подання позову, його очікувана величина і можливі флуктуації, зв'язок з іншими ризиками, які вже взяті компанією, організаційні витрати компанії на ведення справи, співвідношення між попитом і пропозицією за цим видом ризиків на ринку страхових послуг і т. ін. Проте основним звичайно є принцип еквівалентності фінансових зобов'язань страхової компанії і застрахованого. У простих видах страхування, що розглядаються нами, коли плата за страховку повністю вноситься у момент укладання договору, зобов'язання застрахованого виражаються в сплаті суми p . Зобов'язання компанії полягають в оплаті позову X . Проте ми не можемо виразити принцип еквівалентності зобов'язань рівністю $p = X$, оскільки p — детермінована величина, X — випадкова.

Щоб розв'язати цю проблему, спробуємо замінити випадкову величину X її середнім значенням EX , тобто призначимо як плату за страховку сподівану величину позову.

Оцінимо тепер наслідки цього рішення для можливості виконання компанією своїх зобов'язань, тобто підрахуємо ймовірність банкрутства (у межах цієї моделі індивідуального ризику).

Нехай, як ми визначили раніше, N — кількість угод у портфелі компанії, випадкові величини X_1, \dots, X_N виражають позови від цих угод, $S_N = X_1 + \dots + X_N$ — величина сумарного позову. Оскільки ми вирішили як плату p_i за i -ту угоду взяти MX_i , то резервний фонд компанії дорівнює

$$u = \sum_{i=1}^N MX_i = M\left(\sum_{i=1}^N X_i\right) = MS_N.$$

Тому ймовірність банкрутства дорівнює

$$R = P(S_N > MS_N).$$

Застосовуючи гауссівське наближення, ми одержимо

$$R = P(S_N - MS_N > 0) = P\left(\frac{S_N - MS_N}{\sqrt{DS_N}} > 0\right) \approx 1 - \Phi(0) = \frac{1}{2}.$$

Звичайно, це абсолютно неприйнятна величина ймовірності банкрутства. Це і не дивно, оскільки рівність $p = MX$ насправді не виражає еквівалентності зобов'язань компанії і застрахованого. Хоча в середньому і компанія, і застрахований платять одну суму, компанія має ризик, пов'язаний з тим, що через випадкові обставини їй, можливо, доведеться виплатити набагато більшу суму, ніж MX . Застрахований такого ризику не має. Тому було б справедливо, щоб плата за страховку включала деяку надбавку l , яка була б еквівалентом випадковості, що впливає на компанію. Отже, призначимо як плату за i -ту страховку суму $p_i = MX_i + l_i$, де l_i — деяка додаткова сума. Тепер резерви компанії є:

$$u = \sum_{i=1}^N (MX_i + l_i) = MS_N + l,$$

де $l = \sum_{i=1}^N l_i$.

Відповідно, ймовірність банкрутства компанії дорівнює

$$R = P(S_N > u) = P(S_N > MS_N + l).$$

Застосовуючи гауссівське наближення, одержимо

$$R = P\left(\frac{S_N - MS_N}{\sqrt{DS_N}} > \frac{l}{\sqrt{DS_N}}\right) \approx 1 - \Phi\left(\frac{l}{\sqrt{DS_N}}\right).$$

Якщо розрахунки робимо для ймовірності банкрутства $1 - \alpha$, то $\frac{l}{\sqrt{DS_N}}$ повинне дорівнювати квантилю x_α , тобто

$$l = x_\alpha \cdot \sqrt{DS_N}. \quad (23.4)$$

Оскільки дисперсія DS_N описує величину випадкових флуктуацій сумарного позову навколо його середнього значення, додаткова сума дійсно в деякому розумінні є компенсацією страхової компанії за те, що вона взяла на себе небезпеки, пов'язані з непередбачуваністю позовів.

Рівняння (23.4) дає величину загальної додаткової суми l . Тепер ми повинні вирішити, як справедливо розділити її між усіма договорами.

Звичайно суму l ділять пропорційно очікуваному позову MX_i , тобто вважають

$$l_i = k \cdot MX_i \quad (23.5)$$

Оскільки відомі $\sum_{i=1}^N l_i = l$ та $\sum_{i=1}^N MX_i = MS_N$, коефіцієнт пропорційності k задається формулою

$$k = x_\alpha \frac{\sqrt{DS_N}}{MS_N}. \quad (23.6)$$

Відповідно для премії маємо

$$p_i = (1 + k) \cdot MX_i = MX_i \cdot \left(1 + x_\alpha \frac{\sqrt{DS_N}}{MS_N}\right) \quad (23.7)$$

Основний внесок у величину p_i звичайно дає MX_i . Цю суму називають нетто-премією. Додаткову суму $l_i = k \cdot MX_i$ називають *страховою* (або захищеною) надбавкою, а $\theta_i = \frac{l_i}{MX_i}$ — відносною страховою надбавкою. У випадку (23.5) відносна страхова надбавка одна для всіх договорів.

Однак призначення індивідуальних премій за правилом (23.7) не є справедливим щодо договорів з малими флуктуаціями можливого позову, тобто з малими дисперсіями DX_i (якщо нетто-премія MX_i велика). Ці договори сплачують випадковості, пов'язані з іншими договорами. Маючи на увазі те, що сумарна надбавка l пов'язана саме з сумарною дисперсією $DS_N = \sum_{i=1}^N DX_i$, було б справедливо ділити l на частини l_i , пропорційні дисперсіям DX_i , або середнім квадратичним відхиленням $\sqrt{DX_i}$, тобто вимагати, щоб

$$l_i = k \cdot DX_i, \quad (23.8)$$

або

$$l_i = k \cdot \sqrt{DX_i}. \quad (23.9)$$

У першому випадку $k \cdot DS_N = x_\alpha \cdot \sqrt{DS_N}$ і

$$k = \frac{x_\alpha}{\sqrt{DS_N}}. \quad (23.10)$$

У другому випадку $k \cdot \sum_{i=1}^N \sqrt{DX_i} = x_\alpha \cdot \sqrt{DS_N}$ і

$$k = x_\alpha \frac{\sqrt{DS_N}}{\sum_{j=1}^N \sqrt{DX_j}}. \quad (23.11)$$

Відповідно, для індивідуальних премій ми одержимо

$$p_i = MX_i + \frac{x_\alpha}{\sqrt{DS_N}} \cdot DX_i \quad (23.12)$$

у першому випадку і

$$p_i = MX_i + x_\alpha \frac{\sqrt{DS_N}}{\sum_{j=1}^N \sqrt{DX_j}} \cdot \sqrt{DX_i} \quad (23.13)$$

у другому.

Відносні страхові надбавки в цих випадках залежать від угод і дорівнюють

$$\theta_i = \frac{x_\alpha}{\sqrt{DS_N}} \cdot \frac{DX_i}{MX_i} \quad (23.14)$$

та

$$\theta_i = x_\alpha \frac{\sqrt{DS_N}}{\sum_{j=1}^N \sqrt{DX_j}} \cdot \frac{\sqrt{DX_i}}{MX_i} \quad (23.15)$$

відповідно.

Нагадаємо, що величина $\frac{DX}{MX} - 1$ називається коефіцієнтом розсіювання випадкової величини X , а величина $\frac{\sqrt{DX}}{MX}$ — коефіцієнтом варіації. Використовуючи формулу (23.14), можна сказати, що правило (23.8) призначає відносні страхові надбавки відповідно до величини коефіцієнта розсіювання (на відміну від правила (2.5), яке призначає відносні страхові надбавки одними і тими ж для всіх договорів). Відповідно, за формулою (23.15) правило (23.9) призначає відносні страхові надбавки пропорційно коефіцієнтам варіації. Тому відмінність між правилами (23.8) та (23.9) пов'язана з тим, що вважати кількісною мірою “випадковості” — коефіцієнт розсіювання чи коефіцієнт варіації. Питання про те, яке з цих правил є справедливішим (звичайно, з погляду застрахованих; компанія у будь-якому випадку одержить одну і ту саму необхідну суму $l = x_\alpha \cdot \sqrt{DS_N}$), в актуарній математиці однозначно не вирішене.

Зазначимо, що перехід від простого правила (23.5) до правила (23.8) приводить до зменшення страхової надбавки для i -ї угоди, якщо

$$\frac{DX_i}{MX_i} < \frac{DS_N}{MS_N},$$

тобто якщо коефіцієнт розсіювання позову, пов'язаного з цим договором, менше, ніж коефіцієнт розсіювання сумарного позову.

Перехід від простого правила (23.5) до правила (23.9) приводить до зменшення страхової надбавки для i -ї угоди, якщо

$$\frac{\sqrt{DX_i}}{MX_i} < \sum_{j=1}^N \frac{\sqrt{DX_j}}{MX_j} \cdot \frac{MX_j}{MS_N},$$

тобто якщо коефіцієнт варіації величини індивідуального позову від i -ї угоди менший, ніж середній коефіцієнт варіації, усереднений за всім портфелем з вагами $\frac{MX_j}{MS_N}$.

Приклад 23.4. Страхова компанія уклала $N = 8000$ угод страхування життя строком на один рік на таких умовах: у випадку смерті застрахованого протягом року від нещасного випадку компанія сплачує нащадкам 2500 грн, а у випадку смерті від природних причин — 500 грн. Компанія не платить нічого, якщо позов не подається. Ймовірність смерті від нещасного випадку однакова для всіх застрахованих — 0,002, а від природних причин залежить від віку. N можна розбити на дві вікові групи, які містять $N_1 = 2000$ та $N_2 = 6000$ з ймовірністю смерті протягом року 0,008 та 0,005 відповідно. Треба підрахувати величину премії, яка забезпечує ймовірність банкрутства на рівні відсотка (трьома способами).

Для розрахунків зручно прийняти 500 грн за одиницю виміру грошових сум. Для першої групи угод індивідуальний позов має такий розподіл:

u	0	1	5
$p(u)$	0,99	0,008	0,002

Математичне сподівання, дисперсія та середнє квадратичне відхилення індивідуального позову дорівнюють:

$$m_1 = 1 \cdot 0,008 + 5 \cdot 0,002 = 0,018;$$

$$\sigma_1^2 = 1^2 \cdot 0,008 + 5^2 \cdot 0,002 - 0,018^2 \approx 0,0577;$$

$$\sigma_1 = 0,24.$$

Для другої групи угод індивідуальний позов має такий розподіл:

u	0	1	5
$p(u)$	0,993	0,005	0,002

Математичне сподівання, дисперсія та середнє квадратичне відхилення індивідуального позову дорівнюють:

$$m_2 = 1 \cdot 0,005 + 5 \cdot 0,002 = 0,015;$$

$$\sigma_2^2 = 1^2 \cdot 0,005 + 5^2 \cdot 0,002 - 0,015^2 \approx 0,0548;$$

$$\sigma_2 = 0,234.$$

Математичне сподівання та дисперсія сумарного позову дорівнюють:

$$MS_N = N_1 \cdot m_1 + N_2 \cdot m_2 = 2000 \cdot 0,018 + 6000 \cdot 0,015 = 126;$$

$$DS_N = N_1 \cdot \sigma_1^2 + N_2 \cdot \sigma_2^2 \approx 2000 \cdot 0,0577 + 6000 \cdot 0,0548 = 444,2.$$

Згідно з формулою (23.4) страхова надбавка, яка гарантує 99 % ймовірності небанкрутства, дорівнює

$$l = x_{99\%} \cdot \sqrt{DS_N} = 2,33 \cdot \sqrt{444,2} = 49,1.$$

Розглянемо тепер три варіанти призначення індивідуальних премій.

1. Додаткова сума l ділиться пропорційно до нетто-премій.

Згідно з формулами (23.6) та (23.7) відносна страхова надбавка однакова для всіх угод і дорівнює $\theta = \frac{l}{MS_N} \approx 39\%$. Отже, для угод з першої групи премія дорівнює

$$p_1 = m_1 \cdot (1 + \theta) \approx 0,02502 = 12,51 \text{ грн},$$

а для другої групи —

$$p_2 = m_2 \cdot (1 + \theta) \approx 0,02085 = 10,43 \text{ грн}.$$

2. Додаткова сума l ділиться пропорційно дисперсіям.

Згідно з формулою (23.10) коефіцієнт пропорційності k дорівнює $k = \frac{l}{DS_N} \approx 0,11$. Тому для угод з першої групи страхова надбавка дорівнює $l_1 = k \cdot \sigma_1^2 \approx 0,00635$, а премія — $p_1 = m_1 + l_1 = 0,02435 = 12,18$ грн, відносна страхова надбавка $\theta_1 = \frac{l_1}{m_1} \approx 35,3\%$.

Для угод з другої групи

$$l_2 = k \cdot \sigma_2^2 \approx 0,00603;$$

$$p_2 = m_2 + l_2 = 0,02103 = 10,52 \text{ грн}, \quad \theta_2 = \frac{l_2}{m_2} \approx 40,2\%.$$

3. Додаткова сума l ділиться пропорційно середнім квадратичним відхиленням. Згідно з формулою (23.11)

$k = \frac{l}{N_1 \sigma_1 + N_2 \sigma_2} \approx 0,026$. Тому для угод з першої групи страхова надбавка дорівнює $l_1 = k \cdot \sigma_1 \approx 0,00624$, а премія —

$p_1 = m_1 + l_1 = 0,02424 = 12,12$ грн, відносна страхова надбавка

$$\theta_1 = \frac{l_1}{m_1} \approx 34,7\%.$$

Для угод з другої групи:

$$l_2 = k \cdot \sigma_2 \approx 0,00608,$$

$$p_2 = m_2 + l_2 = 0,02108 = 10,54 \text{ грн},$$

$$\theta_2 = \frac{l_2}{m_2} \approx 40,5\%.$$

Отже зміна принципу призначення індивідуальних страхових премій приводить до зменшення відносної страхової надбавки для угод першої групи: $\theta_1 = 39; 35,3; 34,7\%$. Відповідно збільшується відносна страхова надбавка для угод другої групи: $\theta_2 = 39; 40,2; 40,5\%$. Це пов'язано з тим, що коефіцієнт розсіювання сумарного позову $\frac{DS_N}{MS_N} - 1 = 2,53$, у той час як для

першої групи він дорівнює $\frac{\sigma_1^2}{m_1} - 1 = 2,205$, а для другої групи

$-\frac{\sigma_2^2}{m_2} - 1 = 2,65$. Коефіцієнт варіації величини індивідуального позову для угод першої групи дорівнює $c_1 = \frac{\sigma_1}{m_1} = 13,33$, а для

угод другої групи — $c_2 = \frac{\sigma_2}{m_2} = 15,6$. Середній коефіцієнт варіації, усереднений за всім портфелем з вагами $\frac{MX_i}{MS_N}$, знаходиться як $c = c_1 \cdot \frac{N_1 m_1}{MS_N} + c_2 \cdot \frac{N_2 m_2}{MS_N} = 13,33 \cdot \frac{36}{126} + 15,6 \cdot \frac{90}{126} \approx 14,95$.

Хоча дисперсія величини індивідуального позову для угод другої групи менша, ніж для угод першої групи, флуктуації індивідуальних позовів для угод другої групи (виміряні як коефіцієнтом розсіювання, так і коефіцієнтом варіації) перевищують середні флуктуації за всім портфелем. Тому було б виправдано взяти один з принципів (23.8), (23.9) за основу для призначення індивідуальних премій.

Висновки

1. Модель індивідуального ризику є найпростішою моделлю функціонування страхової компанії.
2. Для точного обчислення ймовірності банкрутства у моделі індивідуального ризику використовується формула згортки розподілів.
3. Для наближеного обчислення ймовірності банкрутства у моделі індивідуального ризику використовується нормальне наближення (центральна гранична теорема).
4. При призначенні страхових премій використовують три принципи: пропорційності математичним сподіванням, пропорційності дисперсіям (або коефіцієнтам розсіювання), пропорційності середнім квадратичним відхиленням (або коефіцієнтам варіації).
5. Використовуючи мордель індивідуального ризику страхові компанії можуть досить точно оцінити ймовірність банкрутства компанії.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Модель індивідуального ризику; ймовірність банкрутства. формула згортки; центральна гранична теорема; стандартний нормальний розподіл; принципи призначення страхових премій; коефіцієнт розсіювання; коефіцієнт варіації.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Які припущення для моделі індивідуального ризику?
2. Сформулюйте центральну граничну теорему для незалежних однаково розподілених випадкових величин.
3. Страховий портфель складається із чотирьох однакових угод страхування життя. Якщо смерть настала від нещасного випадку, то страхова компанія сплачує нащадкам 4000 грн, у випадку смерті від “природних” причин — 1000 грн. Для кожного із застрахованих ймовірність смерті від нещасного випадку дорівнює 0,02, а ймовірність смерті від “природних” причин — 0,08. Визначте залежність ймовірності банкрутства $R(u)$ від величини капіталу u .
4. Страхова компанія уклала дві угоди на страхування будівель від пожежі. Вартість першої будівлі становить 2 млн грн, а другої — 10 млн грн. Імовірність пожежі на першому об’єкті дорівнює $q_1 = 0,05$, а на другому — $q_2 = 0,1$. Збитки від пожежі на першому об’єкті Y_1 (Y_2 — на другому), якщо вона відбулася, мають рівномірний розподіл від 0 до повної вартості будівлі. Визначте залежність ймовірності банкрутства $R(u)$ від величини капіталу u .
5. Які основні принципи призначення страхових премій?
6. Страхова компанія уклала $N = 4000$ угод страхування життя строком на один рік на таких умовах: у випадку смерті застрахованого протягом року від нещасного випадку компанія

сплачує нащадкам 5000 грн, а у випадку смерті від природних причин — 1000 грн. Компанія не платить нічого, якщо позов не подається. Ймовірність смерті від нещасного випадку однакова для всіх застрахованих — 0,001, а від природних причин — залежить від віку. N можна розбити на дві вікові групи, які містять $N_1 = 1000$ та $N_2 = 3000$ з ймовірністю смерті протягом року 0,01 та 0,005 відповідно. Підрахуйте величину премії, яка забезпечує імовірність банкрутства на рівні 5 % (трьома способами).

Література

1. Бауэрс Н., Гербер Х., Джоґс Д., Несбитт С., Хикман Дж. *Актуарная математика: Пер. с англ. / Под ред. В.К. Малиновского.* — М.: Янус-К, 2001.
2. Фалин Г.И. *Математический анализ рисков в страховании.* — М.: Рос. юрид. издат. дом, 1994.
3. Шумелда Я. *Основы актуарных расчетов.* — Т., 2003.
4. Черняк О.І., Обушна О.М., Ставицький А.В. *Теорія ймовірностей та математична статистика: Зб. задач: Навч. посіб.* — 2-ге вид. — К.: Т-во “Знання”, КОО, 2002.
5. *Straub E. Non-Life Insurance Mathematics.* — Berlin; Zurich: Springer-Verlag and Swiss Association of Actuaries, 1988.

Розділ 24

МОДЕЛІ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ

- 24.1. *Функція дожиття.*
- 24.2. *Інтенсивність смертності.*
- 24.3. *Таблиці смертності.*
- 24.4. *Деякі аналітичні закони смертності.*

У розділах 24 та 25 в основному будуть розглядатися моделі страхових систем, призначених для роботи з випадковими втратами, в яких випадковість пов’язана з тим, наскільки довго житиме певна особа. Основним структурним елементом у цих розділах є випадкова величина, що має назву *тривалість майбутнього життя (час дожиття)* і позначається через $T(x)$. Знайдемо розподіл як цієї випадкової величини, так і відповідного їй віку в момент смерті X .

Покажемо, як розподіл випадкової величини “вік у момент смерті” можна представити за допомогою *таблиці смертності*. Ці таблиці корисні в багатьох галузях знань. Тому в кожній з цих різноманітних галузей, де використовуються таблиці смертності, були розроблені свої термінологія і позначення. Наприклад, інженери використовують таблиці смертності для вивчення надійності складних механічних і електронних систем. У біостатистиці таблиці смертності використовуються для порівняння ефективності різних методів лікування серйозних захворювань. Демографи використовують таблиці смертності як засіб проектування популяції. В актуарній математиці таблиці смертності використовуватимуться для побудови моделей

страхових систем, покликаних сприяти людям, що знаходяться в умовах невизначеності, пов'язаної з моментом настання їх смерті.

Таблиця смертності є незамінною компонентою багатьох моделей актуарної науки. Деякі дослідники вважають датою народження актуарної науки 1693 р., коли Едмунд Галлей (E. Halley) опублікував працю "An Estimate of the Degrees of the Mortality of Mankind, Drawn from Various Tables of Births and Funerals at the City of Breslau" ("Оцінка міри смертності людства, виведена з різних таблиць народження і поховання в місті Бреславлі"). Він побудував першу таблицю смертності для м. Бреславлі, використовуючи кластерний та стратифікований відбір.

24.1. Функція дожиття

Розглянемо новонародженого. Вік у момент смерті X для нього є неперервною випадковою величиною. Позначимо через $F(x)$ функцію розподілу цієї випадкової величини

$$F_x(x) = P(X \leq x), x \geq 0, \quad (24.1)$$

і покладемо

$$s(x) = 1 - F_x(x) = P(X > x), x \geq 0. \quad (24.2)$$

Для додатної випадкової величини $F_x(0) = 0$, тоді $s(0) = 1$. Функція $s(x)$ називається *функцією дожиття*. Для будь-якого додатного x величина $s(x)$ є ймовірністю того, що новонароджений досягне віку x . Розподіл випадкової величини X може визначатися задаванням або функції розподілу $F(x)$, або функції $s(x)$. В актуарній науці та демографії функція дожиття традиційно використовувалась як початкова точка для подальших досліджень. У теорії ймовірностей та математичній статистиці таку роль відіграє функція розподілу. Проте з властивостей функції розподілу впливають відповідні властивості функції дожиття.

Можна сформулювати ймовірнісні твердження про вік у момент смерті в термінах або функції дожиття, або функції

розподілу. Наприклад, ймовірність того, що новонароджений помре у віці між x і z ($x < z$), дорівнює

$$P(x < X \leq z) = F_x(z) - F_x(x) = s(x) - s(z).$$

Умовна ймовірність того, що новонароджений помре у віці між x і z за умови, що він доживе до віку x , дорівнює

$$P(x < X \leq z / X > x) = \frac{F_x(z) - F_x(x)}{1 - F_x(x)} = \frac{s(x) - s(z)}{s(x)} \quad (24.3)$$

Символ (x) використовується для позначення особи віку x . Тривалість майбутнього життя цієї особи (x) , $X - x$, позначається через $T(x)$.

В актуарній науці часто необхідно формулювати ймовірнісні твердження про $T(x)$. Для цього, а також для сприяння дослідженням і науковим контактам на Міжнародному конгресі актуаріїв у 1898 р. була вперше прийнята система символів, яка утворила частину Міжнародної системи актуарних позначень. Були розроблені символи для загальноновживаних актуарних функцій і принципи прийняття нових позначень. Ця система піддавалася постійним переглядам і в міру необхідності оновлювалася і доповнювалася Постійним комітетом з позначень Міжнародної актуарної асоціації (*International Actuarial Association*).

Актуарні символи відрізняються від позначень, прийнятих у теорії ймовірностей. Наприклад, функція однієї змінної, яка записується у вигляді $q(x)$ у позначеннях теорії ймовірностей чи вищої математики, в цій системі записуватиметься у вигляді ${}_t q_x$. Аналогічно функція багатьох змінних записується в актуарних позначеннях за допомогою комбінації верхніх і нижніх індексів та інших символів.

Введемо такі позначення для величини $T(x)$:

$${}_t q_x = P(T(x) \leq t) \quad t \geq 0, \quad (24.4)$$

$${}_t p_x = 1 - {}_t q_x = P(T(x) > t), \quad t \geq 0. \quad (24.5)$$

Символ ${}_t q_x$ можна інтерпретувати як ймовірність того, що (x) помре протягом найближчих t років. Іншими словами, ${}_t q_x$ є функцією розподілу випадкової величини $T(x)$. Тоді ${}_t p_x$ — ймовірність того, що (x) досягне віку $x + t$. Іншими словами, ${}_t p_x$ є функцією дожиття для (x) . У конкретному випадку особи у віці 0 маємо $T(0) = X$ і

$${}_x p_0 = s(x), \quad x \geq 0. \quad (24.6)$$

Якщо $t = 1$, то домовимся опускати перший індекс у позначеннях, введених формулами (24.4) і (24.5), тобто

$$q_x = P((x) \text{ помре протягом одного року}),$$

$$p_x = P((x) \text{ доживе до віку } x + 1 \text{ років}).$$

Є спеціальний символ для загальнішої події, яка полягає у тому, що особа проживе t років і помре протягом подальших u років, тобто що (x) помре у віці між $x + t$ і $x + t + u$, а саме

$${}_{t|u}q_x = P(t < T(x) \leq t + u) = {}_{t+u}q_x - {}_tq_x = {}_tP_x - {}_{t+u}P_x. \quad (24.7)$$

Як і раніше, якщо $u = 1$, то відповідний нижній індекс у позначенні ${}_{t|u}q_x$ опускається, і одержуємо символ ${}_tq_x$.

Наразі маємо два вирази для ймовірності того, що (x) помре у віці між x і $x + u$. Формула (24.7) при $t = 0$ дає перший з цих виразів, а формула (24.3) з $z = x + u$ — другий вираз. Чи будуть ці дві ймовірності різними? Формула (24.3) може інтерпретуватись як умовна ймовірність того, що новонароджений помре у віці між x і $z = x + u$ за умови, що він доживе до віку x . Єдина інформація про новонародженого, який до цього моменту досяг віку x , полягає у тому, що він дожив до цього віку. Тому це ймовірнісне твердження базується на умовному розподілі за умови дожиття для новонароджених.

З іншого боку, формула (24.7) при $t = 0$ визначає ймовірність того, що особа, за якою спостерігають у віці x , помре у віці між x і $x + u$. Дані про особу у віці x можуть містити не тільки інформацію про те, що вона дожила до цього віку. Це може бути інформація про те, що ця особа пройшла медичне обстеження перед укладенням договору про страхування, або про те, що вона тільки що почала курс лікування від серйозного захворювання. Таблиці смертності у випадку, коли дані про особу у віці x містять не тільки інформацію, що новонароджений дожив до віку x , будуть наведені у кінці цього розділу, де для них вводяться додаткові позначення. Будемо продовжувати розвивати теорію, припускаючи, що формули (24.3) і (24.7) не містять змістових відмінностей, тобто вважати, що інформація про особу, що дожила до віку x , дає той самий умовний розподіл тривалості майбутнього життя, що й інформація про дожиття новонародженого до віку x , а саме

$${}_tP_x = \frac{{}_{x+t}P_0}{{}_xP_0} = \frac{s(x+t)}{s(x)}, \quad (24.8)$$

$${}_tq_x = 1 - \frac{s(x+t)}{s(x)}. \quad (24.9)$$

За такого підходу формула (24.7) і багато її варіантів можуть бути виражені у вигляді

$$\begin{aligned} {}_{t|u}q_x &= \frac{s(x+t) - s(x+t+u)}{s(x)} = \\ &= \frac{s(x+t)}{s(x)} \cdot \frac{s(x+t) - s(x+t+u)}{s(x+t)} = {}_tP_x \cdot {}_uq_{x+t}. \end{aligned} \quad (24.10)$$

З тривалістю майбутнього життя пов'язана дискретна випадкова величина, що визначає кількість повних майбутніх років, прожитих особою (x) до смерті. Вона називається *пороковою тривалістю майбутнього життя* (або зрізаною тривалістю майбутнього життя) особи (x) і позначається через $K(x)$. Оскільки $K(x)$ — дискретна випадкова величина і є найбільшим цілим числом, що не перевищує $T(x)$, то її розподіл ймовірностей задається виразом

$$\begin{aligned} P(K(x) = k) &= P(k \leq T(x) < k + 1) = \\ &= {}_kP_x - {}_{k+1}P_x = {}_kP_x \cdot q_{x+k} = {}_kq_x, k = 0, 1, 2, \dots \end{aligned} \quad (24.11)$$

Формула (24.11) є окремим випадком формули (24.7), де $u = 1$ і k є невід'ємним цілим числом.

Для дискретної випадкової величини $K(x)$ функція розподілу є ступінчастою, тобто

$$F_{K(x)}(y) = \sum_{h=0}^k {}_h|q_x = {}_kq_x, \quad y \geq 0 \text{ і } k \text{ є цілою частиною числа } y, \text{ тобто } k = [y].$$

24.2. Інтенсивність смертності

Використовуючи формулу (24.3), отримаємо щільність ймовірності смерті після досягнення віку x . Підставимо у формулу (24.3) $z = x + \Delta x$

$$P(x < X \leq x + \Delta x / X > x) = \frac{F_x(x + \Delta x) - F_x(x)}{1 - F_x(x)} \cong \frac{f_x(x)\Delta x}{1 - F_x(x)}. \quad (24.12)$$

У цьому виразі $F'_x(x) = f_x(x)$ — щільність неперервної випадкової величини X , “вік у момент смерті”. Функція $\frac{f(x)}{(1-F(x))}$ у формулі (24.12) може інтерпретуватися в термінах умовної щільності. Для кожного віку x вона дає значення в точці x умовної функції щільності випадкової величини X за умови дожиття до віку x і позначається через $\mu(x)$.

Тоді

$$\mu(x) = \frac{f_x(x)}{1-F_x(x)} = \frac{-s'(x)}{s(x)}. \quad (24.13)$$

З властивостей функцій $f_x(x)$ і $1-F(x)$ маємо, що $\mu(x) \geq 0$.

У актуарній науці і в демографії $\mu(x)$ називається *інтенсивністю смертності*. У теорії надійності, яка досліджує ймовірності безвідмовної роботи механізмів і систем, ця величина називається *інтенсивністю відмов*.

Як і функція дожиття, інтенсивність смертності може використовуватися для визначення розподілу випадкової величини X . З формули (24.13) для будь-якого додатного y маємо рівність для диференціалів

$$-\mu(y)dy = d \ln s(y).$$

Інтегруючи цей вираз від x до $x+n$, одержимо

$$-\int_x^{x+n} \mu(y)dy = \ln \frac{s(x+n)}{s(x)} = \ln {}_n p_x.$$

Тоді

$${}_n p_x = \exp\left\{-\int_x^{x+n} \mu(y)dy\right\}. \quad (24.14)$$

Іноді зручно переписати формулу (24.14), зробивши заміну $t = y - x$:

$${}_n p_x = \exp\left\{-\int_0^n \mu(x+t)dt\right\}. \quad (24.15)$$

Зокрема ми змінимо позначення з тим, щоб вони відповідали використаним у формулі (24.6), поклавши вік осіб, що вже жили, таким, що дорівнює 0, і позначивши вік дожиття через x . Тоді одержимо

$${}_x p_0 = s(x) = \exp\left\{-\int_0^x \mu(t)dt\right\}. \quad (24.16)$$

Крім того,

$$F_x(x) = 1 - s(x) = 1 - \exp\left\{-\int_0^x \mu(t)dt\right\} \quad (24.17)$$

і

$$f_x(x) = \exp\left\{-\int_0^x \mu(t)dt\right\} \cdot \mu(x) = {}_x p_0 \cdot \mu(x). \quad (24.18)$$

Нехай $F_{T(x)}(t)$ і $f_{T(x)}(t)$ позначають відповідно функцію розподілу і щільність $T(x)$, тривалості майбутнього життя особи (x) . Помітимо, що $F_{T(x)}(t) = {}_t q_x$ (див. позначення (24.4)). Таким чином,

$$\begin{aligned} f_{T(x)}(t) &= \frac{d}{dt}({}_t q_x) = \frac{d}{dt}\left(1 - \frac{s(x+t)}{s(x)}\right) = \\ &= \frac{s(x+t)}{s(x)} \left(-\frac{s'(x+t)}{s(x+t)}\right) = {}_t p_x \mu(x+t), t \geq 0. \end{aligned} \quad (24.19)$$

Отже, ${}_t p_x \mu(x+t)dt$ є ймовірністю того, що особа (x) помре у віці між t і $t+dt$. Очевидно, що $\int_0^\infty {}_t p_x \mu(x+t)dt = 1$.

Формулу (24.19) можна подати у такому вигляді:

$$\frac{d}{dt}(1 - {}_t p_x) = -\frac{d}{dt}({}_t p_x) = {}_t p_x \mu(x+t). \quad (24.20)$$

Оскільки $\lim_{n \rightarrow \infty} {}_n p_x = 0$, маємо $\lim_{n \rightarrow \infty} (-\ln {}_n p_x) = +\infty$. Таким чином,

$$\lim_{n \rightarrow \infty} \int_x^{x+n} \mu(y)dy = +\infty.$$

Використовуючи наступну формулу теорії ймовірностей $P(A \cup B) = P(A) + P(\bar{A}) \cdot P(B/\bar{A})$, де \bar{A} — доповнення до події A , отримаємо корисну формулу. Нехай $A = \{T(x) \leq t\}$, $B = \{t < T(x) \leq 1\}$, $0 < t < 1$. Тоді $P(A \cup B) = P(T(x) \leq 1) = q_x$, $P(A) = {}_t q_x$, а $P(B/\bar{A}) = {}_{1-t} q_{x+t}$.

Отже, $q_x = {}_t q_x + {}_t p_x \cdot {}_{1-t} q_{x+t}$.

24.3. Таблиці смертності

Таблиця смертності містить розташовані за віком індивідумів значення основних функцій q_x , l_x , d_x і, можливо, додаткових функцій, які можна отримати з них. Перш ніж навести таку таблицю, розглянемо інтерпретацію таких функцій, яка безпосередньо пов'язана з ймовірнісними функціями, що обговорювалися в попередньому розділі.

Згідно з формулою (24.9) умовна ймовірність того, що особа (x) помре протягом t років, обчислювалась так:

$${}_tq_x = 1 - \frac{s(x+t)}{s(x)}$$

і, зокрема,

$$q_x = 1 - \frac{s(x+1)}{s(x)}.$$

Розглянемо тепер групу з l_0 новонароджених, поклавши, наприклад, $l_0 = 100\,000$.

Для кожного новонародженого випадкова величина “вік момент смерті” має розподіл, заданий функцією дожиття $s(x)$. Позначатимемо через $L(x)$ кількість осіб у групі, що дожили до віку x . Припишемо всім особам в групі номери $j = 1, 2, \dots, l_0$ і помітимо, що

$$L(x) = \sum_{j=1}^{l_0} I_j,$$

де I_j — індикатор дожиття особи з номером j , тобто

$$I_j = \begin{cases} 1, & \text{якщо особа з номером } j \text{ доживе до віку } x, \\ 0, & \text{інакше.} \end{cases}$$

Оскільки $M[I_j] = s(x)$, то $M[L(x)] = \sum_{j=1}^{l_0} M[I_j] = l_0 s(x)$.

Нехай $l_x = M[L(x)]$. Тобто l_x — математичне сподівання кількості осіб, що дожили до віку x з l_0 новонароджених, і

$$l_x = l_0 \cdot s(x). \quad (24.21)$$

Далі, в припущенні, що індикатори I_j взаємно незалежні, $L(x)$ має біноміальний розподіл з параметрами $n = l_0$ і $p = s(x)$.

Зазначимо, проте, що в рівнянні (24.21) не використовувалося припущення про незалежність.

Аналогічно позначимо через ${}_n D_x$ кількість померлих у віці між x і $x+n$ з початкової сукупності, що складається з l_0 людей. Нехай ${}_n d_x = M[{}_n D_x]$. Оскільки для новонародженого ймовірність смерті у віці між x і $x+n$ дорівнює $s(x) - s(x+n)$, використовуючи міркування, що наводилися вище щодо l_x отримаємо

$${}_n d_x = M[{}_n D_x] = l_0 [s(x) - s(x+n)] = l_x - l_{x+n}. \quad (24.22)$$

Якщо $n = 1$, то опустимо лівий нижній індекс у виразах ${}_n D_x$ і ${}_n d_x$. З формули (24.21) видно, що

$$-\frac{1}{l_x} \cdot \frac{dl_x}{dx} = -\frac{1}{s(x)} \cdot \frac{ds(x)}{dx} = \mu(x) \quad (24.23)$$

і

$$-dl_x = l_x \mu(x) dx. \quad (24.24)$$

Оскільки

$$l_x \mu(x) = l_0 \cdot {}_x p_0 \cdot \mu(x) = l_0 f_x(x).$$

Співмножник $l_x \mu(x)$ у (24.24) можна інтерпретувати як очікувану щільність смертей у віковому інтервалі $(x, x+dx)$. Зазначимо, що

$$l_x = l_0 \cdot \exp \left[- \int_0^x \mu(y) dy \right], \quad (24.25)$$

$$l_{x+n} = l_x \cdot \exp \left[- \int_x^{x+n} \mu(y) dy \right], \quad (24.26)$$

$$l_x - l_{x+n} = \int_x^{x+n} l_y \mu(y) dy. \quad (24.27)$$

Для зручності посилань назвемо групу з l_0 новонароджених, кожен з яких має функцію дожиття $s(x)$, *сукупністю випадкового дожиття*.

Нижче наведено таблицю смертності населення Тернопільської області віком до 10 років¹ (табл. 24.1). Функції l_x , d_x та q_x в цій таблиці представлені для $l_0 = 100\,000$. Подібні таблиці не створюються на основі спостереження за 100 000 новонароджених аж до смерті останнього з них, а ґрунтуються на оцінках

¹ Шумелда Я. Основи актуарних розрахунків. — Т., 2003.

Таблиця 24.1. Таблиця смертності населення Тернопільської області віком до 10 років за 1997—1998 рр.

Вік, роки	Кількість осіб, що дожили до віку x років	Кількість осіб, що померли у віці від x до $x + 1$ року	Кількість осіб, що померли у віці від x до $x + 1$ року	Імовірність смерті у віці від x до $x + 1$ року	Імовірність прожити x років
x	l_x	d_x	d_x	$q_x = \frac{d_x}{l_x}$	$p_x = \frac{l_x - d_x}{l_x}$
0	100 000	1281	1281	0,0123	0,9877
1	98 719	133	133	0,0013	0,9987
2	98 586	128	128	0,0013	0,9987
3	98 458	34	34	0,0003	0,9997
4	98 424	46	46	0,0005	0,9995
5	98 378	37	37	0,0004	0,9996
6	98 141	39	39	0,0004	0,9996
7	98 302	44	44	0,0004	0,9996
8	98 258	28	28	0,0003	0,9997
9	98 230	23	23	0,0002	0,9998
10	98 207	42	42	0,0004	0,9996

ймовірності смерті за умови дожиття до різного віку на основі даних про смертність населення у відповідні роки. Ілюстративні таблиці смертності наведені в деяких роботах¹.

Зробимо деякі зауваження щодо таблиці.

1. Очікується, що близько 1 % новонароджених, які входять до сукупності дожиття, помруть на першому році життя.

2. До віку 10 років доживе більше 98 % із групи новонароджених.

3. Відносне збільшення кількості смертей очікується для віку 4, 7 та 10 років.

4. Хоча значення l_x було округлено до цілих чисел, відповідно до формули (24.21) це робити не обов'язково.

Таке представлення, як у цій таблиці, є стандартним методом опису розподілу віку в момент смерті. Іншим способом є представлення функції дожиття в аналітичній формі, наприклад $s(x) = e^{-cx}$, $c > 0$, $x \geq 0$. Однак більшість досліджень смертності для потреб страхування використовує вираз $s(x) = \frac{l_x}{l_0}$.

Оскільки величина $100\,000 s(x)$ представлена лише для цілих значень x , при обчисленні $s(x)$ для нецілих значень аргументу необхідно використовувати інтерполяцію.

Приклад 24.1. Використовуючи таблицю, обчислити ймовірність того, що особа у віці трьох роки:

- 1) доживе до віку 10 років;
- 2) помре, не доживши до віку 8 років;
- 3) помре між 6 та 9 роками.

Згідно з формулою (24.8), ймовірність того, що особа віком трьох років доживе до 10 років, дорівнює

$$\frac{s(10)}{s(3)} = \frac{l_{10}}{l_3} = \frac{98\,207}{98\,458} = 0,9975.$$

Згідно з формулою (24.9), ймовірність того, що особа віком 3 роки не доживе до віку 8 років, дорівнює

$$\frac{s(3) - s(8)}{s(3)} = 1 - \frac{l_8}{l_3} = 1 - \frac{98\,258}{98\,458} = 0,002.$$

¹ Бауэрс Н., Гербер Х., Джоґс Д., Несбитт С., Хикман Дж. Актуарная математика: Пер. с англ. / Под ред. В.К. Малиновского. — М.: Янус-К, 2001; Оленко А.Я. Збірник задач з актуарної математики. — К.: ВПЦ "Київський університет", 2005.

Згідно з формулою (24.10), ймовірність того, що особа віком 3 роки помре між 6 та 9 роками, дорівнює

$$\frac{s(6) - s(9)}{s(3)} = \frac{l_6 - l_9}{l_3} = \frac{98\,341 - 98\,230}{98\,458} = 0,0011.$$

Перейдемо тепер до другої, неймовірнішої, інтерпретації таблиць смертності. Вона за природою детерміністична і приводить до поняття сукупності *детермінованого дожиття*, або *когорти*.

Сукупність детермінованого дожиття, як видно з таблиці смертності, має такі характеристики:

- спочатку складається з l_0 осіб віку 0;
- для членів сукупності в будь-якому віці діють фактичні річні коефіцієнти смертності (вибуття), які визначаються величинами q_x в таблиці смертності;
- сукупність є замкнутою. До неї не може входити ніхто, крім тих l_0 осіб, які були в ній на самому початку. Вихід із цієї сукупності обумовлений фактичними річними коефіцієнтами смертності (вибуття) і лише ними.

З наведених вище характеристик маємо

$$\begin{aligned} l_1 &= l_0(1 - q_0) = l_0 - d_0, \\ l_2 &= l_1(1 - q_1) = l_1 - d_1 = l_0 - (d_0 + d_1), \\ &\dots\dots\dots \\ l_x &= l_{x-1}(1 - q_{x-1}) = l_{x-1} - d_{x-1} = l_0 - \sum_{y=0}^{x-1} d_y = \\ &= l_0 \left(1 - \frac{1}{l_0} \sum_{y=0}^{x-1} d_y \right) = l_0(1 - {}_xq_0), \end{aligned} \quad (24.28)$$

де l_x позначає число осіб, що дожили до віку x у сукупності дожиття. Число l_0 називається *коренем таблиці смертності*. Ці рівності можна переписати так:

$$\begin{aligned} l_1 &= l_0 p_0, \\ l_2 &= l_1 p_1 = (l_0 p_0) p_1, \\ &\dots\dots\dots \\ l_x &= l_{x-1} p_{x-1} = l_0 \left(\prod_{y=0}^{x-1} p_y \right) = l_0 \cdot {}_x p_0. \end{aligned} \quad (24.29)$$

Між сукупністю детермінованого дожиття і моделлю складних відсотків є аналогія, деякі положення якої підсумовуються в табл. 24.2.

Таблиця 24.2. Поняття теорії складних відсотків і відповідні їм поняття в теорії сукупностей детермінованого дожиття

Складні відсотки	Сукупність дожиття
$A(t)$ = Величина капіталу в момент часу t , час вимірюється в роках	l_x = Розмір групи віку x , вік вимірюється в роках
Ефективна річна відсоткова ставка (приріст) $i_t = \frac{A(t+1) - A(t)}{A(t)}$	Фактичний річний коефіцієнт смертності (вибуття) $q_x = \frac{l_x - l_{x+1}}{l_x}$
Ефективна n -річна відсоткова ставка, починаючи з часу t ${}_n i_t = \frac{A(t+n) - A(t)}{A(t)}$	Фактичний n -річний коефіцієнт смертності, починаючи з віку x ${}_n q_x = \frac{l_x - l_{x+n}}{l_x}$
Інтенсивність нарахування відсотка в момент часу t $\delta_t = \lim_{\Delta t \rightarrow 0} \frac{A(t+\Delta t) - A(t)}{A(t)\Delta t} = \frac{1}{A(t)} \frac{dA(t)}{dt}$	Інтенсивність смертності у віці x $\mu(x) = \lim_{\Delta x \rightarrow 0} \frac{l_x - l_{x+\Delta x}}{l_x \Delta x} = -\frac{1}{l_x} \frac{dl_x}{dx}$

Заголовки до стовпців табл. 24.1 для l_x, d_x, q_x, p_x належать до сукупності детермінованого дожиття. Хоча математичні основи для сукупностей випадкового і детермінованого дожиття різні, функції l_x, d_x, q_x, p_x мають однакові математичні властивості і аналізуються однаково. Поняття сукупності випадкового дожиття має перевагу в тому, що воно дає змогу користуватися усім апаратом теорії ймовірностей. Сукупність детермінованого дожиття концептуально простіша і її легше використовувати, хоча вона не відображає випадкових коливань чисельності тих, хто дожив до певного віку.

Далі отримаємо вирази для основних числових характеристик розподілів випадкових величин $T(x)$ і $K(x)$ і введемо загальний метод обчислення деяких з цих характеристик.

Математичне сподівання $T(x)$, що позначається через e_x^0 , називається *повною очікуваною тривалістю життя*. Використовуючи формулу (24.20), отримаємо

$$\begin{aligned} e_x^0 &= M[T(x)] = \int_0^\infty t \cdot {}_tP_x \mu(x+t) dt = \\ &= \int_0^\infty t \cdot d_t(-{}_tP_x) = t \cdot (-{}_tP_x) \Big|_0^\infty + \int_0^\infty {}_tP_x dt. \end{aligned} \quad (24.30)$$

З існування $M[T(x)]$ випливає співвідношення $\lim_{t \rightarrow \infty} t \cdot (-{}_tP_x) = 0$. Таким чином,

$$e_x^0 = \int_0^\infty {}_tP_x dt. \quad (24.31)$$

Повна очікувана тривалість життя у різному віці часто використовується для порівняння рівнів охорони здоров'я країн.

Аналогічно підраховується другий момент:

$$M[T(x)^2] = \int_0^\infty t^2 \cdot {}_tP_x \mu(x+t) dt = 2 \int_0^\infty t \cdot {}_tP_x dt.$$

Тоді дисперсія дорівнює

$$D[T(x)] = M[T(x)^2] - (M[T(x)])^2 = 2 \int_0^\infty t \cdot {}_tP_x dt - \left(e_x^0\right)^2.$$

Медіану тривалості майбутнього життя особи (x), яка позначається через $m(x)$, можна знайти як розв'язок рівняння

$$P(T(x) > m(x)) = \frac{1}{2}, \text{ або } \frac{s(x+m(x))}{s(x)} = \frac{1}{2}$$

відносно $m(x)$. У конкретному випадку $m(0)$ є розв'язком рівняння $s(m(0)) = 1/2$.

Моду розподілу випадкової величини $T(x)$ буде те значення t , за якого значення функції ${}_tP_x \mu(x+t)$ буде максимальним.

Математичне сподівання випадкової величини $K(x)$ позначається через e_x . Ця величина називається *покроковою очікуваною тривалістю життя*. Її числові характеристики дорівнюють:

$$e_x = M[K] = \sum_{k=0}^\infty k \cdot {}_kP_x q_{x+k} = \sum_{k=0}^\infty k({}_kP_x - {}_{k+1}P_x) = \sum_{k=1}^\infty {}_kP_x = \sum_{k=1}^\infty {}_kP_x;$$

$$\begin{aligned} M[K(x)^2] &= \sum_{k=0}^\infty k^2 \cdot {}_kP_x q_{x+k} = \sum_{k=0}^\infty (2k+1) \cdot {}_{k+1}P_x = \sum_{k=1}^\infty (2k-1) \cdot {}_kP_x; \\ D[K] &= M[K^2] - (M[K])^2 = \sum_{k=1}^\infty (2k-1) \cdot {}_kP_x - e_x^2. \end{aligned}$$

Символ L_x означає загальну очікувану кількість років, прожитих між віком x та $x+1$ особами з цієї групи, що містить l_0 новонароджених, які дожили до віку x . Тоді

$$L_x = \int_0^1 t \cdot l_{x+t} \mu_{x+t} dt + l_{x+1},$$

де інтеграл у правій частині дорівнює числу років, прожитих тими, хто помер у віковому інтервалі між x та $x+1$, а l_{x+1} дорівнює числу років, прожитих у віковому інтервалі між x та $x+1$ тими, хто дожив до віку $x+1$. Інтегрування частинами дає

$$L_x = - \int_0^1 t \cdot dl_{x+t} + l_{x+1} = -t \cdot l_{x+t} \Big|_0^1 + \int_0^1 l_{x+t} dt + l_{x+1} = \int_0^1 l_{x+t} dt.$$

Функція L_x також використовується при визначенні *вікового коефіцієнта смертності* в інтервалі між x і $x+1$, який позначається через m_x , де

$$m_x = \frac{\int_0^1 l_{x+t} \mu(x+t) dt}{\int_0^1 l_{x+t} dt} = \frac{l_x - l_{x+1}}{L_x}.$$

Наведені вище визначення для m_x і L_x можна поширити на вікові інтервали довжиною більшою від одиниці.

$${}_nL_x = - \int_0^n t \cdot l_{x+t} \mu(x+t) dt + n \cdot l_{x+n} = \int_0^n l_{x+t} dt,$$

$${}_n m_x = \frac{\int_0^n l_{x+t} \mu(x+t) dt}{\int_0^n l_{x+t} dt} = \frac{l_x - l_{x+n}}{{}_nL_x}.$$

Для сукупності випадкового дожиття ${}_nL_x$ є загальною очікуваною кількістю років, прожитих у віковому інтервалі між x і $x+n$ для осіб, що дожили до віку x з вихідної групи, що містить l_0 новонароджених, а ${}_n m_x$ є віковим коефіцієнтом смерт-

ності, що можна спостерігати для цієї групи на інтервалі $(x, x + n)$.

Символ T_x означає загальну кількість років, прожитих після досягнення віку x особами, що дожили до цього віку з вихідної групи, яка має l_0 новонароджених. Маємо

$$T_x = \int_0^{\infty} t \cdot l_{x+t} \mu(x+t) dt = - \int_0^{\infty} t dl_{x+t} = \int_0^{\infty} l_{x+t} dt.$$

Останній вираз можна інтерпретувати як інтеграл від загального часу, прожитого між віком $x + t$ і $x + t + dt$ групою з l_{x+t} осіб, що дожили до цього вікового інтервалу. Звернемо також увагу, що T_x є межею величини ${}_n L_x$, коли n прямує до нескінченності.

Середня кількість років майбутнього життя для l_x осіб з групи, що дожили до віку x , визначається виразом

$$\frac{T_x}{l_x} = \frac{\int_0^{\infty} l_{x+t} dt}{l_x} = \int_0^{\infty} {}_t P_x = e_x$$

відповідно до формул (24.30) і (24.31).

Знайдемо вираз для середньої кількості років, прожитих між віками x і $x + n$ групою з l_x осіб, що дожили до віку x :

$$\frac{{}_n L_x}{l_x} = \frac{\int_0^n l_{x+t} dt}{l_x} = \frac{T_x - T_{x+n}}{l_x} = \int_0^n {}_t P_x.$$

Ця функція є зрізаною (на n -річному інтервалі) повною очікуваною тривалістю життя для осіб (x) і позначається через $e_{x:\overline{n}|}$.

Останньою функцією, пов'язаною з інтерпретацією таблиці смертності, є середня кількість років, прожитих між віком x та $x + 1$ тими особами в групі, що дожили до віку x , які вмирають у деякий момент між цими віками. Ця функція позначається через $a(x)$ і визначається співвідношенням

$$a(x) = \frac{\int_0^1 t \cdot l_{x+t} \mu(x+t) dt}{\int_0^1 l_{x+t} \mu(x+t) dt}.$$

За ймовірнісного погляду на таблиці смертності отримаємо

$$a(x) = \frac{\int_0^1 t \cdot {}_t P_x \mu(x+t) dt}{\int_0^1 {}_t P_x \mu(x+t) dt} = M[T/T < 1].$$

Якщо припустити, що $l_{x+t} \mu(x+t) dt = d_x dt$, $0 \leq t \leq 1$, тобто моменти смерті рівномірно розподілені всередині річного вікового інтервалу, то отримаємо

$$a(x) = \int_0^1 t dt = \frac{1}{2}.$$

Це звичайне наближення функції $a(x)$, придатне для осіб різного віку, окрім зовсім юних і дуже старих, де це припущення може не відповідати дійсності.

Справедлива рівність $L_x = a(x)l_x + [1 - a(x)]l_{x+1}$.

24.4. Деякі аналітичні закони смертності

У табл. 24.3 наводяться кілька сімейств простих аналітичних функцій смертності й дожиття, що відповідають різним відомим законам. Для зручності посилань наведені назви законів, що лежать у їхній основі, і дати публікації.

Зазначимо такі факти:

- спеціальні символи визначаються формулами $m = \frac{B}{\ln c}$, $u = \frac{k}{(n+1)}$;
- закон Гомперца є контактним випадком закону Мейкема при $A = 0$;
- якщо $c = 1$ у законах Гомперца й Мейкема, то отримаємо експоненціальний (постійна інтенсивність смертності) розподілу;
- доданок A у законі Мейкема не залежить від віку і відповідає смертності від нещасних випадків, у той час як доданок Bc^x описує вплив віку на смертність (старіння) і в цьому сенсі відповідає смертності від "природних" причин.

Таблиця 24.3. Функції смертності й дожиття для різних розподілів

Законои смертності (розподіли)	$\mu(x)$	$s(x)$	Обмеження
Де Муавр (1729)	$(\omega - x)^1$	$1 - x/\omega$	$0 \leq x < \omega$
Гомперц (1825)	Bc^x	$\exp(-m(c^x - 1))$	$B > 0, c > 1, x \geq 0$
Мейкем (1860)	$A + Bc^x$	$\exp(-Ax - m(c^x - 1))$	$B > 0, A \geq -B, c > 1, x \geq 0$
Вейбулл (1939)	kx^n	$\exp(-ux^{n+1})$	$k > 0, n > 0, x \geq 0$

Нижче зібрано основні поняття, згадані в цьому розділі, відповідні терміни, позначення й описи (табл. 24.4).

Таблиця 24.4. Основні позначення розділу 24

Позначення	Назва або опис поняття
(x)	Позначення особи віку x
X	Вік у момент смерті, випадкова величина
$T(x)$	Тривалість майбутнього життя особи (x), дорівнює $X - x$
$K(x)$	Покрокова тривалість майбутнього життя особи (x), дорівнює цілій частини від $T(x)$
$s(x)$	Функція дожиття, дорівнює ймовірності того, що новонароджений доживе принаймні до віку x
$\mu(x)$	Інтенсивність смертності у віці x
$\mu_x(t)$	Інтенсивність смертності після досягнення віку $x + t$ за умови селекції у віці x
${}_tq_x$	Імовірність того, що особа (x) помре протягом t років
${}_t p_x$	Імовірність того, що особа (x) проживе принаймні t років

Закінчення табл. 24.4

Позначення	Назва або опис поняття
${}_t q_x$	Імовірність того, що особа (x) помре у віці між t і $t + u$ роками
${}_0 e_x$	Повна очікувана тривалість життя особи (x), дорівнює $M[T(x)]$
e_x	Покрокова очікувана тривалість життя особи (x), дорівнює $M[K(x)]$
$L(x)$	Число тих, хто дожив до віку x у когорті, випадкова величина
${}_n D_x$	Число померлих між віком x та $x + n$ у когорті
l_x	Математичне сподівання числа осіб, що дожили до віку x , дорівнює $M[L(x)]$
${}_n d_x$	Математичне сподівання числа смертей між віком x та $x + n$, дорівнює $M[{}_n D_x]$
${}_n L_x$	Очікувана кількість років, прожитих між віком x та $x + n$ особами, що дожили до віку x , з вихідної групи l_0 осіб
T_x	Очікувана кількість років, прожитих після віку x особами, що дожили до віку x , з вихідної групи l_0 осіб
${}_0 e_{x:\overline{n} }$	Зрізана (на n -річному інтервалі) повна очікувана тривалість життя для осіб (x)
$a(x)$	Середня кількість років, прожитих між віком x та $x + 1$ тими особами в групі, що дожили до віку x , які вмирають е деякий момент між цими віками
m_x	Віковий коефіцієнт смертності на інтервалі $(x, x + 1)$
ω	Граничний вік у таблиці смертності

Висновки

1. У цьому розділі розглянуто основні моделі тривалості життя. Основними елементом цих моделей є тривалість майбутнього життя.

2. Розглянуто основні ймовірнісні характеристики моделі тривалості життя: функція дожиття, ймовірності смерті, покорова тривалість майбутнього життя.

3. Важливою характеристикою моделі тривалості життя є інтенсивність смертності.

4. Незамінним компонентом багатьох моделей актуарної математики є таблиці смертності.

5. Між сукупністю детермінованого дожиття і моделлю складних відсотків є аналогія.

6. У законах смертності Гомперца й Мейкема найчастіше використовуються в моделях тривалості життя.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Тривалість майбутнього життя; функція дожиття; покорова тривалість майбутнього життя; інтенсивність смертності; таблиці смертності; сукупність випадкового дожиття; сукупність детермінованого дожиття; корінь таблиці смертності; повна очікувана тривалість життя; покорова очікувана тривалість життя; віковий коефіцієнт смертності; зрізана повна очікувана тривалість життя; закони смертності; закон Гомперца; закон Мейкема.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Дайте визначення функції дожиття та розподілу покорової тривалості майбутнього життя.

2. Як через інтенсивність смертності можна визначити функцію дожиття?

3. Доведіть, що кожна з наведених нижче функцій може позначати інтенсивність смертності:

а) Bc^x , $B > 0$, $c > 1$ (Гомперц);

б) kx^n , $n > 0$, $\partial o > 0$ (Вейбулл);

в) $a(b+x)^{-1}$, $a > 0$, $b > 0$ (Парето).

4. Доведіть, що наведена нижче функція може бути функцією дожиття, і знайдіть відповідні $F_x(x)$, $f_x(x)$, $\mu(x)/s(x) = e^{-x^{3/12}}$, $x \geq 0$.

5. При $s(x) = 1 - \frac{x}{100}$, $0 \leq x \leq 100$ знайдіть:

а) $\mu(x)$; б) $F_x(x)$; в) $f_x(x)$; г) $P(10 < X < 40)$.

6. Використовуючи функцію дожиття з прикладу 5, визначте функцію дожиття, інтенсивність смертності й щільність розподілу тривалості майбутнього життя для особи (вік 40 років).

7. При $s(x) = \sqrt{1 - \frac{x}{100}}$, $0 \leq x \leq 100$, знайдіть:

а) ${}_{17}P_{19}$; б) ${}_{15}q_{36}$; в) ${}_{15|13}q_{36}$; г) $\mu(36)$; д) $M[T(36)]$.

8. Нехай функція щільності випадкової величини T задається співвідношенням $f_T(t) = ce^{-ct}$ для $t \geq 0$, $c > 0$. Підрахуйте ${}^0e_x = M[T]$, $D[T]$.

9. Нехай $\mu(x+t) = t$, $t \geq 0$, підрахуйте ${}_x p_x \cdot \mu(x+t)$, 0e_x .

10. Нехай функція розподілу $T(x)$ має вигляд

$$F_{T(x)}(t) = \begin{cases} t/(100-x), & 0 \leq t < 100-x, \\ 1, & t \geq 100-x. \end{cases}$$

Знайдіть 0e_x , $D[T(x)]$.

11. Перевірте такі твердження:

$$a) a(x) \cdot d_x = L_x - l_{x+1}; \quad б) T_x = \sum_{k=0}^{\infty} L_{x+k}.$$

12. Розгляньте модифікацію закону Муавра, що задається співвідношеннями

$$s(x) = \left(1 - \frac{x}{w}\right)^{\alpha}, \quad 0 \leq x < w, \quad \alpha > 0.$$

Підрахуйте: а) $\mu(x)$; б) e_x .

13. Використовуючи таблицю смертності населення Тернопільської області віком до 10 років за 1997—1998 рр. (табл. 24.1), обчисліть імовірність того, що особа у віці 5 років:

- а) доживе до віку 10 років;
- б) помре, не доживши до віку 7 років;
- в) помре між 7 та 9 роками.

Література

1. Бауэрс Н., Гербер Х., Джоґс Д., Несбитт С., Хикман Дж. *АктUARная математика: Пер. с англ.* / Под ред. В.К. Малиновского. — М.: Янус-К, 2001.
2. Оленко А.Я. *Збірник задач з актуарної математики.* — К.: ВПЦ “Київський університет”, 2005.
3. Шумелда Я. *Основи актуарних розрахунків.* — Т., 2003.
4. Gerber H.U. *Life Insurance Mathematics.* — Berlin; Zurich: Springer-Verlag and Swiss Association of Actuaries, 1990.

Розділ 25 СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

- 25.1. *Страхові угоди з виплатами в момент смерті.*
- 25.2. *Страхові угоди з виплатами наприкінці року смерті.*
- 25.3. *Страхові анuitети.*
- 25.4. *Нетто-премії.*
- 25.5. *Нетто-резерви.*

Як вже зазначалося, страхові системи призначені для зменшення несприятливих фінансових наслідків випадкових подій певного вигляду. У цьому розділі розглянуто моделі страхування життя, призначені для зменшення фінансових наслідків такої випадкової події, як передчасна смерть. Через довгостроковий характер цього виду страхування величина інвестиційного доходу, що отримується аж до моменту виплати, створює великий елемент невизначеності. Ця невизначеність має дві причини: невідома прибутковість і невідома тривалість інвестиційного періоду. У цьому розділі для невизначених інвестиційних доходів розглядається детермінована модель. Іншими словами, модель буде побудована в термінах функції T , тривалості майбутнього життя.

25.1. Страхові угоди з виплатами в момент смерті

Нехай величина і час виплати за угодою страхування на випадок смерті залежать тільки від довжини інтервалу з моменту укладення угоди страхування до моменту смерті страхувальника. В описі моделі використовуватимуться функція страхових виплат b_t і функція дисконтування v_t . У межах нашої моделі v_t є коефіцієнтом дисконтування від моменту виплати до моменту укладення страхової угоди (тобто у зворотному напрямку), причому t є довжиною інтервалу часу від моменту укладення договору до моменту смерті страхувальника. Якщо йдеться про змішане страхування, яке розглядається нижче в цьому розділі, то t може бути більшим або дорівнювати довжині інтервалу часу від укладення договору до моменту виплати.

За такої функції дисконтування припустимо, що відповідна інтенсивність нарахування відсотка δ є детермінованою величиною. Це означає, що модель не передбачає ймовірнісного розподілу для інтенсивності нарахування відсотка.

Визначимо функцію поточної вартості z_t формулою

$$z_t = b_t v_t. \quad (25.1)$$

Таким чином, z_t позначає поточну вартість страхової виплати на момент укладення договору. Час, що минув з моменту укладення договору до моменту смерті страхувальника, є тривалістю майбутнього життя страхувальника. Ця випадкова величина позначається через $T = T(x)$. Вона була визначена у розділі 24. Поточна вартість страхової виплати на момент укладення договору є випадковою величиною $Z = z_T$. Отже,

$$Z = b_T v_T. \quad (25.2)$$

Перший етап аналізу страхування життя полягає у визначенні величин b_t і v_t . Наступним етапом буде визначення деяких характеристик імовірнісного розподілу випадкової величини Z . Проаналізуємо ці етапи стосовно декількох стандартних видів страхування.

Страхові угоди з постійними страховими виплатами. Страхування на випадок смерті строком на n років припускає, що страхова виплата здійснюється тільки у випадку, якщо страхувальник помре протягом n років з моменту укладення договору страхування. Якщо у момент смерті особи (x) проводиться виплата розміром 1, то

$$b_t = \begin{cases} 1, & t \leq n, \\ 0, & t > n, \end{cases} \quad v_t = v^t, t \geq 0, \quad Z = \begin{cases} v^T, & T \leq n, \\ 0, & T > n. \end{cases}$$

Тут v — поточна вартість суми розміру одиниця в кінці періоду нарахування відсотків, зазвичай це один рік, $v = e^{-\delta}$.

У цих визначеннях використовуються три припущення. По-перше, оскільки тривалість майбутнього життя — невід’ємна величина, визначаємо b_t , v_t і Z тільки на множині невід’ємних чисел. По-друге, для значення t , за якого функція b_t дорівнює нулю, значення v_t неістотно. Для таких t задається значення v_t з міркувань зручності. По-третє, якщо не обумовлене протилежне, інтенсивність нарахування відсотка передбачається постійною.

Математичне сподівання випадкової величини Z , що позначає поточну вартість, називається *актуарною поточною вартістю страхування*. Цей термін типовий для страхування власності й цивільної відповідальності. Точніший, хоч і більш громіздкий термін — *математичне сподівання поточної вартості виплат*.

Актуарна поточна вартість страхування, за якого проводиться виплата розміром 1, найчастіше позначається через A . Вік страхувальника на момент обчислення задається в індексі.

Актуарна поточна вартість $M[Z]$ для страхування строком на n років з виплатою розміром 1 у момент смерті особи (x) позначається через $\bar{A}_{x:\overline{n}|}$ (наводимо позначення, прийняте в Міжнародній системі актуарних позначень). Цю величину можна обчислити таким чином:

$$\bar{A}_{x:\overline{n}|} = M[Z] = M[z_T] = \int_0^n z_t f_T(t) dt = \int_0^n v^t \cdot {}_t p_x \cdot \mu_x(t) dt. \quad (25.3)$$

Момент j -го порядку випадкової величини Z можна знайти таким чином:

$$M[Z^j] = \int_0^n (v^t)^j \cdot {}_t p_x \cdot \mu_x(t) dt = \int_0^n e^{-(\delta j)t} \cdot {}_t p_x \cdot \mu_x(t) dt.$$

Другий інтеграл показує, що момент j -го порядку Z дорівнює актуарній поточній вартості страхування строком на n років з виплатою величиною 1 у момент смерті особи (x), розрахованої виходячи з інтенсивності нарахування відсотка, що дорівнює заданій інтенсивності нарахування відсотка, помноженій на j , тобто $j\delta$.

Тоді

$$D[Z] = \bar{A}_{x:\overline{n}|}^{2-1} - \left(\bar{A}_{x:\overline{n}|}^{-1} \right)^2, \quad (25.4)$$

де $\bar{A}_{x:\overline{n}|}^{2-1}$ є актуарною поточною вартістю страхування строком на n років з виплатою розміром 1 за інтенсивності нарахування відсотка 2δ .

Безстрокове страхування на випадок смерті допускає виплату у разі смерті страхувальника, в який би момент у майбутньому вона не відбулася. Якщо величина виплати становить 1 і виплата проводиться у момент смерті особи (x), то

$$b_t = 1, t \geq 0, v_t = v^t, t \geq 0, Z = v^T, T \geq 0.$$

Актуарна поточна вартість дорівнює

$$\bar{A}_x = M[Z] = \int_0^{\infty} v^t \cdot {}_t p_x \cdot \mu_x(t) dt. \quad (25.5)$$

Безстрокове страхування на випадок смерті є граничним випадком для страхування на випадок смерті строком n років при $n \rightarrow \infty$.

Приклад 25.1. Нехай функція щільності тривалості майбутнього життя T для особи (x) має вигляд

$$f_T(t) = \begin{cases} 1/85, & 0 \leq t \leq 85, \\ 0, & t > 85. \end{cases}$$

Для випадкової величини Z , що позначає поточну вартість безстрокового страхування на випадок смерті з виплатою розміром 1, укладеного з особою (x), за інтенсивності нарахування відсотка δ , обчислимо актуарну поточну вартість, дисперсію:

$$\bar{A}_x = M[Z] = \int_0^{\infty} v^t f_T(t) dt = \int_0^{85} e^{-\delta t} \frac{1}{85} dt = \frac{1 - e^{-85\delta}}{85\delta}, \delta \neq 0.$$

$$\text{Згідно з формулою (25.4)} \quad D[Z] = \frac{1 - e^{-170\delta}}{170\delta} - \left(\frac{1 - e^{-85\delta}}{85\delta} \right)^2.$$

Визначимо тепер величину початкового інвестиційного фонду для портфеля страхових угод. Використаємо модель індивідуальних ризиків і нормальну апроксимацію.

Приклад 25.2. Припустимо, що кожна з 200 незалежних осіб:

- має вік x ;
- схильна до постійної інтенсивності смертності, $\mu = 0,05$;
- уклала договір страхування з виплатою 12 одиниць у момент смерті.

Страхові виплати проводяться із засобів інвестиційного фонду, причому $\delta = 0,07$. Розрахуємо мінімальну величину фонду h у момент $t = 0$, щоб коштів для страхових виплат на випадок смерті кожного зі страхувальників виявилось достатньо з ймовірністю 0,95.

Для кожної особи

$$b_t = 12, t \geq 0, v_t = v^t, t \geq 0, Z = 12 \cdot v^T, T \geq 0.$$

Вважатимемо, що страхувальники яким-небудь чином пронумеровані, наприклад, номерами укладених з ними договорів. Тоді у момент $t = 0$ поточна вартість всіх майбутніх виплат дорівнює $S = \sum_{j=1}^{200} Z_j$, де Z_j — поточна вартість у момент часу $t = 0$ тієї виплати, яку доведеться провести у момент смерті особи з номером j .

Для постійної інтенсивності нарахування відсотка δ і постійній інтенсивності смертності μ актуарна поточна вартість безстрокового страхування життя з виплатою величиною 1 дорівнює

$$\bar{A}_x = \int_0^{\infty} e^{-\delta t} e^{-\mu t} \mu dt = \frac{\mu}{\mu + \delta}.$$

Отже, для нашого прикладу

$$M[Z] = 12\bar{A}_x = 12 \frac{0,05}{0,12} = 5,$$

$$M[Z^2] = 144 \cdot {}^2\bar{A}_x = 144 \frac{0,05}{0,05 + 2(0,07)} = 37,89 \quad \text{і} \quad D[Z] = 12,89.$$

Використовуючи ці значення середнього і дисперсії кожного з доданків в сумі S , отримуємо

$$M[S] = 200 \cdot 5 = 1000, \quad D[S] = 200 \cdot 12,89 = 2578, \quad \sqrt{D[S]} = 55,77.$$

Необхідна мінімальна величина фонду визначається зі співвідношення $P(S \leq h) = 0,95$, що еквівалентно

$$P\left(\frac{S - M[S]}{\sqrt{D[S]}} \leq \frac{h - 1000}{55,77}\right) = 0,95.$$

Застосовуючи нормальну апроксимацію (див. табл. 23.1), отримуємо

$$\frac{h - 1000}{55,77} = 1,645, \quad h = 1091,74.$$

Різниця між початковим капіталом 1091,74 і математичним сподіванням справжньої вартості всіх платежів 1000, що становить 91,74, є ризиковою надбавкою. Надбавка на одну особу становить 0,4587, або 3,82 %, на виплату розміром 1, або 9,17 % актуарній справжній вартості.

Змішане страхування. Страхування на дожиття строком на n років передбачає виплату після закінчення n років лише тоді, коли застрахований буде живий після n років з моменту укладення страхової угоди. Якщо сума, що буде виплачена, становить 1, то

$$b_t = \begin{cases} 0, & t \leq n, \\ 1, & t > n, \end{cases} \quad v_t = v^n, \quad t \geq 0, \quad Z = \begin{cases} 0, & T \leq n, \\ v^n, & T > n. \end{cases}$$

Єдиним елементом невизначеності у страхуванні на дожиття є факт того, відбудеться чи не відбудеться страхова виплата. Розмір і час здійснення виплати за умови, що виплата відбудеться, визначені заздалегідь. У виразі $Z = v^n Y$ величина Y є індикатором події "дожиття до віку $x + n$ ". Ця величина набуває значення 1, якщо застрахований доживе до віку $x + n$, і значення 0 у протилежному випадку. Для позначення актуарної поточної вартості страхування на дожиття строком на n років є два символи. У контексті страхування це величина $A_{x:\overline{n}|}^1$. У наступному підрозділі ми побачимо, що в контексті ануїтетів ця величина позначається через ${}_n E_x$.

$$A_{x:\overline{n}|}^1 = M[Z] = v^n M[Y] = v^n \cdot {}_n p_x \text{ і,}$$

$$D[Z] = v^{2n} D[Y] = v^{2n} {}_n p_x \cdot {}_n q_x = {}^2 A_{x:\overline{n}|}^1 - (A_{x:\overline{n}|}^1)^2. \quad (25.6)$$

Змішане страхування строком на n років передбачає виплату після смерті страхувальника або після дожиття до n -річного віку залежно від того, що сталося раніше. Якщо розмір виплати — 1 і виплати на випадок смерті здійснюються в момент смерті, то

$$b_t = 1, \quad t \geq 0, \quad v_t = \begin{cases} v^t, & t \leq n, \\ v^n, & t > n, \end{cases} \quad Z = \begin{cases} v^T, & T \leq n, \\ v^n, & T > n. \end{cases}$$

Актуарна поточна вартість позначається через $\bar{A}_{x:\overline{n}|}$. Окрім того,

$$D[Z] = {}^2 \bar{A}_{x:\overline{n}|} - (\bar{A}_{x:\overline{n}|})^2. \quad (25.7)$$

Таке страхування можна розглядати як комбінацію страхування на випадок смерті строком на n років і страхування на дожиття строком на n років — у кожному випадку з виплатою розміром 1. Нехай Z_1 , Z_2 і Z_3 — випадкові величини, що позначають поточну вартість угоди строкового страхування, страхування на дожиття і змішаного страхування відповідно, в кожному з яких страхова виплата здійснюється в момент смерті особи (x). Тоді з попередніх визначень:

$$Z_1 = \begin{cases} v^T, & T \leq n, \\ 0, & T > n, \end{cases} \quad Z_2 = \begin{cases} 0, & T \leq n, \\ v^n, & T > n, \end{cases} \quad Z_3 = \begin{cases} v^T, & T \leq n, \\ v^n, & T > n. \end{cases}$$

Очевидно, що

$$Z_3 = Z_1 + Z_2, \quad (25.8)$$

і поразивши математичне сподівання обох частин, отримуємо

$$\bar{A}_{x:\overline{n}|} = \bar{A}_{x:\overline{n}|}^1 + A_{x:\overline{n}|}^1. \quad (25.9)$$

За допомогою рівняння (25.8) знайдемо $D[Z_3]$:

$$D[Z_3] = D[Z_1] + D[Z_2] + 2Cov(Z_1, Z_2). \quad (25.10)$$

Оскільки $Cov(Z_1, Z_2) = M[Z_1 Z_2] - M[Z_1]E[Z_2]$ і $Z_1 Z_2 = 0$ для всіх T , то

$$Cov(Z_1, Z_2) = -M[Z_1]E[Z_2] = -\bar{A}_{x:\overline{n}|}^1 \cdot A_{x:\overline{n}|}^1 \quad (5.11)$$

Підстановка формул (25.4), (25.6) і (25.11) у (25.10) дає формулу для $D[Z_3]$ у термінах актуарної поточної вартості для

страхування на випадок смерті строком на n років і для страхування на дожиття.

Відстрочене страхування. *Страховання, відстрочене на m років*, передбачає виплату відразу після смерті страхувальника лише в тому випадку, якщо він помре не раніше ніж через m років після укладення страхової угоди. Сума, що виплачується, і строк, на який укладено угоду, можуть бути будь-якими зі згаданих вище. Наприклад, безстрокове страхування на випадок смерті, відстрочене на m років, з виплатою на час смерті страхувальника суми, що дорівнює 1, визначається співвідношенням

$$b_t = \begin{cases} 1, & t > m, \\ 0, & t \leq m, \end{cases} \quad v_t = v^t, \quad t \geq 0, \quad Z = \begin{cases} v^T, & T > m, \\ 0, & T \leq m. \end{cases}$$

Актуарна поточна вартість такого страхування позначається через ${}_m\bar{A}_x$ і дорівнює ${}_m\bar{A}_x = \int_m^{\infty} v^t \cdot {}_tP_x \cdot \mu_x(t) dt$.

Приклад 25.3. Розглянемо безстрокове страхування на випадок смерті, відстрочене на чотири роки, з виплатою в момент смерті особи (x). Інтенсивність смерті μ для цієї особи дорівнює 0,05. При $\delta = 0,10$ для розподілу поточної вартості виплат підрахуємо математичне сподівання та дисперсію.

Для будь-яких μ і δ

$${}_4\bar{A}_x = \int_4^{\infty} e^{-\delta t} e^{-\mu t} \mu dt = \frac{\mu}{\mu + \delta} e^{-4(\mu + \delta)}.$$

Тому для $\mu = 0,05$ і $\delta = 0,10$

$${}_4\bar{A}_x = \frac{1}{3} e^{-0,6} = 0,1836, \quad D[Z] = \frac{0,05}{0,05 + 0,20} e^{-4(0,05 + 0,20)} - \frac{1}{9} e^{-1,2} = 0,04.$$

Страховання зі змінними виплатами. Загальну модель, що визначається формулою (25.1), можна використати в більшості застосувань. Ми використали її стосовно угод страхування життя з постійними виплатами. Також вона може застосовуватись до угод страхування, в яких величина виплат на випадок смерті або зростає, або спадає в арифметичній прогресії протягом усього строку дії страхової угоди або частини цього строку. Цей страховий продукт часто пропонується як додаткове по-

криття, коли основна страхова угода забезпечує повернення премій, що періодично сплачуються, в момент смерті, або коли ануїтет містить гарантію того, що виплати будуть відповідати обумовленій у цій угоді початковій премії.

Безстрокове страхування на випадок смерті з щорічно зростаючими страховими виплатами, відповідно до яких сплачується 1 у момент смерті протягом першого року, 2 в момент смерті протягом другого року і т. ін., характеризується такими функціями:

$$b_t = [t+1], \quad t \geq 0, \quad v_t = v^t, \quad t \geq 0, \quad Z = [T+1]v^T, \quad T \geq 0,$$

де $[a]$ позначає цілу частину числа a .

Актуарна поточна вартість для такого страхування позначається через $(\bar{I}A)_x$ і дорівнює $M[Z] = \int_0^{\infty} [t+1]v^t \cdot {}_tP_x \mu_x(t) dt$.

Збільшення страхової виплати, зазначеної в страховому договорі, можуть відбуватися частіше або рідше ніж один раз на рік. Для безстрокового страхування на випадок смерті зі зростаючими виплатами, що зростають m разів на рік, виплати становлять $\frac{1}{m}$ у момент смерті протягом першого з m інтервалів, на які буде поділений рік, $\frac{2}{m}$ в момент смерті протягом другого такого інтервалу і т. ін., збільшуючись на $\frac{1}{m}$ в кожному наступному інтервалі. Для такого страхування життя

$$b_t = \frac{[tm+1]}{m}, \quad t \geq 0, \quad v_t = v^t, \quad t \geq 0, \quad Z = \frac{v^T [Tm+1]}{m}, \quad T \geq 0.$$

Актуарна поточна вартість — це

$$(I^{(m)}\bar{A})_x = M[Z].$$

Граничний випадок при $m \rightarrow \infty$ для безстрокового страхування на випадок смерті зі страховими виплатами, що зростають m разів на рік, є страхуванням з виплатою суми t в момент смерті t . Відповідні функції мають вигляд $b_t = t, \quad t \geq 0, \quad v_t = v^t, \quad t \geq 0, \quad Z = Tv^T, \quad T \geq 0$.

У цьому випадку актуарна поточна вартість позначається через $(\bar{I}A)_x$. Таке безстрокове страхування на випадок смерті з неперервним збільшенням розміру виплат еквівалентне множині угод безстрокового відстроченого страхування на випа-

док смерті з постійними виплатами¹. З цієї еквівалентності випливає, що актуарні поточні вартості для зазначених страховань однакові.

Тобто

$$(\overline{IA})_x = \int_0^{\infty} t v^t \cdot {}_t p_x \mu_x(t) dt = \int_0^{\infty} \overline{A}_x ds.$$

Якщо за будь-якою з таких угод зі збільшенням розмірів виплат m разів на рік виплата на випадок смерті відбудеться лише у випадку, якщо смерть настала не пізніше ніж через n років з моменту укладення угоди, то ця угода називається угодою *страхування на випадок смерті строком на n років зі страховими виплатами, що зростають m разів на рік*.

У певному сенсі протилежними до угод страхування на випадок смерті строком на n років з щорічно зростаючими виплатами є угоди *страхування на випадок смерті строком на n років з щорічно спадаючими страховими виплатами*, згідно з якими в момент смерті, що сталася у першому році, виплачується сума n , у момент смерті, що сталася у другому році, — сума $n-1$ і т. д., так, що виплата стає нульовою по закінченні n -го року. Такій угоді відповідають функції

$$b_t = \begin{cases} n - [t], & t \leq n, \\ 0, & t > n, \end{cases} \quad v_t = v^t, \quad t \geq 0, \quad Z = \begin{cases} v^T (n - [T]), & T \leq n, \\ 0, & T > n. \end{cases}$$

Актуарна поточна вартість такої угоди страхування:

$$(\overline{DA})_{x:\overline{n}|}^1 = \int_0^n v^t (n - [t]) \cdot {}_t p_x \mu_x(t) dt.$$

Ця угода є протилежною до угоди страхування на випадок смерті строком на n років з виплатами, що щорічно збільшуються, в тому розумінні, що сума їх функцій виплат є постійною і дорівнює $n+1$ для строку в n років.

Усі наведені вище позначення для страхових угод з виплатами в момент смерті зведемо в одну таблицю (табл. 25.1).

¹ Gerber H.U. Life Insurance Mathematics. — Berlin; Zurich: Springer-Verlag and Swiss Association of Actuaries, 1990. — С. 108.

Таблиця 25.1. Страхові угоди з виплатами в момент смерті

Вид страхування	Функція виплат b_t	Функція дисконтування v_t	Функція поточної вартості z_t	Актуарна поточна вартість
Безстрокове страхування на випадок смерті	1	v^t	v^t	\overline{A}_x
Страхування на випадок смерті строком на n років	$1, t \leq n$ $0, t > n$	v^t	$v^t, t \leq n$ $0, t > n$	$\overline{A}_{x:\overline{n} }^1$
Страхування на дожиття строком на n років	$0, t \leq n$ $1, t > n$	v^n	$0, t \leq n$ $v^n, t > n$	$A_{x:\overline{n} }^1, {}_n E_x$
Змішане страхування строком на n років	1	$v^t, t \leq n$ $v^n, t > n$	$v^t, t \leq n$ $v^n, t > n$	$\overline{A}_{x:\overline{n} }$
Страхування строком на n років, відстрочене на m років	$1, m < t \leq n + m$ $0, t \leq m,$ $t > n + m$	v^t	$v^t, m < t \leq n + m$ $v^n, t \leq m, t > n + m$	$\overline{A}_{x:\overline{n} }^{m }$
Страхування строком на n років зі щорічно зростаючими виплатами	$[t+1], t \leq n$ $0, t > n$	v^t	$[t+1] v^t, t \leq n$ $0, t > n$	$(I\overline{A})_{x:\overline{n} }^1$
Страхування строком на n років зі щорічно спадаючими виплатами	$n - [t], t \leq n$ $0, t > n$	v^t	$(n - [t]) v^t, t \leq n$ $0, t > n$	$(D\overline{A})_{x:\overline{n} }^1$
Безстрокове страхування з виплатою, що зростають m разів на рік	$[tm+1]$	v^t	$v^t [tm+1] / m$	$(I^{(m)}\overline{A})_x$

25.2. Страхові угоди з виплатами наприкінці року смерті

У попередньому розділі були розглянуті моделі страхування життя, в яких виплати проводилися у момент смерті. На практиці більшість виплат проводяться у момент смерті, отже, відсотки нараховуються до того моменту, як виплати будуть реально проведені. Ці моделі формулювалися в термінах випадкової величини T — тривалість майбутнього життя страхувальника на момент укладення страхової угоди. Але в більшості практичних застосувань страхування життя найточнішою інформацією про розподіл T є таблиця смертності, в якій інформація дискретна. Насправді це інформація про випадкову величину K , покрокову тривалість майбутнього життя страхувальника у момент укладення угоди страхування, яка є функцією від T (розподіл величини K задається формулою (24.11)). У цьому підрозділі будуються моделі страхування життя, в яких величина і час виплат на випадок смерті залежать тільки від кількості повних років, прожитих страхувальником з моменту укладення угоди до моменту його смерті. Надалі будемо називати такі угоди страхування угодами з *виплатами, здійснюваними наприкінці року смерті*.

Ця модель формулюється в термінах покрокової тривалості майбутнього життя страхувальника. Функція виплат b_{k+1} і функція дисконтування v_{k+1} відповідно є величиною виплати і коефіцієнтом дисконтування, що належать до періоду від моменту здійснення виплати назад до моменту укладення угоди, якщо покрокова тривалість життя страхувальника дорівнює k , тобто він вмирає на $k + 1$ -му році з моменту укладення страхової угоди. Поточна, на момент укладення угоди, вартість цієї страхової виплати позначається через z_{k+1} і визначається за формулою

$$z_{k+1} = b_{k+1} v_{k+1}. \quad (25.12)$$

Якщо виходити з моменту укладення угоди, то номер страхового року, коли відбувається смерть, дорівнює 1 плюс покро-

кова тривалість майбутнього життя страхувальника K . Як і раніше, поточна вартість $Z = z_{K+1}$.

Для страхування строком на n років при виплаті розміром 1 наприкінці року смерті

$$b_{k+1} = \begin{cases} 1, & k = 0, 1, \dots, n-1 \\ 0, & k \geq n \end{cases}, \quad v_{k+1} = v^{k+1}, \quad Z = \begin{cases} v^{K+1}, & K = 0, 1, \dots, n-1 \\ 0, & K \geq n. \end{cases}$$

Актуарна поточна вартість для такого страхування задається формулою

$$A^1_{x:\overline{n}|} = M[Z] = \sum_{k=0}^{n-1} v^{k+1} \cdot {}_k p_x \cdot q_{x+k}. \quad (25.13)$$

Зазначимо, що символ для актуарної поточної вартості страхової виплати, здійсненої наприкінці року смерті, прийнятий у Міжнародній системі актуарних позначень, збігається з відповідним символом для випадку страхової виплати у момент смерті за винятком того, що зникає риска вгорі.

Аналогічно визначається дисперсія:

$$D[Z] = {}^2 A^1_{x:\overline{n}|} - (A^1_{x:\overline{n}|})^2, \quad \text{де } {}^2 A^1_{x:\overline{n}|} = \sum_{k=0}^{n-1} e^{-2\delta(k+1)} \cdot {}_k p_x \cdot q_{x+k}.$$

Справедливі рекурентні співвідношення для актуарних теперішніх вартостей страхування на фіксований строк

$$\begin{aligned} A^1_{x:\overline{n}|} &= \sum_{k=0}^{n-1} v^{k+1} \cdot {}_k p_x \cdot q_{x+k} = v \cdot q_x + \sum_{k=1}^{n-1} v^{k+1} \cdot {}_k p_x \cdot q_{x+k} = \\ &= v \cdot q_x + v \cdot p_x \sum_{k=1}^{n-1} v^k \cdot {}_{k-1} p_{x+1} \cdot q_{x+k} = v \cdot q_x + \\ &+ v \cdot p_x \sum_{j=0}^{n-2} v^{j+1} \cdot {}_j p_{x+1} \cdot q_{x+1+j} = v \cdot q_x + v \cdot p_x \cdot A^1_{x+1:\overline{n-1}|}. \end{aligned} \quad (25.14)$$

Щоб рівність (25.14) виконувалася при $n=1$, покладемо $A^1_{x:\overline{0}|} = 0$ для всіх x .

Модель для угоди безстрокового страхування, укладеного з особою (x), можна побудувати, спрямувавши n до нескінченності в моделі страхування строком на n років. Для актуарної поточної вартості ми отримуємо формулу

$$A_x = \sum_{k=0}^{\infty} v^{k+1} \cdot {}_k p_x \cdot q_{x+k}. \quad (25.15)$$

Домножуючи обидві частини формули (25.15) на l_x , отримуємо

$$l_x A_x = \sum_{k=0}^{\infty} v^{k+1} d_{x+k}. \quad (25.16)$$

Формула (25.16) означає рівність у момент укладання угоди страхування виразів для суми цих актуарних поточних вартостей для l_x осіб, застрахованих у віці x , і для величини, на яку зменшується фонд в результаті очікуваних смертей l_x осіб.

Вираз $\sum_{k=r}^{\infty} v^{k+1} d_{x+k}$ відповідає тій частині фонду у момент укладання угоди страхування, яка разом із відсотками, отриманими за передбачуваної відсоткової ставки, забезпечить страхові виплати у зв'язку з очікуваними смертями після r -го страхового року.

Аналогічно до рекурентної формули (25.14) справедлива рекурентна формула для актуарної поточної вартості безстрокового страхування на випадок смерті:

$$A_x = v \cdot q_x + v \cdot A_{x+1} \cdot p_x. \quad (25.17)$$

Аналіз співвідношення (25.17) сприяє розумінню природи величини A_x . Після заміни p_x на $1 - q_x$ і помноження обох частин на $(1+i)l_x$ співвідношення (25.17) можна переписати у вигляді

$$l_x(1+i)A_x = l_x A_{x+1} + d_x(1 - A_{x+1}), \quad (25.18)$$

де $v = \frac{1}{1+i}$, або $i = \frac{1}{v} - 1$ — ефективна річна відсоткова ставка.

Для сукупності випадкового дожиття це співвідношення має таку інтерпретацію. Разом з відсотками за перший рік величина A_x , помножена на l_x , середня кількість осіб, що дожили до віку x , дає величину A_{x+1} , помножену на l_x , і, крім того, величину $1 - A_{x+1}$, помножену на число d_x осіб, смерть яких очікується протягом цього року. Така величина для кожної очікуваної смерті $q_x(1 - A_{x+1})$ називається *річною вартістю страхування*.

Ділячи на l_x і потім віднімаючи $A_x + q_x(1 - A_{x+1})$ з обох частин формули (25.18), отримуємо

$$A_{x+1} - A_x = iA_x - q_x(1 - A_{x+1}). \quad (25.19)$$

Інакше кажучи, різниця між актуарними поточними вартостями для осіб віку x років і віку $x+1$ років дорівнює від-

соткам, нарахованим на актуарну поточну вартість у віці x за вирахуванням річної вартості страхування в цей рік.

Інший вираз для A_x можна отримати з формули (25.17), замінивши p_x на $1 - q_x$, помноживши обидві частини на v^x і перегрупувавши її члени. В результаті ми отримуємо $v^{x+1}A_{x+1} - v^x A_x = -v^{x+1}q_x(1 - A_{x+1})$, або $\Delta v^x A_x = -v^{x+1}q_x(1 - A_{x+1})$.

Підсумовуючи від $x=y$ до ∞ , отримаємо

$$-v^y A_y = -\sum_{x=y}^{\infty} v^{x+1} q_x (1 - A_{x+1})$$

$$\text{і, таким чином, } A_y = \sum_{x=y}^{\infty} v^{x+1-y} q_x (1 - A_{x+1}).$$

Цей вираз показує, що актуарна поточна вартість для віку y дорівнює сумі поточних вартостей у момент y річних вартостей страхування за весь час майбутнього життя страхувальника.

Змішане страхування строком на n років з виплатою розміром 1 наприкінці року смерті є комбінацією розглянутого в цьому розділі страхування строком на n років і страхування на дожиття строком на n років з виплатою розміром 1, про що йшлося в попередньому підрозділі. Такому договору відповідають функції

$$b_{k+1} = 1, k = 0, 1, \dots, v_{k+1} = \begin{cases} v^{k+1}, & k = 0, 1, \dots, n-1, \\ v^n, & k = n, n+1, \dots, \end{cases}$$

$$Z = \begin{cases} v^{K+1}, & K = 0, 1, \dots, n-1, \\ v^n, & K = n, n+1, \dots \end{cases}$$

Актуарна поточна вартість дорівнює

$$A_{x:\overline{n}|} = \sum_{k=0}^{n-1} v^{k+1} \cdot {}_k p_x \cdot q_{x+k} + v^n \cdot {}_n p_x. \quad (25.20)$$

Безстрокове страхування на випадок смерті з виплатою, яка щорічно зростає, коли виплачується $k+1$ одиниць наприкінці $k+1$ -го року дії угоди, якщо страхувальник помре в цьому страховому році, має такі функції виплат, дисконтування і випадкову величину поточної вартості:

$$b_{k+1} = k+1, \quad k = 0, 1, 2, \dots, v_{k+1} = v^{k+1}, \quad k = 0, 1, 2, \dots,$$

$$Z = (K+1)v^{K+1}, \quad K = 0, 1, 2, \dots$$

Його актуарна поточна вартість позначається через $(IA)_x$.

Страховання строком на n років з виплатою, яка щорічно зменшується, протягом n -річного періоду передбачає виплату наприкінці року смерті, $n-k$ де k — кількість повних років, прожитих страховальником з моменту укладення угоди. Відповідні функції мають вигляд

$$b_{k+1} = \begin{cases} n-k, & k=0, 1, \dots, n-1 \\ 0, & k=n, n+1, \dots, \end{cases} \quad v_{k+1} = v^{k+1}, k=0, 1, 2, \dots,$$

$$Z = \begin{cases} (n-K)v^{K+1}, & K=0, 1, \dots, n-1 \\ v^n, & K=n, n+1, \dots \end{cases}$$

Актуарна поточна вартість для цього страховання позначається через $(DA)_{x:\overline{n}|}^1$.

Як і для угод, у яких виплати проводяться у момент смерті, страховання з виплатою, яка щорічно зростає, еквівалентно комбінації угод відстроченого страховання на випадок смерті з постійними виплатами розміру одиниця. Аналогічно строкове страховання з щорічно спадаючими виплатами еквівалентно комбінації страхових угод з постійними виплатами й різними строками дії.

У строках актуарної поточної вартості це можна записати так: $(DA)_{x:\overline{n}|}^1 = \sum_{j=0}^{n-1} A_{x:\overline{n-j}|}^1$.

Усі наведені вище позначення для страхових угод з виплатами наприкінці року смерті зведемо у одну таблицю (табл. 25.2).

Наведемо рекурентні співвідношення для актуарних теперішніх вартостей страховання у випадку, коли виплати здійснюються наприкінці року смерті. Значення актуарних теперішніх вартостей варто обчислювати починаючи з найменшого віку, наведеного в таблиці смертності, і до віку y або v .

- а) $A_x = vq_x + vp_x A_{x+1} + 1, x=0, 1, \dots, \omega-1, i A_{\omega} = 0$.
- б) $A_{x:\overline{y-x}|}^1 = vq_x + vp_x A_{x+1:\overline{y-(x+1)}|}^1, x=0, 1, \dots, y-1, i A_{y:\overline{0}|}^1 = 0$.
- в) $A_{x:\overline{y-x}|}^1 = vq_x + vp_x A_{x+1:\overline{y-(x+1)}|}^1, x=0, 1, \dots, y-1, i A_{y:\overline{0}|}^1 = 0$.
- г) ${}_{y-x|n}A_x = 0 + vp_x \cdot {}_{y-(x+1)|n}A_{x+1}, x=0, 1, \dots, y-1, i {}_{0|n}A_y = A_{y:\overline{n}|}^1$.
- д) $(IA)_{x:\overline{y-x}|}^1 = [vq_x + vp_x A_{x+1:\overline{y-(x+1)}|}^1] + vp_x (IA)_{x+1:\overline{y-(x+1)}|}^1, x=0, 1, \dots, y-1, i (IA)_{y:\overline{0}|}^1 = 0$.

Таблиця 5.2. Страхові угоди з виплатами наприкінці року смерті

Вид страхування	Функція виплат b_t	Функція дисконтування v_{k+1}	Функція поточної вартості z_{k+1}	Актуарна поточна вартість
Безстрокове страховання на випадок смерті	1	v^{k+1}	v^{k+1}	A_x
Страховання на випадок смерті строком на n років	1, $k=0, 1, \dots, n-1$; 0, $k=n, n+1, \dots$	v^{k+1}	$v^{k+1}, k=0, 1, \dots, n-1$; 0, $k=n, n+1, \dots$	$A_{x:\overline{n} }^1$
Змішане страховання строком n років	1	$v^{k+1}, k=0, 1, \dots, n-1$; $v^n, k=n, n+1, \dots$	$v^{k+1}, k=0, 1, \dots, n-1$; $v^n, k=n, n+1, \dots$	$A_{x:\overline{n} }$
Страховання строком на n років, відстрочене на m років	1, $k=m, m+1, \dots, m+n-1$; 0, $k=0, \dots, m-1, k=m+n, \dots$	v^{k+1}	$v^{k+1}, k=m, m+1, \dots, m+n-1$; 0, $k=0, \dots, m-1, k=m+n, \dots$	${}_{m n}A_x$
Страховання строком на n років зі щорічно зростаючими виплатами	$k+1, k=0, 1, \dots, n-1$; 0, $k=n, n+1, \dots$	v^{k+1}	$(k+1)v^{k+1}, k=0, 1, \dots, n-1$; 0, $k=n, n+1, \dots$	$(IA)_{x:\overline{n} }^1$

Вид страхування	Функція виплат b_k	Функція дисконтування v_{k+1}	Функція поточної вартості z_{k+1}	Актуарна поточна вартість
Страхування строком на n років зі щорічно спадаючими виплатами	$n - k,$ $k = 0, 1, \dots,$ $n - 1;$ $0, k = n, n + 1, \dots$	v^{k+1}	$(n - k)v^{k+1}, k = 0, 1, \dots,$ $n - 1;$ $0, k = n, n + 1, \dots$	$(DA)_{x:\overline{n} }^1$
Безстрокове страхування з щорічно зростаючими виплатами	$k + 1, k = 0, 1, \dots$	v^{k+1}	$(k + 1), k = 0, 1, \dots$	$(IA)_x$

Страхування життя

$$e) (DA)_{x:\overline{y-x}|}^1 = (y - x)vq_x + vp_x (DA)_{x+1:\overline{y-(x+1)}|}^1,$$

$$x = 0, 1, \dots, y - 1, \text{ і } (DA)_{y:\overline{0}|}^1 = 0.$$

$$e) (IA)_x = [vq_x + vp_x A_{x+1}] + vp_x (IA)_{x+1},$$

$$x = 0, 1, \dots, \omega - 1, \text{ і } (IA)_{\omega} = 0.$$

Співвідношення між страховими угодами з виплатами в момент смерті й наприкінці року смерті. Почнемо вивчення цих співвідношень із аналізу актуарної поточної вартості для угоди безстрокового страхування на випадок смерті, за яким здійснюється виплата розміром 1 у момент смерті. У припущенні рівномірності розподілу моментів смерті в середині кожного річного вікового інтервалу маємо¹

$$\bar{A}_x = \frac{i}{\delta} A_x. \quad (25.21)$$

Формулу (25.21) можна прокоментувати так. Вплив припущення про рівномірність полягає в тому, що виплати розміром 1, здійснені в момент смерті, еквівалентні виплатам розміром 1 у рік, що здійснюються неперервно протягом усього року, в якому відбулася смерть. Якщо враховувати відсотки, то виплати розміром 1 в рік, здійснені неперервно протягом усього року, в якому відбулася смерть, еквівалентні виплаті суми $\frac{i}{\delta}$ наприкінці цього року. Тотожність (25.21) можна одержати також, використовуючи властивості випадкової величини “тривалість майбутнього життя” у припущенні рівномірності розподілу смертей у річних вікових інтервалах². Нехай річні інтервали розбиті на m підінтервалів рівної довжини. Аналогічні міркування, що ґрунтуються на припущенні про рівномірність розподілу смертей у річних вікових інтервалах, можна застосувати на доказ того, що актуарна теперішня вартість безстрокового страхування на випадок смерті з виплатою розміром 1 наприкінці того з цих m підінтервалів року, в якому відбулася смерть, дорівнює

$$A_x^{(m)} = \frac{i}{i^{(m)}} A_x. \quad (25.22)$$

¹ Gerber H.U. Life Insurance Mathematics. — Berlin; Zurich: Springer-Verlag and Swiss Association of Actuaries, 1990. — S. 121.

² Ibid.

Тепер проаналізуємо договір страхування на випадок смерті строком на n років із виплатою, що збільшується щороку, причому виплата здійснюється в момент смерті. Результати для безстрокового страхування на випадок смерті й для строкового страхування на випадок смерті з виплатою, що збільшується, у яких виплати здійснюються в момент смерті, отримані в припущенні рівномірності розподілів смертей у річних вікових інтервалах, подібні, $(IA)_{x:\overline{n}|}^1 = \frac{i}{\delta} \cdot (IA)_{x:\overline{n}|}^1$.

У випадку страхування з виплатами, здійсненими в момент смерті, справедливе диференціальне рівняння¹. Для угоди безстрокового страхування на випадок смерті з особою (x) маємо

$$\frac{d}{dx} \bar{A}_x = -\mu(x) + \bar{A}_x [\delta + \mu(x)] = \delta \bar{A}_x - \mu(x)(1 - \bar{A}_x), \quad (25.23)$$

що є неперервним аналогом рекурентної формули (25.19).

25.3. Страхові анuitети

Прямий довічний анuitет передбачає щорічні виплати по 1 доти, доки застрахована особа жива. Виплати здійснюються в моменти часу $0, 1, \dots, K$. Разову нетто-премію такого анuitету можна обчислити за формулою

$$\ddot{a}_x = \sum_{k=0}^{\infty} v^k \cdot {}_k p_x, \quad (25.24)$$

Нагадаємо, що $v = \frac{1}{1+i}$ — коефіцієнт дисконтування (i — фактична річна відсоткова ставка), ${}_k p_x$ — ймовірність того, що людина віку x проживе принаймні k років.

Нетто-премії анuitету та відповідного страхування пов'язані формулою²

$$1 = d\ddot{a}_x + A_x, \quad (25.25)$$

$d = 1 - v$ — річна фактична ставка дисконту.

¹ Gerber H.U. Life Insurance Mathematics. — Berlin; Zurich: Springer-Verlag and Swiss Association of Actuaries, 1990. — S. 125.

² Оленко А.Я. Збірник задач з актуарної математики. — К.: ВПЦ “Київський університет”, 2005. — С. 17.

Нетто-премія прямого довічного анuitету, обмеженого терміном n років, становить¹

$$\ddot{a}_{x:\overline{n}|} = \sum_{k=0}^{n-1} v^k \cdot {}_k p_x. \quad (25.26)$$

Безпосередні довічні анuitети передбачають виплати в моменти $1, 2, \dots, K$, і разова нетто-премія задається рівністю

$$a_x = \ddot{a}_x - 1. \quad (25.27)$$

Нетто-премія відкладеного на m років прямого довічного анuitету зі щорічними виплатами по 1 становить²

$${}_m|\ddot{a}_x = {}_m p_x v^m \ddot{a}_{x+m} \text{ або ж } {}_m|\ddot{a}_x = \ddot{a}_x - \ddot{a}_{x:\overline{m}|} \quad (25.28)$$

У випадку, коли страхові виплати величиною $\frac{1}{m}$ здійснюються m разів на рік, тобто в моменти часу $0, \frac{1}{m}, \frac{2}{m}, \dots$, доти, доки застрахований початкового віку x живий, нетто-премія визначається за формулою³

$$\ddot{a}_x^{(m)} = \frac{1}{d^{(m)}} - \frac{1}{d^{(m)}} A_x^{(m)} \quad (25.29)$$

Позначимо $\alpha(m) = \frac{di}{d^{(m)}i^{(m)}}$ та $\beta(m) = \frac{i - i^{(m)}}{d^{(m)}i^{(m)}}$. Тоді нетто-премію можна виразити формулою

$$\ddot{a}_x^{(m)} = \alpha(m)\ddot{a}_x - \beta(m). \quad (25.30)$$

Приклад 25.4. Розглянемо чотирирічний тимчасовий анuitет для людини віку x (щорічні виплати дорівнюють 1). Коефіцієнт дисконтування $v = 0,9$.

t	${}_t p_x$
0	0,9
1	0,8
2	0,65
3	0,5

¹ Оленко А.Я. Збірник задач з актуарної математики. — К.: ВПЦ “Київський університет”, 2005. — С. 17.

² Там само.

³ Там само.

Слід визначити нетто-премію прямого довічного анuitету.

Скористаємось формулою (25.26): $\ddot{a}_{x:\overline{4}|} = \sum_{t=0}^3 v^t \cdot {}_t p_x$. Для цього обчислимо для кожного року добуток $v^t \cdot {}_t p_x$:

t	${}_t p_x$	v^t	$v^t \cdot {}_t p_x$
0	0,9	1	0,9
1	0,8	0,9	0,72
2	0,65	0,81	0,5265
3	0,5	0,729	0,3645

Тепер $\ddot{a}_{x:\overline{4}|} = 0,9 + 0,72 + 0,5265 + 0,3645 = 2,511$.

25.4. Нетто-премії

Для страхового поліса загальний збиток L страхувальника визначається як різниця між поточною вартістю страхових виплат і поточною вартістю премій. Принцип еквівалентності полягає в тому, що математичне сподівання загального збитку $M(L) = 0$. Якщо премія відповідає принципу еквівалентності, вона називається *нетто-премією* (або чистою премією).

Функція корисності $u(x)$ повинна задовольняти умови $u'(x) > 0$ та $u''(x) < 0$, тобто бути зростаючою та опуклою догори. Ця функція вимірює корисність грошової суми x для страхувальника.

Якщо задано функцію корисності, то розрахунок нетто-премій базується на співвідношенні $M(u(-L)) = u(0)$ ¹.

Розглянемо тепер довічне страхування зі страховою сумою 1, яка виплачується щорічними нетто-преміями. Їх величини становитимуть²

$$P_x = \frac{A_x}{\ddot{a}_x}. \quad (25.31)$$

¹ Оленко А.Я. Збірник задач з актуарної математики. — К.: ВПЦ “Київський університет”, 2005. — С. 21.

² Там само.

У випадку тимчасового страхування на строк n років (страхова сума 1 виплачується наприкінці року смерті) щорічна нетто-премія буде дорівнювати¹

$$P_{x:\overline{n}|}^1 = \frac{A_{x:\overline{n}|}^1}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}}, \quad (25.32)$$

а щорічна нетто-премія чистого доживання дорівнює

$$P_{x:\overline{n}|}^{\overline{1}} = \frac{A_{x:\overline{n}|}^{\overline{1}}}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}}. \quad (25.33)$$

Щорічну нетто-премію доживання можна визначити за формулами²:

$$P_{x:\overline{n}|} = \frac{A_{x:\overline{n}|}}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}}, \quad P_{x:\overline{n}|} = P_{x:\overline{n}|}^1 + P_{x:\overline{n}|}^{\overline{1}}. \quad (25.34)$$

Якщо щорічна нетто-премія сплачується m разів на рік однаковими частинами, то її величина дорівнює³

$$P_{x:\overline{n}|}^{(m)} = \frac{A_{x:\overline{n}|}}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}^{(m)}}. \quad (25.35)$$

Приклад 25.5. За умов прикладу 25.4 обчислити щорічну нетто-премію чистого доживання за третій та четвертий роки угоди, якщо ${}_4 p_x = 0,4$.

Скористаємось формулою (25.33): $P_{x:\overline{n}|}^{\overline{1}} = \frac{A_{x:\overline{n}|}^{\overline{1}}}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}}$.

Щорічна нетто-премія за четвертий (останній) рік угоди буде дорівнювати $P_{x:\overline{4}|}^{\overline{1}} = \frac{A_{x:\overline{4}|}^{\overline{1}}}{\ddot{a}_{x:\overline{4}|}} = \frac{u^4 \cdot {}_4 p_x}{\ddot{a}_{x:\overline{4}|}} = \frac{(0,9)^4 \cdot 0,4}{2,511} = 0,1045$.

За третій рік угоди щорічна нетто-премія дорівнює $P_{x:\overline{3}|}^{\overline{1}} = \frac{A_{x:\overline{3}|}^{\overline{1}}}{\ddot{a}_{x:\overline{3}|}} = \frac{v^3 \cdot {}_3 p_x}{\ddot{a}_{x:\overline{3}|}}$. Чисельник цього дробу $v^3 \cdot {}_3 p_x = 0,3645$ можна взяти з таблиці розв’язку прикладу 25.4 (останній рядок та стовпчик), а знаменник є сумою перших трьох елементів останнього стовпчика тієї ж таблиці: $\ddot{a}_{x:\overline{3}|} = 0,9 + 0,72 + 0,5265 = 2,1465$.

¹ Оленко А.Я. Збірник задач з актуарної математики. — К.: ВПЦ “Київський університет”, 2005. — С. 21.

² Там само.

³ Там само.

25.5. Нетто-резерви

Позначимо через ${}_tL$ різницю в момент t поточної вартості майбутніх страхових виплат і поточної вартості майбутніх внесків. *Нетто-резерв* (резерв нетто-премій) у момент t позначається символом ${}_tV$ і визначається як умовне математичне сподівання величини ${}_tL$ при $T > t$.

Нетто-резерв наприкінці k -го року становить¹

$${}_kV = \sum_{j=0}^{\infty} c_{k+j+1} v^{j+1} {}_jP_{x+k} q_{x+k+j} - \sum_{j=0}^{\infty} \Pi_{k+j} v^j {}_jP_{x+k}, \quad (25.36)$$

де c_j — страхова сума на j -й рік після видачі поліса, що сплачується щорічними преміями $\Pi_0, \Pi_1, \Pi_2, \dots, \Pi_k$, які вносяться в моменти $0, 1, 2, \dots, k$.

Для довічного страхування нетто-резерв у кінці k -го року становить²

$${}_kV_x = \left(1 - \frac{P_x}{P_{x+k}}\right) A_{x+k}, \quad {}_kV_x = 1 - \frac{\ddot{a}_{x+k}}{\ddot{a}_x} \quad (25.37)$$

Для дробових частин року $k + u$ (k — ціле, $0 < u < 1$) нетто-резерв визначають так³:

$${}_{k+u}V = \frac{1-u}{1-uv_{x+k}} ({}_kV + \Pi_k)(1+i)^u + \left(1 - \frac{1-u}{1-uv_{x+k}}\right) {}_{k+1}V v^{1-u}. \quad (25.38)$$

Приклад 25.6. Розглянемо довічний ануйтет для людини віку x (щорічні виплати дорівнюють 1). Коефіцієнт дисконтування $v = 0,9$. Ймовірність прожити більше 6 років починаючи з віку x та прожити більше 4 років, починаючи з року $x + 2$, вважатимемо досить малими.

t	${}_tP_x$	${}_tP_{x+2}$
0	0,9	0,7
1	0,8	0,5
2	0,65	0,3
3	0,5	0,1
4	0,3	
5	0,1	

Визначити нетто-резерв наприкінці другого року.

Скористаємось формулою (25.37): ${}_2V_x = 1 - \frac{\ddot{a}_{x+2}}{\ddot{a}_x}$. Разові нетто-премії ануйтетів можна обчислити за формулою (25.24), вважаючи всі доданки для $t > 5$ досить малими:

$\ddot{a}_x = \sum_{t=0}^5 v^t {}_tP_x = \sum_{t=0}^3 v^t {}_tP_x + (0,9)^4 \cdot 0,3 + (0,9)^5 \cdot 0,1$. Перший доданок обчислено у прикладі 25.4:

$$\ddot{a}_x = 2,511 + 0,1968 + 0,059 = 2,767.$$

$$\begin{aligned} \ddot{a}_{x+2} &= \sum_{t=0}^3 v^t {}_tP_{x+2} = (0,9)^0 \cdot 0,7 + (0,9)^1 \cdot 0,5 + \\ &+ (0,9)^2 \cdot 0,3 + (0,9)^3 \cdot 0,1 = 1,4659. \end{aligned}$$

Таким чином, нетто-резерв у кінці другого року

$${}_2V_x = 1 - \frac{1,4659}{2,767} = 0,5298.$$

Висновки

1. Моделі страхування життя призначені для зменшення фінансових наслідків такої випадкової події, як передчасна смерть. Через довгостроковий характер цього виду страхування величина інвестиційного доходу, що отримується аж до моменту виплати, зумовлює великий елемент невизначеності. Ця невизначеність має дві причини: невідома прибутковість і невідома тривалість інвестиційного періоду.

2. Страхові угоди з виплатами в момент смерті можуть бути здійснені за допомогою декількох стандартних видів страхування: страхові угоди з постійними страховими виплатами,

¹ Оленко А.Я. Збірник задач з актуарної математики. — К.: ВПЦ «Київський університет», 2005. — С. 25.

² Там само.

³ Там само.

змішане страхування, відстрочене страхування, страхування зі змінними виплатами.

3. На практиці більшість виплат проводяться у момент смерті, відсотки нараховуються до того моменту, як виплати будуть реально проведені. Але найточнішою інформацією про розподіл тривалості майбутнього життя страхувальника є таблиця смертності, в якій інформація дискретна.

4. Для страхових компаній є дуже важливими моделі страхування життя, в яких величина і час виплат на випадок смерті залежать тільки від кількості повних років, прожитих страхувальником з моменту укладення угоди до моменту його смерті, — угоди з виплатами, здійснюваними наприкінці року смерті.

5. Розглянуто поняття прямого довічного анuitету, нетто-премій та нетто-резервів, а також функції корисності та принципу еквівалентності. Показано зв'язок між нетто-преміями та нетто-резервами.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Страхування життя. страхові угоди з виплатами в момент смерті; функція виплат; функція дисконтування; функція поточної вартості; страхові угоди з постійними страховими виплатами; актуарна поточна вартість страхування; змішане страхування; страхування на дожиття строком на n років; змішане страхування строком на n років; відстрочене страхування; страхування, відстрочене на m років; страхування зі змінними виплатами; безстрокове страхування на випадок смерті з щорічно зростаючими страховими виплатами; безстрокове страхування на випадок смерті зі страховими виплатами, що зростають m разів на рік; страхування на випадок смерті строком на n років з страховими виплатами, що зростають m разів на рік; страхування на випадок смерті строком на n років з щорічно спадаючими страховими виплатами; страхові угоди з виплатами наприкінці року смерті; річна вартість страхуван-

ня; страхові анuitети; прямі довічні анuitети; нетто-премії; функція корисності страхувальника; принцип еквівалентності; нетто-резерви.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. У чому відмінність між страховими угодами з виплатами в момент смерті і наприкінці року смерті? Як при цьому відрізняються функції виплат, функції дисконтування, функції поточної вартості, актуарна поточна вартість?

2. Нехай функція щільності тривалості майбутнього життя T для особи (x) має вигляд

$$f_T(t) = \begin{cases} 1/80, & 0 \leq t \leq 80, \\ 0, & t > 80. \end{cases}$$

Для поточної вартості безстрокового страхування на випадок смерті з виплатою розміром 1, укладеного з особою (x), за інтенсивності нарахування відсотка $\delta = 0,07$, обчисліть актуарну поточну вартість та дисперсію.

3. Покажіть, що $\bar{A}_x = \frac{\mu}{\mu + \delta}$, якщо $\mu(x) = \mu$ для всіх x , де μ — додатна константа.

4. Припустимо, що смертність описується формулою $l_x = 100 - x$ для $0 \leq x \leq 100$ і що інтенсивність нарахування відсотка дорівнює $\delta = 0,05$:

а) підрахуйте $\bar{A}_{40:\overline{25}|}$;

б) визначте актуарну поточну вартість страхування строком на 25 років з виплатою у випадку смерті в момент t , що дорівнює $b_t = e^{0,05t}$, для особи, вік якої в момент укладання договору дорівнює 40 років.

5. Розглядаючи функцію дожиття з $\omega = 100$ і $i = 0,10$, обчислити $\bar{A}_{30:\overline{10}|}$;

6. Для $l_x = 100 - x$ при $0 \leq x \leq 100$ і $i = 0,05$ обчисліть $A_{40:\overline{25}|}$ та $(IA)_{40}$.

7. Знайдіть актуарну теперешню вартість для договору подвійного страхового захисту до віку 65 років, що передбачає виплату в розмірі двох одиниць у випадку смерті до 65 років і виплату однієї одиниці після 65 років, користуючись позна-

ченнями табл. 25.2. Припускається, що виплати здійснюються наприкінці року, в якому відбулася смерть.

8. Напишіть основні співвідношення між страховими угодами з виплатами в момент смерті й наприкінці року смерті.

9. Наведіть формулу разової нетто-премії прямого довічного ануїтету, обмеженого тривалістю життя застрахованої особи та строк n років.

10. Розглянемо трирічний тимчасовий ануїтет для людини віку x . Відомо, що коефіцієнт дисконтування $v = 0,8$.

t	Виплата	P_{x+t}
0	3	0,9
1	4	0,8
2	5	0,6

Визначте дисперсію поточної вартості ануїтету.

11. На якому принципі базується розрахунок нетто-премій?

12. Задано $i = 0,15$, $a_{40:\overline{8}|} = 6$, $v_{40}^9 P_{40} = 0,4$. Обчисліть $5000 \cdot P_{40:\overline{9}|}^1$.

13. Дайте визначення нетто-резерву в момент часу t .

14. Відомо, що $q_x = 0,7$, $q_{x+1} = 0,8$, $q_{x+2} = 1$, $i = 0,05$. Виплата у випадку смерті становить 1. Обчислити ${}_1V_x$.

15. Людина віком x укладає угоду на довічне страхування з виплатою 2000 гр. од. і щорічною сплатою премій. Відомо, що $i = 0,07$, нетто-резерв на кінець n -го року становить 200, резерв на $n - 1$ рік дорівнює 180, $\ddot{a} = 16$. Обчисліть $2000 \cdot q_{x+n-1}$.

Література

1. Бауэрс Н., Гербер Х., Джогс Д., Несбитт С., Хикман Дж. Актуарная математика: Пер. с англ. / Под ред. В.К. Малиновского. — М.: Янус-К, 2001.

2. Оленко А.Я. Збірник задач з актуарної математики. — К.: ВПЦ “Київський університет”, 2005.

3. Шумелда Я. Основи актуарних розрахунків. — Т., 2003.

4. Gerber H.U. Life Insurance Mathematics. — Berlin; Zurich: Springer-Verlag and Swiss Association of Actuaries, 1990.

Розділ 26

МОДЕЛЬ КОЛЕКТИВНОГО РИЗИКУ

26.1. Точні та наближені методи розрахунку ймовірності банкрутства.

26.2. Складені пуассонівський та від’ємний біноміальний розподіли.

Так само, як і в моделі індивідуального ризику, у моделі колективного ризику аналізується відносно короткий проміжок часу та припускається, що плата за страховку повністю надходить на початку періоду, що аналізується. Однак у моделі колективного ризику весь портфель укладених угод страхування розглядається як єдине ціле, без розрізнення окремих угод, що його складають. Отже, модель колективного ризику базується на таких спрощувальних припущеннях:

1) аналізується фіксований, відносно короткий проміжок часу (отже, можна нехтувати інфляцією і не враховувати дохід від інвестування);

2) плата за страховку повністю вноситься на початку аналізованого періоду; ніяких нових надходжень протягом цього періоду немає;

3) позови Y_1, Y_2, \dots , що надходять не пов’язуються з конкретними договорами, а розглядаються як результат сумарного ризику компанії. Тобто Y_i — це не позов від i -ї угоди, а i -й за черговістю позов, що реально надійшов; випадкові величини Y_i — незалежні і однаково розподілені;

4) як основну характеристику портфеля розглядають не кількість укладених угод N , а загальну кількість позовів v за період, що аналізується. Випадкова величина v та величини Y_1, Y_2, \dots — незалежні.

Численні дослідження показали, що реальні дані з практики страхування про кількість позовів за фіксований проміжок часу добре описуються за допомогою пуассонівського та від'ємного біноміального розподілу (цей факт тісно пов'язаний з моделюванням процесу позовів як пуассонівського процесу).

Друга важлива відмінність моделі колективного ризику від моделі індивідуального ризику полягає в тому, що випадкові величини Y_1, Y_2, \dots , які описують величини послідовних позовів, є однаково розподіленими. Це припущення означає певну рівноцінність позовів, пов'язану з тим, що позови розглядаються як наслідок загального ризику компанії, а не індивідуальних угод з їх специфічними особливостями. Крім того, важливо підкреслити, що випадкові величини Y_i описують тільки позови, які реально надійшли, і тому на відміну від величин X_i , що фігурували у моделі індивідуального ризику, є строго додатними.

У моделі колективного ризику банкрутство визначається сумарним позовом $S = Y_1 + \dots + Y_v$ до страхової компанії. Якщо цей сумарний позов більший, ніж резерви компанії u , то компанія не зможе виконати свої зобов'язання і стає банкрутом. Тому ймовірність банкрутства компанії визначається як

$$R = P\left(\sum_{i=1}^v Y_i > u\right). \quad (26.1)$$

Слід зазначити, що у межах моделі колективного ризику також не можна дати відповідь на багато практично важливих питань. Наприклад, не можна оцінити момент банкрутства, величину капіталу, якого не вистачає в цей момент, тощо.

26.1. Точні та наближені методи розрахунку ймовірності банкрутства

Оскільки ймовірність банкрутства пов'язана із сумою випадкового числа доданків, то застосовуючи формулу повної ймовірності дістанемо

$$R(u) = P\left(\sum_{i=1}^v Y_i > u\right) = \sum_{n=0}^{\infty} P\left(\sum_{i=1}^v Y_i > u / v = n\right) \cdot P(v = n).$$

Позначимо $\pi_n = P(v = n)$ — розподіл числа позовів. Оскільки випадкові величини v, Y_1, Y_2, \dots — незалежні, а

$$P\left(\sum_{i=1}^v Y_i > u / v = 0\right) = 0,$$

то

$$R(u) = \sum_{n=1}^{\infty} P\left(\sum_{i=1}^v Y_i > u\right) \cdot \pi_n. \quad (26.2)$$

Ймовірності $P(Y_1 + \dots + Y_n > u)$ можна визначити через розподіл сум незалежних і однаково розподілених випадкових величин (формула згортки (23.2)).

Якщо величина Y_i — неперервна, то

$$P\left(\sum_{i=1}^n Y_i > u\right) = \int_u^{\infty} f_{Y_1 + \dots + Y_n}(x) dx,$$

де $f_{Y_1 + \dots + Y_n}(x)$ — щільність суми $\sum_{i=1}^n Y_i$. Тоді формула (26.2) матиме такий вигляд:

$$R(u) = \int_u^{\infty} f_S(x) dx,$$

де $f_S(x) = \sum_{n=1}^{\infty} \pi_n f_{Y_1 + \dots + Y_n}(x)$ — щільність сумарного позову.

Якщо величини Y_i — дискретні, то

$$P\left(\sum_{i=1}^n Y_i > u\right) = \sum_{k=u+1}^{\infty} p_{Y_1 + \dots + Y_n}(k),$$

де $p_{Y_1 + \dots + Y_n}(k) = P\left(\sum_{i=1}^n Y_i = k\right)$.

Тоді формула (26.2) набуде вигляду

$$R(u) = \sum_{k=u+1}^{\infty} p_s(k),$$

де $p_s(k) = \sum_{n=1}^{\infty} \pi_n P_{Y_1, \dots, Y_n}(k)$ — розподіл сумарного позову.

Приклад 26.1. Припускається, що кількість позовів за місяць описується геометричним розподілом з параметрами $q = 0,95$ і $p = 0,05$. Тобто $\pi_n = P(v = n) = 0,95^n \cdot 0,05$ і $Mv = \frac{q}{p} = 19$. Позови, що надійшли, мають експоненціальний розподіл із середнім 1000 грн. Визначити залежність ймовірності банкрутства від капіталу компанії.

Для розрахунків зручно прийняти 1000 грн за одиницю виміру грошових сум. Тоді $P(Y_i < x) = 1 - e^{-x}$, $x > 0$. У підрозділі 21.3 було вказано, що сума n незалежних випадкових величин, які мають експоненціальний розподіл з параметром λ , має гамма-розподіл з параметрами λ та $\alpha = n$. У нашому випадку

$\lambda = 1$, тому $f_{Y_1, \dots, Y_n}(x) = \frac{x^{n-1}}{(n-1)!} \cdot e^{-x}$, $x > 0$. Далі,

$$\begin{aligned} f_s(x) &= \sum_{n=1}^{\infty} \pi_n f_{Y_1, \dots, Y_n}(x) = \sum_{n=1}^{\infty} 0,95^n \cdot 0,05 \cdot \frac{x^{n-1}}{(n-1)!} \cdot e^{-x} = \\ &= 0,0475 \cdot e^{-x} \cdot \sum_{i=0}^{\infty} \frac{(0,95x)^i}{i!} = 0,0475 \cdot e^{-0,05x}. \end{aligned}$$

$$\text{Отже, } R(u) = \int_u^{\infty} f_s(x) dx = 0,0475 \cdot \int_u^{\infty} e^{-0,05x} dx = 0,95 \cdot e^{-0,05u}.$$

Наприклад, для забезпечення ймовірності банкрутства на рівні 5 % необхідно розв'язати рівняння $0,95 \cdot e^{-0,05u} = 0,05$. Розв'язком рівняння буде $u \approx 58,888$, тобто 58 888 грн.

Для обчислення розподілу суми незалежних випадкових величин зручно застосовувати спеціальні функції: генератриси (для дискретних величин) та перетворення Лапласа (для довільних додатних величин).

Позначимо через

$$\pi(z) = \sum_{n=0}^{\infty} z^n \pi_n = Mz^v, |z| \leq 1$$

генератрису числа позовів, а через

$$\varphi(s) = \varphi_{Y_i}(s) = \int_0^{\infty} e^{-sx} dP(Y_i < x) = Me^{-sY_i}, s > 0$$

перетворення Лапласа величини поданого позову (оскільки всі позови, що подаються, однаково розподілені $\varphi(s)$ і не залежать від номера i позову). Тоді для перетворення Лапласа $\psi(s) = Me^{-s}$ сумарного позову маємо:

$$\begin{aligned} \psi(s) &= Me^{-s(Y_1 + \dots + Y_n)} = \sum_{n=0}^{\infty} M(e^{-s(Y_1 + \dots + Y_n)} / v = n) \cdot P(v = n) = \\ &= \sum_{n=0}^{\infty} M(e^{-s(Y_1 + \dots + Y_n)}) \pi_n = \sum_{n=0}^{\infty} (\varphi(s))^n \pi_n = \pi(\varphi(s)). \end{aligned} \quad (26.3)$$

Якщо індивідуальні позови мають дискретний розподіл p_n , то сумарний позов також має дискретний розподіл. У цьому випадку прийнято працювати з генератрисами $g(z) = Mz^{Y_i} = \sum_{n=0}^{\infty} z^n \cdot p_n$ та $G(z) = Mz^S$ а не з перетвореннями Лапласа. Аналогом формули (26.3) буде таке співвідношення:

$$G(z) = \pi(g(z)). \quad (26.4)$$

З формули (26.3) диференціюванням за s в точці $s = 0$ можна одержати формули для математичного сподівання MS та дисперсії DS сумарного позову. Оскільки $\psi'(0) = -MS$ і $\psi'(0) = \pi'(\varphi(0)) \cdot \varphi'(0)$, $\varphi(0) = 1$, $\pi'(1) = Mv$, $\varphi'(0) = -MY$, то

$$MS = MY \cdot Mv. \quad (26.5)$$

Далі $\psi''(0) = \pi''(\varphi(0)) \cdot (\varphi'(0))^2 + \pi'(\varphi(0)) \cdot \varphi''(0)$. Враховуючи, що $\pi''(1) = Mv(v-1) = Mv^2 - Mv = Dv + (Mv)^2 - Mv$ та $\varphi''(0) = -MY^2 = -DY + (MY)^2$, $\psi''(0) = MS^2 = DS + (MS)^2$, одержимо

$$DS + (MS)^2 = (Dv + (Mv)^2 - Mv) \cdot (MY)^2 + Mv \cdot (DY + (MY)^2).$$

Тоді беручи до уваги (26.5), маємо

$$DS = Dv \cdot (MY)^2 + DY \cdot Mv. \quad (26.6)$$

При описі моделі колективного ризику (26.1) не робилося конкретних припущень про вид розподілів кількості позовів v за аналізований проміжок часу і величини індивідуального позову Y . Проте, як зазначалося в розділі 22, реальні статистичні дані і загальні міркування про характер надходження позовів показують, що v добре описується пуассонівським або

невід'ємним біноміальним розподілом. Для розподілу величини позовів Y є значно більше можливостей, але все-таки клас можливих розподілів не дуже широкий (дискретні розподіли, експоненціальний розподіл, розподіл Парето, гамма-розподіл). Специфічні припущення про характер розподілів випадкових величин v і Y дають змогу встановити ряд додаткових властивостей моделі колективного ризику.

26.2. Складені пуассонівський та від'ємний біноміальний розподіли

Припустимо, що число позовів v має розподіл Пуассона із середнім λ :

$\pi_n = P(v = n) = \frac{\lambda^n}{n!} e^{-\lambda}$, $n = 0, 1, 2, \dots$. Генератриса цього розподілу дорівнює

$$\pi(z) = \sum_{n=0}^{\infty} z^n \cdot \frac{\lambda^n}{n!} e^{-\lambda} = e^{(\lambda z - \lambda)},$$

Розподіл величини сумарного позову $S = Y_1 + \dots + Y_v$ називається *складеним пуассонівським розподілом*.

Перетворення Лапласа величини S можна одержати з (26.3) при $\pi(z) = \exp(\lambda z - \lambda)$:

$$\psi(s) = M e^{-sS} = e^{\lambda \varphi(s) - \lambda}, \quad (26.7)$$

де $\varphi(s) = M e^{-sY}$ — перетворення Лапласа величини поданого індивідуального позову. Таким чином, невід'ємна випадкова величина S має складений пуассонівське розподіл, якщо її перетворення Лапласа $\psi(s)$ представлено у вигляді (26.7), де $\varphi(s)$ — перетворення Лапласа деякої невід'ємної випадкової величини Y .

Параметр λ початкового пуассонівського розподілу π_n , і розподіл $F(x)$ індивідуального позову Y називаються параметрами складеного пуассонівського розподілу.

Якщо індивідуальні позови Y_i мають дискретний розподіл p_n з генератрисою $g(z)$, то складений пуассонівський розподіл також є дискретним і його генератриса $G(z)$ визначається згідно з (26.4) як

$$G(z) = M z^S = e^{\lambda g(z) - \lambda}. \quad (26.8)$$

Для математичного сподівання та дисперсії складеного пуассонівського розподілу із загальних формул (26.5), (26.6) і формул $Mv = Dv = \lambda$ для пуассонівського розподілу маємо

$$MS = \lambda \cdot MY, DS = \lambda \cdot MY^2.$$

Зазначимо, крім того, наступний результат для третього центрального моменту $M(S - MS)^3 = \lambda \cdot MY^3$.

Величина $\frac{E(S - ES)^3}{(\sqrt{DS})^3}$ є кількісною мірою асиметрії. Якщо вона дорівнює нулю, то розподіл розглядають як симетричний, якщо вона від'ємна (додатна), то щільність величини S має скіс вліво (вправо) щодо центру. Dodatna симетрія означає відносно значну ймовірність великих значень позову.

Оскільки $MY^3 > 0$ для додатних випадкових величин, то сумарний позов у моделі складеного пуассонівського розподілу завжди має позитивну асиметрію (навіть якщо індивідуальні позови мають нульову або від'ємну асиметрію).

Слід зазначити деякі важливі властивості складеного пуассонівського розподілу:

1. Припустимо, що випадкові величини S_1, S_2 — незалежні й мають складений пуассонівський розподіл з параметрами $\lambda_1, F_1(x); \lambda_2, F_2(x); \dots$ відповідно. Припустимо, що ряд $\sum_{i=1}^{\infty} \lambda_i < +\infty$ — збігається; ця умова заздалегідь виконана, якщо число доданків скінченне. Тоді їх сума $S = S_1 + S_2 + \dots$ також має складений пуассонівський розподіл і його параметри $\lambda, F(x)$ задаються формулами

$$\lambda = \sum_{i=1}^{\infty} \lambda_i, F(x) = \sum_{i=1}^{\infty} \frac{\lambda_i}{\lambda} F_i(x).$$

Доведення цього твердження можна знайти у праці Г.І. Фаліна¹. Доведену властивість можна інтерпретувати в термінах моделі колективного ризику. Припустимо, що є декілька незалежних груп договорів страхування. Надходження позовів від i -ї групи за аналізований проміжок часу описується пуассонівською величиною з середнім λ_i , а величина позову, що по-

¹ Фалин Г.И. Математический анализ рисков в страховании. — М.: Рос. юрид. издат. дом, 1994. — С. 72.

дається, має розподіл $F_i(x)$. Тоді, якщо об'єднати всі договори в одну велику групу, то надходження позовів від цього сумарного портфеля характеризуватиметься розподілом Пуассона з середнім $\lambda = \lambda_1 + \lambda_2 + \dots$, а величина позову, що подається, матиме розподіл $F(x)$, що є середнім з вагами $\frac{\lambda_i}{\lambda}$ значенням розподілів $F_i(x)$.

2. Припустимо, що випадкова величина S має складений пуассонівське розподіл з параметрами λ і $F(x)$. Розподіл величини позову, що подається, представлений у вигляді суміші з вагами p_1, p_2, \dots (величини p_i — невід'ємні й у сумі дають 1) розподілів $F_i(x)$:

$$F(x) = \sum_{i=1}^{\infty} p_i F_i(x).$$

Тоді S збігається за розподілом із сумою незалежних випадкових величин S_1, S_2, \dots , кожна з яких має складений пуассонівський розподіл з параметрами $\lambda_i = \lambda p_i$ та $F_i(x), i = 1, 2, \dots$.

Властивість 2 дає змогу розбивати портфель договорів зі складним розподілом величин позовів, що подаються, на декілька незалежних портфелів з простішими розподілами величин позовів, що подаються. Для цих простих портфелів можна підрахувати розподіл величини сумарного позову і потім за допомогою згорток визначити розподіл величини сумарного позову (а отже, і ймовірність банкрутства) для початкового портфеля.

Найефективнішим методом точного розрахунку розподілу $P_n = P(S = n)$ складеного пуассонівського розподілу з дискретним розподілом p_n величини поданих позовів, є використання рекурентної формули

$$P_n = \frac{\lambda}{n} \sum_{i=1}^n i p_i P_{n-i}. \quad (26.9)$$

При $\lambda \rightarrow +\infty$ для складеного пуассонівського розподілу справедливе гауссівське наближення, тобто

$$\lim_{\lambda \rightarrow \infty} P\left(\frac{S - MS}{\sqrt{DS}} < x\right) = \Phi(x) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \int_{-\infty}^x e^{-\frac{t^2}{2}} dt.$$

Припустимо тепер, що кількість позовів v має від'ємний біноміальний розподіл з параметрами p і α , тобто (див. (22.2))

$$\pi_n = P(v = n) = \frac{\alpha(\alpha+1)\dots(\alpha+n-1)}{n!} q^n p^\alpha, \quad n = 0, 1, 2, \dots,$$

де $q = 1 - p$.

У цій ситуації розподіл величини сумарного позову $S = Y_1 + \dots + Y_v$ називається складеним від'ємним біноміальним розподілом. Перетворення Лапласа величини S можна одержати з формул (26.3)

$$\psi(s) = M e^{-sS} = \left(\frac{p}{1 - q\phi(s)} \right)^\alpha, \quad (26.10)$$

де $\phi(s) = M e^{-sY}$ — перетворення Лапласа величини поданого індивідуального позову. Тут було використано, що $\pi(z) = \left(\frac{p}{1 - qz} \right)^\alpha$.

Таким чином, невід'ємна випадкова величина S має складений від'ємний біноміальний розподіл, якщо її перетворення Лапласа $\psi(s)$ має вигляд (26.10), де $\phi(s)$ — перетворення Лапласа деякої невід'ємної випадкової величини Y .

Параметри p і α початкового від'ємного біноміального розподілу π_n і розподіл $F(x)$ індивідуального позову Y називаються параметрами складеного від'ємного біноміального розподілу.

Якщо індивідуальні позови Y_i мають дискретний розподіл p_n з генератрисою $g(z)$, то складений від'ємний біноміальний розподіл також є дискретним і його генератриса визначається згідно з (26.4) як

$$G(z) = M z^S = \left(\frac{p}{1 - qg(z)} \right)^\alpha$$

Для математичного сподівання та дисперсії складеного від'ємного біноміального розподілу із загальних формул (26.5), (26.6) і формул для Mv і Dv (підрозділ 22.3) маємо

$$MS = \frac{\alpha q}{p} \cdot MY, \quad (26.11)$$

$$DS = \frac{\alpha q}{p^2} \cdot (MY)^2 + \frac{\alpha q}{p} \cdot DY = \frac{\alpha q}{p} \cdot MY^2 + \frac{\alpha q^2}{p^2} \cdot (MY)^2. \quad (26.12)$$

Значимо, крім того, подальший результат для третього центрального моменту

$$M(S - ES)^3 = \frac{\alpha q}{p} \cdot MY^2 + \frac{3\alpha q^2}{p^2} \cdot MY \cdot MY^2 + \frac{2\alpha q^3}{p^3} \cdot (MY)^3.$$

Важливо підкреслити, що (як і для складеного пуассонівського розподілу) в цій моделі сумарний позов завжди має невід'ємну асиметрію (навіть якщо індивідуальні позови мають нульову або від'ємну асиметрію).

Справедливе твердження: кожен складений від'ємний біноміальний розподіл можна розглядати як складений пуассонівський розподіл з певним чином підібраними параметрами¹.

Тому складений від'ємний біноміальний розподіл має ті ж спеціальні властивості, що і складений пуассонівський розподіл. Проте, оскільки зв'язок параметрів обох видів розподілів дуже складний, ці властивості не виглядають так само природно, як і відповідні властивості складеного пуассонівського розподілу. Єдиним винятком є така рекурентна формула для розрахунку розподілу P_n сумарного позову, аналогічна формулі (26.9):

$$P_n = \sum_{i=1}^n \left(q + \frac{(\alpha-1)q}{n} i \right) p_i P_{n-i},$$

де p_i — розподіл величини позовів, що подаються.

При $\alpha \rightarrow +\infty$ для складеного від'ємного біноміального розподілу справедливе гауссівське наближення.

Також для складеного від'ємного біноміального розподілу справедливе гамма-наближення при $p \rightarrow 0$:

$$\lim_{p \rightarrow 0} P\left(\frac{2\alpha S}{MS} < x\right) = \frac{1}{2^\alpha \Gamma(\alpha)} \cdot \int_0^x t^{\alpha-1} e^{-\frac{t}{2}} dt,$$

тобто граничним виступає гамма-розподіл з параметрами $0,5$ і α .

Якщо 2α — ціле число, то гамма-розподіл є відомим χ^2 -розподілом з 2α степенями свободи. Це можна використовувати при реальних розрахунках.

Приклад 26.2. Розглядається страхова компанія, яка займається страхуванням ремонту автомобілів. Річна кількість

аварій описується від'ємним біноміальним розподілом із середнім 20 і дисперсією 100 . Середня вартість ремонту автомобіля — 1500 грн. Треба оцінити величину резервного фонду компанії, достатню, щоб забезпечити ймовірність банкрутства на рівні 5% .

Знайдемо параметри від'ємного біноміального розподілу:

$$p = \frac{Mv}{Dv} = \frac{20}{100} = \frac{1}{5}, \alpha = \frac{p \cdot Mv}{q} = \frac{20}{4} = 5,$$

$$MS = Mv \cdot MY = 20 \cdot 1500 = 30\,000 \text{ грн.}$$

$$\text{Тоді } P(S > u) = P\left(\frac{2\alpha S}{MS} > \frac{2\alpha u}{MS}\right) \approx P\left(\chi^2(10) > \frac{2\alpha u}{MS}\right) =$$

$$= P\left(\chi^2(10) > \frac{10u}{30\,000}\right) = 0,05.$$

З таблиці χ^2 -розподілу¹ при $k=10$ і $1-\alpha=0,05$, знаходимо значення квантиля χ_α^2 , тобто $P(\chi^2(k) > \chi_\alpha^2) = 1-\alpha$, маємо $\chi_{0,95}^2 = 18,3$. Тоді $\frac{10u}{30\,000} = 18,3$ і $u = 54\,900$ грн.

Висновки

1. У моделі колективного ризику весь портфель укладених угод страхування розглядається як єдине ціле, без розрізнення окремих угод, які його складають.

2. При підрахунку ймовірності банкрутства у моделі колективного ризику потрібно знаходити розподіл суми випадкового числа випадкових величин. Можливе використання точних та наближених методів розрахунку ймовірності банкрутства для моделі колективного ризику.

3. Для обчислення розподілу суми незалежних випадкових величин зручно застосовувати спеціальні функції: генератрици (для дискретних величин) та перетворення Лапласа (для довільних додатних величин).

¹ Анісімов В.В., Черняк О.І. Математична статистика. — К.: Леся, 1995. — С. 99.

¹ Фалин Г.И. Математический анализ рисков в страховании. — М.: Рос. юрид. издат. дом, 1994. — С. 79.

4. Складені пуассонівський та від'ємний біноміальний розподіли найбільш адекватно описують ймовірнісні розподіли, які виникають у моделі колективного ризику.

5. Для складеного від'ємного біноміального розподілу справедливе гамма-наближення за малих значень параметра p .

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Модель колективного ризику; імовірність банкрутства; генератриса; перетворення Лапласа; складений пуассонівський розподіл; складений від'ємний біноміальний розподіл; гамма-наближення, розподіл.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Які є припущення для моделі колективного ризику?
2. Сформулюйте основні властивості складеного пуассонівського розподілу.
3. За яких умов складений від'ємний біноміальний розподіл можна наблизити гамма-розподілом?
4. Нехай кількість позовів за тиждень описується геометричним розподілом з параметрами $q = 0,9$ і $p = 0,1$. Позови, що надійшли, мають експоненціальний розподіл із середнім 500 грн. Визначити залежність ймовірності банкрутства від капіталу компанії.
5. Річна кількість автомобільних аварій описується від'ємним біноміальним розподілом із середнім 100 і дисперсією 900. Середня вартість ремонту автомобіля — 2500 грн. Оцініть величину резервного фонду компанії, достатню, щоб забезпечити ймовірність банкрутства на рівні 1 %.

Література

1. Анісімов В.В., Черняк О.І. Математична статистика. — К.: Леся, 1995.
2. Бауэрс Н., Гербер Х., Джоґс Д., Несбитт С., Хикман Дж. Актуарная математика: Пер. с англ. / Под ред. В.К. Малиновского. — М.: Янус-К, 2001.
3. Фалин Г.И. Математический анализ рисков в страховании. — М.: Рос. юрид. издат. дом, 1994.
4. Черняк О.І., Обушна О.М., Ставицький А.В. Теорія ймовірностей та математична статистика: Зб. задач: Навч. посіб. — 2-ге вид. — К.: Т-во “Знання”, КОО, 2002.
5. Straub E. Non-Life Insurance Mathematics. — Berlin; Zurich: Springer-Verlag and Swiss Association of Actuaries, 1988.

Розділ 27

ДИНАМІЧНА МОДЕЛЬ БАНКРУТСТВА

27.1. Класична модель ризику.

27.2. “Практичні” оцінки ймовірності банкрутства в класичній моделі ризику, дифузійна апроксимація процесу ризику.

27.3. Порівняння апроксимацій ймовірності банкрутства страхових компаній.

27.4. Знаходження точних оцінок ймовірності банкрутства страхових компаній України у класичній моделі ризику.

27.5. Обчислення оцінок ймовірностей банкрутства страхових компаній України.

27.6. Визначення мінімально необхідного розміру стартового капіталу страхової компанії.

Найпростіша динамічна модель включає тільки два процеси: процес надходження премій та процес страхових виплат. Ці два процеси відбуваються у різних масштабах часу і мають різні масштаби виміру. Премії надходять значно частіше, ніж подаються позови, і величина премії набагато менша, ніж величину позову. Тому, якщо як основний розглядати процес позовів, то у масштабах цього процесу надходження премій можна вважати неперервним детермінованим процесом.

У найпростішому випадку надходження премій характеризується одним параметром — швидкістю надходження коштів, яку позначимо через c . Це означає, що якщо у деякий момент часу t компанія мала капітал u_t та до моменту $t + h$ позови не надходили, то капітал компанії в момент $t + h$ буде $u_{t+h} = u_t + ch$. Зазначимо, що в цих міркуваннях ігнорувались відсоток на капітал та інфляція — щоб не ускладнювати математичний аналіз.

Надходження позовів будемо описувати певним точковим процесом T_1, T_2, \dots , а величини послідовних позовів — випадковими величинами Y_1, Y_2, \dots .

Тепер зміну в часі капіталу компанії можна описати таким чином. У момент $t = 0$ компанія має певний початковий капітал $u_0 = u$. До моменту T_1 надходження першого позову капітал збільшиться (за рахунок надходження премій) до величини $u + cT_1$. Однак у момент T_1 компанія сплатить позов величиною Y_1 і капітал зменшиться до величини $u + cT_1 - Y_1$. До моменту T_2 надходження другого позову капітал збільшиться на суму $c(T_2 - T_1)$ і становитиме $u + cT_1 - Y_1 + c(T_2 - T_1) = u + cT_2 - Y_1$. У момент T_2 надходить позов величиною Y_2 і капітал зменшується до величини $u + cT_2 - (Y_1 + Y_2)$.

Цей процес продовжується до нескінченності, якщо тільки у момент надходження деякого позову коштів компанії не вистачить, щоб сплатити позов. У такому випадку будемо говорити про банкрутство компанії. Отже, в рамках цієї моделі компанія не збанкрутує, якщо для всіх $n = 1, 2, \dots$ правильна нерівність

$$u + cT_n - (Y_1 + \dots + Y_n) \geq 0.$$

Якщо ж

$$u + cT_1 - Y_1 \geq 0,$$

$$u + cT_2 - (Y_1 + Y_2) \geq 0$$

$$\dots\dots\dots$$

$$u + cT_{n-1} - (Y_1 + \dots + Y_{n-1}) \geq 0,$$

але

$$u + cT_n - (Y_1 + \dots + Y_n) < 0,$$

то у момент надходження n -го позову компанія збанкрутує.

Основною характеристикою цієї моделі є ймовірність банкрутства $R(u) = 1 - P(u + cT_n - (Y_1 + \dots + Y_n) \geq 0 \text{ при всіх } n \geq 1)$, а основною проблемою буде вивчення залежності цієї ймовірності від величини початкового капіталу компанії.

Оскільки в описаній динамічній моделі події розгортаються у часі, математичним апаратом для її аналізу є теорія випадкових процесів та теорія ймовірностей. Нижче буде наведено без суттєвого заглиблення у теорію випадкових процесів ті найбільш принципові результати, які дають змогу нам обчислювати ймовірності банкрутства страхових компаній. Однією з найвідоміших та найпопулярніших моделей банкрутства страхо-

вої компанії є класична модель ризику. Її основними перевагами є відносна простота та можливість застосування до широкого класу ймовірнісних розподілів, і разом з тим здатність досить точно описати реальний динамічний процес надходження страхових премій та здійснення страхових виплат компанії.

27.1. Класична модель ризику

У класичній моделі ризику розміри виплат, які проводить страхова компанія, утворюють послідовність незалежних випадкових величин $(Y_k, k \geq 1)$, однаково розподілених з функцією розподілу $F(x)$. Будемо припускати, що $F(0) = 0$ (це означає, що величини Y_k додатні), є математичне сподівання $MY_k = \mu$ та дисперсія $DY_k = \sigma^2$.

Страхова виплата відбувається у випадку, якщо до страхової компанії надійшов позов. Зробимо такі природні припущення про характер надходження страхових позовів:

1) події, пов'язані з надходженням страхових позовів на інтервалах часу, які не перетинаються, є незалежними випадковими подіями;

2) розподіл числа страхових позовів, які надійшли в інтервалі часу $[t, t+h)$, не залежать від t , а залежать лише від h ;

3) ймовірність того, що в інтервалі $[t, t+h)$ надійде принаймні один страховий позов, дорівнює $\lambda h + o(h)$, де λ — константа, а $\lim_{h \rightarrow 0} \frac{o(h)}{h} = 0$;

4) ймовірність того, що в інтервалі $[t, t+h)$ надійде більше ніж один позов, є $o(h)$.

Визначимо, що перелічені припущення, з одного боку, накладають досить жорсткі математичні обмеження на процес надходження страхових позовів. Разом з тим такі обмеження дають змогу робити досить ґрунтовні висновки про параметри діяльності страхової компанії, викладені нижче у вигляді низки теорем, а для деяких ситуацій навіть дають змогу обчислити точні значення ймовірності банкрутства страхових компаній.

З іншого боку, ці припущення досить реально характеризують діяльність страхової компанії. Так, припущення (1) не буде виконуватись лише тоді, коли внаслідок стихійного лиха чи катастрофи до однієї страхової компанії надійшов ряд позовів про відшкодування вартості майна, страхування здоров'я чи життя. Очевидно, що в такому випадку компанія ризикує збанкрутувати за будь-яких своїх параметрів, як-от капітал чи резервні фонди. За цієї ситуації держава повинна відшкодувати значну частину виплат страховій компанії, як це сталося, наприклад, під час повеней у Східній Європі влітку 2002 р.

Припущення (2) свідчить про відносну відсутність сезонного збільшення чи зменшення інтенсивності надходження страхових позовів. Аналіз процесів позовів українських страхових компаній дає змогу переконатися у реальності цього факту.

У припущенні (3) йдеться про лінійну залежність кількості позовів від довжини часового інтервалу, що розглядається (тобто, наприклад, що протягом кварталу надійде приблизно втричі більше позовів, ніж протягом місяця).

Припущення (4) показує низьку ймовірність надходження декількох (більше ніж одного) страхових позовів на малому інтервалі часу.

Отже, за перелічених припущень можна зробити такі висновки.

Нехай $v(t)$ — число страхових позовів (а отже і страхових виплат), які з'явилися в інтервалі $[0, t)$ і $P_n(t) = P(v(t) = n)$, $n = 0, 1, 2, \dots$

Має місце таке твердження (див. підрозділ 22.2).

Теорема 27.1¹. Випадкова величина $v(t)$ має розподіл Пуассона з параметром λt , тобто

$$P_n(t) = \frac{(\lambda t)^n}{n!} e^{-\lambda t}, n = 0, 1, 2, \dots \quad (27.1)$$

Величина λ називається *інтенсивністю пуассонівського процесу* і характеризує інтенсивність надходження страхових позовів.

¹ Леоненко М.М., Мішура Ю.С., Ядренко М.Й. Теоретико-ймовірнісні та статистичні методи в економетриці та фінансовій математиці. — К.: Інформтехніка, 1995.

Таким чином, число $v(t)$ страхових виплат на інтервалі $[0, t)$ є пуассонівським процесом з інтенсивністю λ . Отже, $Mv(t) = \lambda t$. Припускається також, що процес $v(t)$ і послідовність $\{Y_k\}$ взаємно незалежні. Момент τ_k k -го стрибка процесу $v(t)$ є моментом надходження до страхової компанії k -ї вимоги, і в цей момент компанія виплачує суму Y_k .

Випадковий процес

$$S_t = \sum_{k=1}^{v(t)} Y_k \quad (27.2)$$

виражає суму виплат, проведених компанією на відрізку часу $[0, t)$ (припускається, що $\sum_{k=1}^0 Y_k = 0$). Згідно з формулою (26.5)

$$MS_t = MY_1 \cdot Mv(t) = \mu \lambda t = \lambda \mu t. \quad (27.3)$$

Прибуток компанії за час $[0, t)$ дорівнює

$$Q_t = ct - S_t, \quad (27.4)$$

де c — константа, яка характеризує інтенсивність надходження страхових внесків (страхових премій). Математичне сподівання цього прибутку дорівнює

$$MQ_t = ct - \lambda \mu t = (c - \lambda \mu)t. \quad (27.5)$$

Відносна страхова надбавка θ визначається так:

$$\theta = \frac{MQ_t}{MS_t} = \frac{c}{\lambda \mu} - 1. \quad (27.6)$$

Нехай u — початковий капітал компанії. Процесом ризику називатимемо випадковий процес

$$U_t = u + ct - S_t. \quad (27.7)$$

Зазначимо, що U_t — це сумарний капітал компанії в момент часу t .

Ймовірність банкрутства в класичній моделі ризику. Природно поставити питання про ймовірність банкрутства страхової компанії, яка має початковий капітал u , на інтервалі часу $[0, +\infty)$. Позначимо цю ймовірність через $\psi(u)$. Очевидно, що $\psi(u) = P\{U_t < 0 \text{ при деякому } t > 0\}$. Будемо розглядати таку функцію

$$\varphi(u) = 1 - \psi(u), \quad (27.8)$$

яка виражає ймовірність того, що на інтервалі часу $[0, +\infty)$ банкрутство не відбувається. Наведемо без доведення наступну теорему.

Теорема 27.2¹. Функція $\varphi(u)$ диференційована і задовольняє інтегродиференціальне рівняння

$$\varphi'(u) = \frac{\lambda}{c} \varphi(u) - \frac{\lambda}{c} \int_0^u \varphi(u-z) dF(z). \quad (27.9)$$

Зауважимо, що рівняння (27.9) можна отримати і обходячи припущення про диференційованість функції $\varphi(u)$. Також можна встановити інтегральне рівняння для $\varphi(u)$.

Теорема 27.3². Функція $\varphi(u)$ задовольняє інтегральне рівняння

$$\varphi(u) = \varphi(0) + \frac{\lambda}{c} \int_0^u \varphi(u-z)(1-F(z)) dz. \quad (27.10)$$

Функція $\varphi(u)$ обмежена (це ймовірність, і тому $0 \leq \varphi(u) \leq 1$) і монотонно не спадає (у разі збільшення початкового капіталу ймовірність небанкрутства збільшується). Тому існує $\lim_{u \rightarrow +\infty} \varphi(u) = \varphi(+\infty)$. Переходячи до границі при $u \rightarrow +\infty$ в обох частинах рівності (27.10), будемо мати

$$\varphi(+\infty) = \varphi(0) + \frac{\lambda}{c} \mu \varphi(+\infty), \quad (27.11)$$

де $\mu = \int_0^{+\infty} (1-F(z)) dz$.

$$\text{Звідси } \varphi(0) = \left(1 - \frac{\lambda \mu}{c}\right) \varphi(+\infty).$$

Якщо є ненульовий розв'язок інтегрального рівняння (27.10), то природно вважати, спираючись на теоретико-ймовірнісний зміст $\varphi(u)$, що $\varphi(+\infty) = 1$ (при нескінченному початковому капіталі банкрутство не відбудеться). Таким чином, $\varphi(0) = 1 - \left(\frac{\lambda \mu}{c}\right)$. Оскільки $\varphi(0) \geq 0$, то $\frac{\lambda \mu}{c} \leq 1$.

¹ Леоненко М.М., Мішура Ю.С., Ядренко М.Й. Теоретико-ймовірнісні та статистичні методи в економетриці та фінансовій математиці. — К.: Інформтехніка, 1995. — С. 224.

² Там само. — С. 227.

Зазначимо, що $\frac{Q_t}{t} = \left(\frac{ct - S_t}{t}\right) = c - \left(\frac{S_t}{t}\right)$. Випадковий процес S_t є однорідним процесом з незалежними приростами і $ES_t = \lambda \mu t$. Тому відповідно до підсиленого закону великих чисел з імовірністю одиниця $\frac{S_t}{t} \rightarrow \lambda \mu$. Для застосування закону великих чисел досить зауважити, що за будь-якого t і будь-якого n величину S_t можна представити у вигляді суми n незалежних однаково розподілених випадкових величин:

$$S_t = \sum_{k=1}^n \left[S\left(t \frac{k}{n}\right) - S\left(t \frac{k-1}{n}\right) \right].$$

Якщо $c < \lambda \mu$, то процес Q_t з ймовірністю одиниця прямує до $-\infty$ і тому за будь-якого u з ймовірністю одиниця відбувається банкрутство. У цьому випадку $\varphi(u) \equiv 0$ (рівняння (27.10) не має обмеженого розв'язку). У випадку $c = \lambda \mu$ теж $\varphi(u) \equiv 0$ і рівняння (27.10) має лише нульовий розв'язок. Надалі ми будемо припускати, що $c > \lambda \mu$.

Сформулюємо важливий результат, що впливає з попередніх теорем, який ми будемо використовувати в подальших дослідженнях.

Теорема 27.4¹. Якщо виплати є експоненціально розподіленими випадковими величинами з математичним сподіванням μ , то ймовірність банкрутства $\psi(u)$ за початкового капіталу u дорівнює

$$\psi(u) = \begin{cases} \frac{1}{1+\theta} e^{-\frac{\theta u}{(1+\theta)\mu}}, & \text{якщо } c > \lambda \mu, \\ 1, & \text{якщо } c \leq \lambda \mu. \end{cases} \quad (27.12)$$

За допомогою перетворення Лапласа функції $\varphi(u)$, заданої рівністю (27.10), можна отримати явний вигляд цієї функції у випадку, якщо сума виплат страхової компанії є константою.

¹ Леоненко М.М., Мішура Ю.С., Ядренко М.Й. Теоретико-ймовірнісні та статистичні методи в економетриці та фінансовій математиці. — К.: Інформтехніка, 1995. — С. 229.

Теорема 27.5¹. Якщо в моменти часу $\tau_1, \tau_2, \dots, \tau_n, \dots$ стрибків процесу Пуассона виплачується одна сума a і $c > \lambda a$, то ймовірність небанкрутства за початкового капіталу u дорівнює

$$\varphi(u) = \left(1 - \frac{\lambda a}{c}\right) \sum_{k=0}^{+\infty} \frac{1}{k!} \left(-\frac{\lambda}{c}\right)^k (u - ka)_+^k \exp\left\{\frac{\lambda}{c}(u - ka)_+\right\}, \quad (27.13)$$

$$\text{де } x_+ = \frac{x + |x|}{2} = \begin{cases} x, & x \geq 0, \\ 0, & x < 0. \end{cases}$$

Асимптотична поведінка ймовірності банкрутства за великих обсягів початкового капіталу. Дослідимо асимптотичну поведінку ймовірності банкрутства $\psi(u)$ на проміжку $[0, +\infty)$ за початкового капіталу u , якщо $u \rightarrow +\infty$.

Користуючись рівнянням (27.10) та враховуючи, що $\varphi(u) = 1 - \lambda \mu c$, можна отримати таку рівність²:

$$\psi(u) = \frac{1}{c} \int_u^{+\infty} (1 - F(z)) dz + \frac{1}{c} \int_0^u \psi(u - z)(1 - F(z)) dz. \quad (27.14)$$

Позначимо

$$\bar{\mu} = \frac{\lambda}{c} \int_0^{+\infty} y e^{Ry} [1 - F(y)] dy \quad (27.15)$$

Тоді має місце теорема, яка є однією з найважливіших в актуарній математиці.

Теорема 27.6³. Нехай $\frac{\lambda \mu}{c} < 1$, рівняння

$$\frac{\lambda}{c} \int_0^{+\infty} e^{Ry} [1 - F(y)] dy = 1 \quad (27.16)$$

має корінь R і $\bar{\mu} < +\infty$. Тоді при $u \rightarrow +\infty$

$$\psi(u) \sim \frac{\theta}{(1+\theta)R\mu} e^{-Ru}. \quad (27.17)$$

Запис $\psi(u) \sim g(u)$ при $u \rightarrow +\infty$ означає, що $\lim_{u \rightarrow +\infty} \frac{\psi(u)}{g(u)} = 1$.

¹ Леоненко М.М., Мішура Ю.С., Ядренко М.Й. Теоретико-ймовірнісні та статистичні методи в економетриці та фінансовій математиці. — К.: Інформтехніка, 1995. — С. 231.

² Там само. — С. 232—233.

³ Там само. — С. 234.

Дослідимо умови існування кореня рівняння (27.16). Нехай

$$h(r) = Me^{r\lambda} - 1 = \int_0^{+\infty} e^{rz} dF(z) - 1. \quad (27.18)$$

Зробимо таке припущення.

Припущення. Існує $r > 0$ таке, що $h(r) \uparrow +\infty$, коли $r \uparrow r_x$ (допускається і можливість $r = +\infty$).

За цього припущення рівняння (27.16) можна записати у вигляді

$$h(R) = \frac{c}{\lambda} R, \text{ або } h(R) = (1 + \theta)\mu R. \quad (27.19)$$

Лема 27.1¹. При зроблених припущеннях рівняння (27.19) має єдиний додатний корінь R , причому $R < r_x$.

Таким чином, теорема 27.6 може бути переформульована так.

Теорема 27.7². (Теорема Крамера — Лундберга). При зроблених припущеннях відносно $h(r)$ і при $u \rightarrow +\infty$

$$\psi(u) \sim \frac{0\mu}{h'(R) - \frac{c}{\lambda}} e^{-Ru}, \quad (27.20)$$

де R — корінь рівняння (27.19).

Праву частину (27.20) називають *апроксимацією Крамера — Лундберга*, а число R — коефіцієнтом Лундберга або *характеристичним коефіцієнтом*.

Якщо виплати є експоненціально розподіленими випадковими величинами з математичним сподіванням μ , то $h(r) = \frac{1}{1 - r\mu} - 1 = \frac{r\mu}{1 - r\mu}$. Тоді рівняння (27.19) має вигляд $\frac{R\mu}{1 - R\mu} = (1 + \theta)R\mu$. Це рівняння має тривіальний корінь 0 та єди-

¹ Леоненко М.М., Мішура Ю.С., Ядренко М.Й. Теоретико-ймовірнісні та статистичні методи в економетриці та фінансовій математиці. — К.: Інформтехніка, 1995. — С. 235.

² Там само. — С. 236.

ний додатний корінь $R = \frac{\theta}{(1 + \theta)\mu}$, що і є характеристичним коефіцієнтом.

Зауважимо, що у випадку експоненціального розподілу апроксимація Крамера — Лундберга є точною¹.

Оцінка для ймовірності банкрутства в класичній моделі ризику. Будемо продовжувати досліджувати ймовірність $\psi(u)$ банкрутства на $[0, +\infty)$ у класичній моделі ризику за початкового капіталу u . Будемо вважати, що $c > \lambda\mu$ (якщо $c \leq \lambda\mu$, то банкрутство відбувається з імовірністю 1). У попередньому пункті за певних припущень ми встановили асимптотичні формули для $\psi(u)$ за великих значеннях u .

Виявляється, що можна вказати оцінку зверху для ймовірності $\psi(u)$, яка справедлива при всіх $u > 0$. А саме має місце така теорема.

Теорема 27.8². Нехай рівняння

$$\frac{\lambda}{c} \int_0^{+\infty} e^{\lambda y} [1 - F(y)] dy = 1 \quad (27.21)$$

має додатний корінь R . Тоді при всіх $u > 0$ виконується нерівність

$$\psi(u) \leq e^{-Ru}. \quad (27.22)$$

Нерівність (27.22) називають нерівністю Крамера — Лундберга. Доведення цієї нерівності можна знайти також у роботі Г.І. Фаліна³.

¹ Леоненко М.М., Мішура Ю.С., Ядренко М.Й. Теоретико-ймовірнісні та статистичні методи в економетриці та фінансовій математиці. — К.: Інформтехніка, 1995. — С. 236—237.

² Там само. — С. 238.

³ Фалин Г.И. Математический анализ рисков в страховании. — М.: Рос. юрид. издат. дом, 1994. — С. 109—111.

27.2. “Практичні” оцінки ймовірності банкрутства в класичній моделі ризику, дифузійна апроксимація процесу ризику

Фактично явну формулу для ймовірності банкрутства $\psi(u)$ в класичній моделі ризику, що розглядалася у попередньому підрозділі, можна вказати лише для того випадку, коли виплати страхової компанії розподілені за експоненціальним законом. У цьому ж параграфі ми наводили формулу (27.13) для ймовірності банкрутства тоді, коли виплати є сталими величинами. Але ця ситуація досить рідко трапляється у практичній діяльності страхових компаній, до того ж формула (27.13) є досить складною для обчислень.

Тому останнім часом було докладено багато зусиль на пошуки наближених формул для обчислення функції $\psi(u)$, що є ймовірністю банкрутства компанії при початковому капіталі u . Розглянемо ці формули.

Перш ніж переходити до їх розгляду, відзначимо дві леми, які будуть використані при обчисленнях.

Лема 27.2¹. Якщо Y — випадкова величина, яка має експоненціальний розподіл з математичним сподіванням μ , то

$$MY = \mu, \quad MY^2 = 2\mu^2, \quad MY^3 = 6\mu^3 \quad (27.23)$$

і взагалі $MY^n = n!\mu^n$.

Лема 27.3². Нехай

$$Q_t = ct - \sum_{k=1}^{v(t)} Y_k \quad (27.24)$$

¹ Леоненко М.М., Мішура Ю.С., Ядренко М.Й. Теоретико-ймовірнісні та статистичні методи в економетриці та фінансовій математиці. — К.: Інформтехніка, 1995. — С. 254.

² Там само.

це прибуток страхової компанії на відрізку $[0, t]$ у класичній моделі ризику. Тоді характеристична функція випадкової величини Q_t дорівнює

$$Me^{izQ_t} = \exp\{t(izc + \lambda[Me^{-izY_t} - 1])\}. \quad (27.25)$$

Апроксимація Беекмана—Боверса для (u). Вперше цю апроксимацію запропонував голландський вчений Дж. Беекман¹.

Нехай

$$H(u) = P\{\inf_{t \geq 0} Q_t < -u : \inf_{t \geq 0} Q_t < 0\}. \quad (27.26)$$

Тоді

$$H(u) = \frac{\varphi(u) - \varphi(0)}{1 - \varphi(0)} = 1 - (1 + \theta)\psi(u), \quad (27.27)$$

звідки

$$\psi(u) = \frac{1}{1 + \theta}(1 - H(u)). \quad (27.28)$$

Нехай μ_H та σ_H^2 — математичне сподівання і дисперсія, що відповідають розподілу $H(u)$. Ідея побудови апроксимаційної формули полягає в заміні $H(u)$ у (22.32) гамма-розподілом $G(u)$, перші два моменти якого збігаються з моментами $H(u)$.

Тоді наближена формула для (u) матиме вигляд

$$\begin{aligned} \psi_{BB}(u) &= \frac{1}{1 + \theta}(1 - G(u)) = \frac{1}{1 + \theta} \int_u^{\infty} \frac{\beta^\gamma x^{\gamma-1}}{\Gamma(\gamma)} e^{-\beta x} dx = \\ &= \frac{1}{1 + \theta} \int_{\beta u}^{\infty} \frac{x^{\gamma-1}}{\Gamma(\gamma)} e^{-x} dx, \end{aligned} \quad (27.29)$$

$$\text{де } \beta = \frac{2\mu_1\theta}{\mu_2 + ((4\mu_1\mu_3/3\mu_2) - \mu_2)\theta} \text{ і } \gamma = \frac{1 + \theta}{1 + ((4\mu_1\mu_3/3\mu_2) - 1)\theta}.$$

Позначимо k -й момент функції розподілу $F(z)$ виплат Y_k через μ_k , тобто

$$\mu_k = MY_1^k, \quad k = 1, 2, 3. \quad (27.30)$$

За допомогою перетворення Лапласа — Стілтєса функції $F(z)$ можна визначити величини μ_H та σ_H^2 через моменти функції $F(z)$:

¹ Beekman J. A ruin function approximation // Transl. of the Soc. of Actuaries. — 1969. — Vol. 21. — P. 41—48, 275—279.

$$\mu_H = \frac{\mu_2(1+\theta)}{20\mu_1}. \quad (27.31)$$

$$\sigma_H^2 = \frac{\mu_2(1+\theta)}{20\mu_1} \left[\frac{2\mu_3}{3\mu_2} + \frac{\mu_2(1+\theta)}{20\mu_1} \right]. \quad (27.32)$$

Алгоритм застосування апроксимаційної формули (27.29) такий¹:

1) знаходимо перші три моменти μ_1, μ_2, μ_3 функції розподілу $F(z)$ (функції розподілу виплат Y_k);

2) значення ймовірності банкрутства (u) обчислюємо за формулою (30), користуючись таблицями гамма-розподілу $G(u)$, у якого математичне сподівання дорівнює μ_H , а дисперсія σ_H^2 .

Якщо виплати страхової компанії мають експонеціальний розподіл, використовуючи лему 27.2 неважко встановити, що наближена формула (27.29) в цьому випадку є точною.

Апроксимація де Вільдера. Наступна наближена оцінка є однією з найвідоміших та найпопулярніших у сучасній актуарній математиці. Вперше її запропонував бельгійський учений Філіпп де Вільдер².

Ідея цієї оцінки така: ми апроксимуємо процес Q_t у загальній класичній моделі ризику процесом $Q(t)$, у якого виплати мають експонеціальний розподіл так, щоб

$$MQ_t^k = M\bar{Q}^k(t) \text{ при } k = 1, 2, 3.$$

За ймовірність банкрутства (u) приймаємо ймовірність банкрутства $_{DV}(u)$ в процесі $Q(t)$, для якого ми знаємо точну формулу.

Процес $Q(t)$ визначається трьома параметрами $(\bar{\lambda}, \bar{c}, \bar{\mu})$ або $(\bar{\lambda}, \bar{\theta}, \bar{\mu})$. Використовуючи лему 27.3 та властивості семи інваріант³, можна встановити такі рівності:

¹ *Beekman J.* A ruin function approximation // Transl. of the Soc. of Actuaries. — 1969. — Vol. 21. — P. 41—48, 275—279.

² *De Vilder F.* A practical solution to the problem of ultimate ruin probability Scand. // Actuarial Journ. — 1978. — P. 114—119.

³ *Леоненко М.М., Мішура Ю.С., Ядренко М.Й.* Теоретико-ймовірнісні та статистичні методи в економетриці та фінансовій математиці. — К.: Інформтехніка, 1995. — С. 257—258.

$$\bar{\mu} = \frac{\mu_3}{3\mu_2} \theta, \bar{\theta} = \frac{2\mu_1\mu_3}{3\mu_2^2} \theta, \bar{\lambda} = \frac{9\mu_2^3}{2\mu_2^2} \lambda. \quad (27.33)$$

Отже,

$$\psi(u) \equiv \psi_{DV}(u) = \frac{1}{1+\bar{\theta}} e^{-\frac{u\bar{\theta}}{\bar{\mu}(1+\bar{\theta})}}. \quad (27.34)$$

За самою побудовою апроксимації у випадку експонеціального розподілу виплат $\psi(u) = \psi_{DV}(u)$ ¹.

Дифузійна апроксимація для процесів ризику. Наступна апроксимація досить давно відома в загальній теорії випадкових процесів. Її вивів Г. Хедвігер². Показано також, що її можна застосовувати для процесу ризику страхової компанії.

Нехай D — простір функцій на $[0, \infty)$, які неперервні справа і для яких, що існує границя зліва (простір функцій без розривів другого роду).

Означення. Послідовність X_n збігається за розподілом до випадкового процесу X (будемо записувати це так: $X_n \xrightarrow{d} X$), якщо для будь-якої обмеженої і неперервної функції f на D

$$Ef(X_n) \rightarrow Ef(X). \quad (27.35)$$

Використовуючи поняття збіжності за розподілом³, можна встановити таку дифузійну апроксимацію для (u)

$$\psi(u) \sim \psi_D(u) e^{-\frac{u\theta}{\mu^2 + \sigma^2}}. \quad (27.36)$$

Порівняємо цю апроксимацію з апроксимацією Крамера — Лундберга. Константа Крамера — Лундберга — це корінь рівняння

$$\frac{cR}{\lambda} = h(R) = \int_0^{\infty} e^{Rz} dF(z) - 1.$$

¹ *De Vilder F.* A practical solution to the problem of ultimate ruin probability Scand. // Actuarial Journ. — 1978. — P. 114—119.

² *Hadwiger H.* Über die Wahrscheinlichkeit des Ruins bei einer großer Zahl von Geschäften // Arkiv für mathematische Wirtschaft- und Sozialforschung. — 1940 — № 6 — P. 131—135.

³ *Див.: Леоненко М.М., Мішура Ю.С., Ядренко М.Й.* Теоретико-ймовірнісні та статистичні методи в економетриці та фінансовій математиці. — К.: Інформтехніка, 1995. — С. 259—260.

Тому

$$\frac{cR}{\lambda} \geq \int_0^{\infty} \left(1 + Rz + \frac{R^2 z^2}{2} \right) dF(z) - 1 = R\mu + \frac{1}{2} R^2 (\sigma^2 + \mu^2),$$

звідси

$$R \leq \frac{2\left(\frac{c}{\lambda} - \mu\right)}{\mu^2 + \sigma^2} = \frac{2\theta\mu}{\mu^2 + \sigma^2}. \quad (27.37)$$

З цієї нерівності випливає, що

$$\psi_D(u) \leq e^{-Ru}.$$

Експоненціальна апроксимація. Позначимо через μ_i моменти функції $F(y)$ розподілу виплат Y_k так, що

$$\mu_i = M\mu^i, \quad i = 1, 2, 3, \dots$$

Тоді має місце експоненціальна апроксимація, запропонована Ф. де Вільдером¹:

$$\psi_E(u) = e^{-1 - \frac{2\mu_1 \theta u - \mu_2}{\sqrt{\mu_2^2 + \frac{4}{3} \theta \mu_1 \mu_3}}}. \quad (27.38)$$

Апроксимація Лундберга. Використавши оцінку Ове Лундберга², можна отримати таку апроксимацію ймовірності банкрутства:

$$\psi_L(u) = e^{-\frac{2\mu_1 \theta u}{\mu_2} \left(1 + \left(\theta u - \frac{\mu_2}{2\mu_1} \right) \frac{4\theta \mu_1^2 \mu_3}{3\mu_2^3} \right)}. \quad (27.39)$$

Тут індекс L означає “Лундберг”, хоча потрібно зазначити, що Лундберг ніколи не пропонував цієї апроксимації, а лише на початку 60-х років ХХ ст. запропонував оцінку для збіжних послідовностей у теорії випадкових процесів.

¹ De Vilder F. A practical solution to the problem of ultimate ruin probability Scand. // Actuarial Journ. — 1978. — P. 114—119.

² Lundberg O. On Random Processes and their Application to Sickness and Accident Statistics. — 1st ed. — Uppsala: Almqvist&Wiksell, 1964. — С. 122.

Апроксимація Рені. Використовуючи теорему А. Рені¹, можна отримати апроксимацію Рені

$$\psi_R(u) = \frac{1}{1 + \theta} e^{-\frac{2\mu_1 \theta u}{\mu_2(1 + \theta)}}. \quad (27.40)$$

В. Калашников у своїй праці² показав, що

$$\sup_u |\psi_R(u) - \psi(u)| \leq \frac{4\theta \mu_1 \mu_3}{3\mu_2^2(1 + \theta)} \quad \text{для всіх } \theta > 0.$$

Таким чином, ми маємо оцінку зверху абсолютного відхилення апроксимації Рені від точного значення ймовірності банкрутства.

27.3. Порівняння апроксимацій ймовірності банкрутства страхових компаній

Досить важливим є питання, яка з наведених оцінок дає найточніший результат для ймовірності банкрутства залежно від різних значень параметрів функції (u). Такі чисельні порівняння різних апроксимацій можна знайти, наприклад, у Дж. Гранделла і К.-О. Сегердала³, Ф. де Вільдера та інших вчених. Зрозуміло, що для порівняння необхідно вибрати такий ймовірнісний розподіл виплат страхової компанії, для якого можна безпосередньо обчислити точне значення ймовірності банкрутства (u).

У прикладі, який запропоновано, прийнято такі значення параметрів: $\lambda = 1$ та $\mu = 1$.

¹ Renyi A. A Poisson-folyamat egy jellemzise // Magyar Tud. Akad., Mat. Kutato, Int. Kozl. — № 1. — P. 519—527. English translation: A characterization of Poisson processes / Turan P. (Ed.) // Selected Papers of Alfred Renyi. — Budapest: Akademiai Kiado, 1976. — Vol. 1. — P. 622—628.

² Kalashnikov V. Geometric Sums: Bounds for Rare Events with Applications. — Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1997.

³ Grandell J., Segerdahl C.-O. A comparison of some approximations of ruin probabilities // Skand. AktuarTidskr. — 1971. — P. 144—158.

Для будь-якої апроксимації $\psi_A(u)$ та точного значення ймовірності банкрутства (u) визначимо відносну похибку

$$\varepsilon_A(u) = \frac{\psi_A(u) - \psi(u)}{\psi(u)}. \quad (27.41)$$

Спочатку розглянемо випадок, коли позови мають гамма-розподіл із дисперсією 100 (табл. 27.1). Покладемо значення відносної страхової надбавки $\theta = 10\%$. Тоді ми отримаємо $\mu_1 = 1$, $\mu_2 = 101$, $\mu_3 = 20\,301$ та $\mu_4 = 6\,110\,602$. Точні значення (u) для цього випадку можна знайти у праці Дж. Гранделла.

З табл. 27.1 можна побачити, що апроксимація де Вільдера майже бездоганна і значно краща, ніж інші оцінки.

Розглянемо тепер позови, які мають змішаний експоненціальний розподіл (табл. 27.2). Тоді функція розподілу позовів $F(z) = 1 - 0,003\,979\,3e^{-0,014\,631z} - 0,107\,839\,2e^{-0,190\,206z} - 0,888\,181\,5e^{-5,514\,588z}$ для $z \geq 0$ (встановлено Н. Вікстадом¹). Цей розподіл є спробою інтерпретувати розподіл, отриманий Г. Крамером², для страхування пожеж невиробничих об'єктів Швеції. Для цього розподілу маємо $\mu_1 = 1$, $\mu_2 = 43,1982$, $\mu_3 = 7717,23$ та $\mu_4 = 2\,086\,093,4$. Ймовірність банкрутства (u) підраховано для даних значень початкового капіталу страхової компанії u та відносної страхової надбавки θ Н. Вікстадом³. Значення параметрів у цьому випадку такі ж, як для табл. 27.1.

Для $u = 10$ жодна з апроксимацій не дала прийняттого результату. Зазначимо хіба, що оцінка $\varepsilon(u)$ дає порівняно кращі результати для малих значень θ . Для $u = 100$ серед усіх апроксимацій краще працюють оцінки Беекмана — Боверса та де Вільдера. Хоча потрібно зазначити, що точність апроксимації де Вільдера вже не така висока, як у табл. 27.2.

Таким чином, стає зрозумілим, що хоч у наших прикладах найкращою була апроксимація де Вільдера, у кожному конкретному випадку реальної страхової компанії необхідно вста-

¹ Wikstad N. Exemplification of ruin probabilities // Astin Bulletin. — 1971. — № 6. — P. 147—152.

² Cramer H. Collective Risk Theory // Skandia Jubilee Volume. — Stockholm, 1955 // Martin-Lof A. (Ed.). Harald Cramer Collected Works. — Berlin: Springer-Verlag, 1994. — Vol. II. — 43—45.

³ Wikstad N. Exemplification of ruin probabilities // Astin Bulletin. — 1971. — № 6. — P. 147—152.

Таблиця 27.1. Відносні похибки апроксимацій ймовірності банкрутства у випадку позовів, що мають гамма-розподіл

u	$\psi(u)$	$\varepsilon_D(u), \%$	$\varepsilon_R(u), \%$	$\varepsilon_L(u), \%$	$\varepsilon_E(u), \%$	$\varepsilon_{VB}(u), \%$	$\varepsilon_{DW}(u), \%$
0	0,90909	10,0	0,0	-4,6	-1,6	0,0	-2,8
300	0,52114	5,9	1,7	0,2	1,3	-0,1	0,3
600	0,30867	-1,3	0,0	1,2	0,8	-0,8	0,2
900	0,18287	-8,0	-1,6	1,6	0,4	-0,9	0,1
1200	0,10834	-14,3	-3,3	1,4	-0,1	-0,7	-0,0
1500	0,06418	-20,1	-4,8	0,8	-0,5	-0,2	-0,1
1800	0,03803	-25,5	-6,4	-0,2	-1,0	0,3	-0,2
2100	0,02253	-30,6	-7,9	-1,5	-1,5	1,0	-0,3
2400	0,01335	-35,4	-9,5	-3,2	-1,9	1,8	-0,4
2700	0,00791	-39,8	-11,0	-5,0	-2,4	2,7	-0,5
3000	0,00468	-43,8	-12,3	-7,0	-2,7	3,6	-0,5

Примітка. Індекси D, R, L, E, VB, DV у відносних похибках означають відповідно одну з шести апроксимацій, наведених у формулах (27.36), (27.40), (27.39), (27.38), (27.29), (27.34).

Таблиця 7.2. Відносні похибки апроксимації ймовірності банкрутства у випадку позовів, що мають змішаний експоненціальний розподіл

u	$\rho, \%$	$\psi(u)$	$\varepsilon_D(u), \%$	$\varepsilon_R(u), \%$	$\varepsilon_L(u), \%$	$\varepsilon_Z(u), \%$	$\varepsilon_{BR}(u), \%$	$\varepsilon_{DV}(u), \%$
10	5	0,8 897	9,8	4,7	-5,0	-1,8	3,3	-3,2
10	10	0,7 998	19,4	9,0	-12,0	-1,0	4,8	-5,4
10	15	0,7 248	28,8	13,0	-20,8	1,1	5,4	-7,0
10	20	0,6 611	37,9	16,7	-31,1	4,0	5,6	-8,1
10	25	0,6 078	46,7	20,1	-42,7	7,5	5,6	-9,0
10	30	0,5 610	55,1	23,2	-55,4	11,2	5,5	-9,6
100	5	0,7 144	11,1	6,9	-0,7	1,7	2,3	0,4
100	10	0,5 898	16,7	10,7	-0,6	5,0	1,2	1,1
100	15	0,4 247	17,6	11,9	2,7	8,6	-0,4	1,9
100	20	0,3 455	14,7	11,5	10,0	12,1	-1,7	2,7
100	25	0,2 886	8,9	9,8	20,7	15,1	-2,8	3,4
100	30	0,2 461	1,3	7,4	33,9	17,7	-3,6	4,0

новлювати ймовірнісний розподіл, який найточніше характеризує процес виплат компанії, обчислювати для цієї компанії декілька оцінок ймовірності банкрутства залежно від її стартового капіталу, а потім, порівнюючи отримані результати, робити висновок про реальний стан страхової компанії.

27.4. Знаходження точних оцінок імовірності банкрутства страхових компаній України у класичній моделі ризику

Як було показано у попередньому підрозділі, для отримання точної оцінки ймовірності банкрутства страхової компанії необхідно знати функцію розподілу страхових виплат, а для отримання наближених оцінок ймовірності — перші три моменти цієї функції. Зрозуміло, що для кожної страхової компанії можна побудувати лише емпіричну функцію розподілу, для чого треба мати дані за всіма страховими виплатами, здійсненим за певний проміжок часу (до того ж необхідно, щоб кількість даних була достатньо великою). З огляду на це, оцінюючи ймовірності банкрутства, робились певні припущення про вигляд функції розподілу та її параметри.

Спершу зробимо припущення, що виплати страхових компаній мають експоненціальний розподіл. Функція щільності експоненціального розподілу має вигляд

$$f(x, \lambda) = \begin{cases} \lambda e^{-\lambda x}, & x \geq 0, \\ 0, & x < 0, \end{cases} \quad (27.42)$$

де $\lambda > 0$ — параметр розподілу. Тоді, якщо випадкова величина ξ має експоненціальний розподіл зі щільністю, заданою формулою (27.42), то її математичне сподівання дисперсія

$$D\xi = \frac{1}{\lambda^2}.$$

Як було показано у підрозділі 27.1, якщо виплати $M\xi = \frac{1}{\lambda}$, страхової компанії розподілені за експоненціальним законом, можна вказати явний вигляд формули для ймовірності банк-

рутства (формула (27.12)). Для цього треба лише знати середній розмір страхових виплат та відносну страхову надбавку. Потрібно зазначити, що страхові компанії України дуже відрізняються одна від одної залежно від кількості та розміру страхових виплат. Наприклад, за перше півріччя 2005 р. страхова компанія “Аванте” була лідером за сумами страхових виплат з добровільних видів страхування, виплативши своїм клієнтам понад 95 млн грн¹. Ця сума розподілена лише за 12 страховими виплатами. Таким чином, середній розмір однієї виплати компанії “Аванте” дорівнює близько 8 млн грн. Схожі показники має “Земська страхова компанія”: понад 85 млн грн виплат за добровільними видами страхування лише у 9 страхових випадках (розмір однієї виплати становить близько 9,5 млн грн). Зазначимо, що обов’язковими видами страхування ці компанії практично не займаються. Очевидно, подібні показники важко пояснити класичною моделлю ризику.

Водночас, переважна більшість страхових компаній України, що входять до першої сотні за обсягом власного капіталу, уклали за перше півріччя 2005 р. десятки тисяч страхових угод². Кількість страхових позовів до цих компаній також порівняно велика і коливається від 100—200 виплат (“Лемма”, “Інпро”, “Диско”) до декількох десятків тисяч позовів (такі компанії, як “Оранта”, “АСКА”, “Алькона”). Таким чином, щоб порівняти страхові компанії з малою кількістю позовів та великими розмірами виплат із компаніями з великою кількістю позовів з порівняно малими розмірами виплат ми зробили певні припущення щодо середнього розміру виплат компанії. У нашій моделі під цим показником мається на увазі не середній розмір однієї виплати, а середній розмір виплати за певний проміжок часу, наприклад, за півмісяця. Відповідно до середніх розмірів страхових виплат великих та середніх страхових компаній України³, ймовірність банкрутства було розраховано для середнього обсягу виплат у 50 000, 75 000, 100 000 та 200 000 грн. Відносна страхова надбавка дорівнює 30 %.

¹ Показатели деятельности страховых компаний Украины за 1-е полугодие 2005 года // Страховой рейтинг Insurance Top. — 2005. — № 3 (11). — С. 56.

² Там же. — С. 62.

³ Там же.

Очевидно, що за збільшення середнього розміру виплат значення ймовірності банкрутства страхової компанії також збільшується, а за збільшення значення відносної страхової надбавки або показника власного капіталу ймовірність банкрутства зменшується. Таким чином, найменшу ймовірність банкрутства будуть мати страхові компанії з найбільшим власним капіталом. За обсяг стартового капіталу u було взято обсяг страхових резервів страхових компаній станом на 1 квітня 2005 р. Таким чином, під банкрутством страхової компанії мається на увазі не фізичний процес банкрутства та можливої ліквідації компанії (відповідно, з несплатою за своїми зобов’язаннями), а неможливість забезпечити виплату страхової суми з резервів страхової компанії.

Проведені розрахунки показали, що для страхових компаній, розмір страхових резервів яких перевищує 6 млн грн, ймовірність банкрутства перебуває на дуже низькому рівні, а саме не більше 0,01 % (табл. 27.3). Таким чином, можна стверджувати, що ймовірність банкрутства принаймні 50 найбільших страхових компаній України практично нульова. Тому в подальших розрахунках оцінок ймовірності банкрутства (табл. 27.4, 27.5) розглядалися середні страхові компанії України із розміром страхових резервів приблизно від 1 млн до 6 млн грн. У табл. 27.4 та 27.5 розглянуто ті ж середні розміри страхових виплат, що й у табл. 27.3, а відносна страхова надбавка дорівнює 40 та 50 % відповідно.

Якщо реальне значення показників перебуває у межах, наприклад, 75 000 та 100 000 грн для середніх виплат та 30 і 40 % для відносної страхової надбавки, то значення ймовірності банкрутства перебуватиме в межах значень для 75 000 грн та 40 % і для 100 000 грн та 30 %.

Якщо значення показників виходять за межі, зазначені у табл. 27.3, або страхова компанія хоче отримати точне значення ймовірності банкрутства (а не інтервал, в який вона потрапляє), то електронний аналог табл. 27.3, розроблений у пакеті Microsoft Excel 2002, дає змогу це зробити. Слід ввести згадані два параметри діяльності компанії до відповідних клітин таблиці замість зазначених там, і на перетині стовпчика, що був змінений, та рядка з назвою відповідної страхової компанії прочитати значення ймовірності банкрутства.

Таблиця 7.3. Оцінка ймовірності банкрутства страхових компаній України (експоненціальний розподіл, відносна страхова надбавка — 30 %, точність — 10^{-4} %), %

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Середні виплати, грн			
			50 000	75 000	100 000	200 000
1	ЛЕММА	300 072	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
2	АВАНТЕ	194 428	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
3	ЕТАЛОН-ПОЛІС	148 619	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
4	КРЕМІНЬ	135 973	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
5	АУРА	130 370	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
6	ЕТАЛОН	113 842	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
7	ОРАНТА	94 366	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
8	АКВ ГАРАНТ	86 093,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
9	АСКА	72 080,3	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
10	ГАРАНТ-АВТО	65 379,8	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
11	ІНГО-УКРАЇНА	51 477,1	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
12	УНІВЕРСАЛЬНА	44 488,5	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
13	ЗАХІД-РЕЗЕРВ	4 4466	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
14	УКРАЇНСЬКА ПОЖЕЖНО-СТРАХОВА КОМПАНІЯ	44 415,5	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
15	СТРАХОВА ГРУПА "ТАС"	42 191,9	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
16	КРЕДО-КЛАСИК	37 840,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Продовження табл. 27.3

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Середні виплати, грн			
			50 000	75 000	100 000	200 000
17	ПРОВІТА	28 577,6	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
18	ВЕКСЕЛЬ	28 541,2	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
19	ВЕСКО	27 953,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
20	СТРОЙПОЛІС	27 011,2	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
21	ПЗУ УКРАЇНА	26 506,1	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
22	АЛЬКОНА	25 551,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
23	ІФД КАПІТАЛЪ СТРАХУВАННЯ	24 022	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
24	УКРАЇНСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	21 601,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
25	КБЮ Бі І-УГПБ ІНШУЕРЕНС	20 713,2	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
26	ПРОСТО-СТРАХУВАННЯ	19 078,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
27	ІНКОМСТРАХ	18 400,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
28	ІНВЕСТСЕРВІС	17 916,6	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
29	КНЯЖА	17 018,2	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
30	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	16 858,8	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
31	МІСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	16 847,9	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Середні виплати, грн			
			50 000	75 000	100 000	200 000
32	УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА ГРУПА ЗАО СК	16 479,3	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
33	ВОСТОЧНО-УКРАИНСКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО	15 564,5	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
34	ПРОМИСЛОВО-СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	14 452,8	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
35	ГАРАНТ РЕ	14 093	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
36	УТИСО (ЮТИКО)	13 486	0,0000	0,0000 %	0,0000	0,0000
37	АРМА	12 665,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
38	ОРАДОН	11 429,3	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001
39	УНІВЕРСАЛЬНИЙ ПОЛІС	10 848,3	0,0000	0,0000	0,0000	0,0003
40	ДОБРОБУТ ТА ЗАХИСТ	9 865,2	0,0000	0,0000	0,0000	0,0009
41	БУСИН	9 651,3	0,0000	0,0000	0,0000	0,0011
42	ОНИКС	9 340,6	0,0000	0,0000	0,0000	0,0016
43	СОВЕРЕН	9 085	0,0000	0,0000	0,0000	0,0022
44	ЕНЕРГОПОЛІС	8 692	0,0000	0,0000	0,0000	0,0034
45	УКРАЇНСЬКА ОХОРОННО-СТРАХОВА КОМПАНІЯ	8 612,2	0,0000	0,0000	0,0000	0,0037
46	ВЕГА	7 232,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0183

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Середні виплати, грн			
			50 000	75 000	100 000	200 000
47	ПАРТНЕР	7 066,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0221
48	МОНОМАХ	6 653,9	0,0000	0,0000	0,0000	0,0356
49	УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА ГРУПА ЗАО	6 511,5	0,0000	0,0000	0,0000	0,0420
50	ДОБРОБУТ	6 467,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0442
51	АСКО-МЕДСЕРВІС	5 958,6	0,0000	0,0000	0,0001	0,0795
52	АВІОНІКА	5 403,1	0,0000	0,0000	0,0003	0,1508
53	ІНПРО	5 173,7	0,0000	0,0000	0,0005	0,1965
54	КАШТАН	5 129,3	0,0000	0,0000	0,0006	0,2069
55	АСКО-ДОНБАС-ПІВНІЧНИЙ	5 017,6	0,0000	0,0000	0,0007	0,2353
56	УКРГАЗ	4 926,5	0,0000	0,0000	0,0009	0,2614
57	ОРІАНА	4 925,2	0,0000	0,0000	0,0009	0,2618
58	УКРЕКСІМСТРАХ	4 753,7	0,0000	0,0000	0,0013	0,3191
59	ОРАНТА-СІЧ	4 733,6	0,0000	0,0000	0,0014	0,3266
60	ВІЙСЬКОВО-СТРАХОВА КОМПАНІЯ	4 681,9	0,0000	0,0000	0,0016	0,3467
61	РЕНЕСАНС	4 641,1	0,0000	0,0000	0,0017	0,3634
62	ГАРАНТ-СИСТЕМА	4 585,4	0,0000	0,0001	0,0020	0,3875

Продовження табл. 27.3

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Середні виплати, грн			
			50 000	75 000	100 000	200 000
63	ОРАНТА-ЛУГАНЬ	4 454,7	0,0000	0,0001	0,0026	0,4506
64	ГАЛИЦЬКА	4 402,7	0,0000	0,0001	0,0030	0,4784
65	РАРИТЕТ	4 208,6	0,0000	0,0002	0,0047	0,5985
66	КИЇВ-ЕНЕРГО-ПОЛІС	4 064,5	0,0000	0,0003	0,0065	0,7068
67	ЕНЕРГОРЕЗЕРВ	3 940,9	0,0000	0,0004	0,0086	0,8151
68	МІЖНАРОДНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	3 843,1	0,0000	0,0006	0,0108	0,9125
69	ДИСКО	3 684,8	0,0000	0,0009	0,0156	1,0954
70	АЕЛІТА	3 464,7	0,0000	0,0018	0,0259	1,4121
71	СОЛІДАРНІСТЬ	3 416	0,0000	0,0021	0,0290	1,4937
72	АЗОВ	3 154,8	0,0000	0,0047	0,0530	2,0191
73	ГЛОБУС	2 804,9	0,0002	0,0137	0,1188	3,0234
74	ГАРАНТІЯ	2 756,4	0,0002	0,0159	0,1329	3,1974
75	ЮПІТЕР-М	2 682,3	0,0003	0,0200	0,1577	3,4828
76	ФОНД СТРАХОВИХ ГАРАНТІЙ	2 623,7	0,0004	0,0240	0,1805	3,7265
77	ДНІСТЕР	2 613,8	0,0004	0,0247	0,1847	3,7693
78	ДАСК	2 283,5	0,0020	0,0683	0,3958	5,5179

Закінчення табл. 27.3

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Середні виплати, грн			
			50 000	75 000	100 000	200 000
79	ІНСПОЛ	2 139,4	0,0040	0,1065	0,5520	6,5160
80	САТІС	2 048,6	0,0060	0,1408	0,6806	7,2358
81	КИЙ АВІА ГАРАНТ	1 847,4	0,0152	0,2615	1,0828	9,1266
82	СКАРЬНИЦЯ	1 835,8	0,0161	0,2710	1,1122	9,2496
83	УКРАЇНСЬКА ЕКОЛОГІЧНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	1 415	0,1121	0,9890	2,9371	15,0310
84	МИР	1 404,5	0,1177	1,0215	3,0091	15,2142

Проаналізуємо тепер, як зміна параметрів моделі впливає на значення показника ймовірності банкрутства страхової компанії. Наприклад, ймовірність банкрутства компанії “Сатіс” (стартовий капітал 2048,6 тис. грн) приблизно у 10 разів більша за ймовірність банкрутства компанії “Київ-Енерго-Поліс” (стартовий капітал 4064,5 тис. грн) за однакових середніх розмірів страхових виплат та відносної страхової надбавки у 30 % (табл. 27.3). Таким чином, у разі зменшення страхових резервів удвічі ймовірність банкрутства страхової компанії зростає приблизно у 10 разів. Водночас за відносної страхової надбавки у 40 чи 50 % ймовірності банкрутства цих компаній відрізняються ще більше (у 20—30 разів).

У разі збільшенні середнього розміру страхових виплат, скажімо, з 75 тис. до 100 тис. грн ймовірність банкрутства зростає по-різному, залежно від розміру початкового капіталу. Так, для порівняно малих ймовірностей банкрутства (менше 1 %) ймовірність зростає у 5—10 разів (табл. 27.3, компанії “Дністер”, “Азов” тощо), а для середніх значень (1—5 %) зростання ймовірності банкрутства вже не таке значне (у 2—3 рази, див. табл. 27.3, компанії “Мир”, “Династія” тощо).

Порівнюючи значення ймовірностей банкрутства за різних відносних страхових надбавок (табл. 27.3—27.5), можна зазначити, що у разі збільшення страхової надбавки з 30 до 40 % та з 40 до 50 % ймовірність банкрутства знижується у 2—4 рази, причому для порівняно великих значень ймовірності (у 3—5 %) зниження цього показника не таке істотне, як для значень ймовірності, менших за 1 %.

Таблиця 27.4. Оцінка ймовірності банкрутства страхових компаній України (експоненціальний розподіл, відносна страхова надбавка — 40 %, точність — 10⁻⁴ %), %

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Середні виплати, грн		
			50 000	75 000	100 000
51	АСКО-МЕДСЕРВІС	5 958,6	0,0000	0,0000	0,0144
52	АВЮНКА	5 403,1	0,0000	0,0000	0,0317
53	ІНПРО	5 173,7	0,0000	0,0000	0,0441
54	КАШТАН	5 129,3	0,0000	0,0000	0,0469
55	АСКО-ДОНБАС-ПІВНІЧНИЙ	5 017,6	0,0000	0,0000	0,0551
56	УКРГАЗ	4 926,5	0,0000	0,0000	0,0627
57	ОРІАНА	4 925,2	0,0000	0,0000	0,0628
58	УКРЕКСІМСТРАХ	4 753,7	0,0000	0,0000	0,0803
59	ОРАНТА-СІЧ	4 733,6	0,0000	0,0000	0,0826
60	ВІЙСЬКОВО-СТРАХОВА КОМПАНІЯ	4 681,9	0,0000	0,0000	0,0889
61	РЕНЕСАНС	4 641,1	0,0000	0,0000	0,0943
62	ГАРАНТ-СИСТЕМА	4 585,4	0,0000	0,0000	0,1021
63	ОРАНТА-ЛУГАНЬ	4 454,7	0,0000	0,0000	0,1231

Продовження табл. 27.4

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Середні виплати, грн			
			50 000	75 000	100 000	200 000
64	ГАЛИЦЬКА	4 402,7	0,0000	0,0000	0,0002	0,1325
65	РАРИТЕТ	4 208,6	0,0000	0,0000	0,0004	0,1749
66	КИЇВ-ЕНЕРГО-ПОЛІС	4 064,5	0,0000	0,0000	0,0006	0,2149
67	ЕНЕРГОРЕЗЕРВ	3 940,9	0,0000	0,0000	0,0009	0,2564
68	МІЖНАРОДНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	3 843,1	0,0000	0,0000	0,0012	0,2948
69	ДИСКО	3 684,8	0,0000	0,0001	0,0019	0,3696
70	АЕЛІТА	3 464,7	0,0000	0,0001	0,0036	0,5062
71	СОЛІДАРНІСТЬ	3 416	0,0000	0,0002	0,0041	0,5426
72	АЗОВ	3 154,8	0,0000	0,0004	0,0087	0,7881
73	ГЛОБУС	2 804,9	0,0000	0,0016	0,0236	1,2991
74	ГАРАНТІЯ	2 756,4	0,0000	0,0020	0,0271	1,3923
75	ЮПІТЕР-М	2 682,3	0,0000	0,0026	0,0335	1,5478
76	ФОНД СТРАХОВИХ ГАРАНТІЙ	2 623,7	0,0000	0,0033	0,0397	1,6830

Закінчення табл. 27.4

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Середні виплати, грн			
			50 000	75 000	100 000	200 000
77	ДНІСТЕР	2 613,8	0,0000	0,0034	0,0408	1,7069
78	ДАСК	2 283,5	0,0002	0,0119	0,1048	2,7362
79	ІНСПОЛ	2 139,4	0,0004	0,0206	0,1582	3,3616
80	САТІС	2 048,6	0,0006	0,0291	0,2051	3,8272
81	КИЙ АВІА ГАРАНТ	1 847,4	0,0019	0,0627	0,3644	5,1016
82	СКАРБНИЦЯ	1 835,8	0,0020	0,0656	0,3766	5,1868
83	УКРАЇНСЬКА ЕКОЛОГІЧНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	1 415	0,0220	0,3257	1,2534	9,4619
84	МИР	1 404,5	0,0234	0,3390	1,2915	9,6049
85	ДИНАСТІЯ	1 106	0,1286	1,0569	3,0304	14,7125
86	ОСК РЕЗЕРВ	1 065,7	0,1619	1,2323	3,4002	15,5844

Таблиця 7.5. Оцінка ймовірності банкрутства страхових компаній України (експоненціальний розподіл, відносна страхова надбавка — 50 %, точність — 10^{-4} %), %

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Середні виплати, грн			
			50 000	75 000	100 000	200 000
51	АСКО-МЕДСЕРВІС	5 958,6	0,0000	0,0000	0,0000	0,0032
52	АВІОНІКА	5 403,1	0,0000	0,0000	0,0000	0,0082
53	ІНПРО	5 173,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0120
54	КАШТАН	5 129,3	0,0000	0,0000	0,0000	0,0129
55	АСКО-ДОНБАС-ПІВНІЧНИЙ	5 017,6	0,0000	0,0000	0,0000	0,0156
56	УКРГАЗ	4 926,5	0,0000	0,0000	0,0000	0,0181
57	ОРІАНА	4 925,2	0,0000	0,0000	0,0000	0,0182
58	УКРЕКСІМСТРАХ	4 753,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0242
59	ОРАНТА-СІЧ	4 733,6	0,0000	0,0000	0,0000	0,0250
60	ВІЙСЬКОВО-СТРАХОВА КОМПАНІЯ	4 681,9	0,0000	0,0000	0,0000	0,0272
61	РЕНЕСАНС	4 641,1	0,0000	0,0000	0,0000	0,0291
62	ГАРАНТ-СИСТЕМА	4 585,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0320
63	ОРАНТА-ЛУГАНЬ	4 454,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0398
64	ГАЛИЦЬКА	4 402,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0434
65	РАРИТЕТ	4 208,6	0,0000	0,0000	0,0001	0,0599

Продовження табл. 27.5

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Середні виплати, грн			
			50 000	75 000	100 000	200 000
66	КИЇВ-ЕНЕРГО-ПОЛІС	4 064,5	0,0000	0,0000	0,0001	0,0762
67	ЕНЕРГОРЕЗЕРВ	3 940,9	0,0000	0,0000	0,0001	0,0936
68	МІЖНАРОДНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	3 843,1	0,0000	0,0000	0,0002	0,1102
69	ДИСКО	3 684,8	0,0000	0,0000	0,0003	0,1435
70	АЕЛІТА	3 464,7	0,0000	0,0000	0,0006	0,2071
71	СОЛІДАРНІСТЬ	3 416	0,0000	0,0000	0,0008	0,2246
72	АЗОВ	3 154,8	0,0000	0,0001	0,0018	0,3470
73	ГЛОБУС	2 804,9	0,0000	0,0003	0,0058	0,6218
74	ГАРАНТІЯ	2 756,4	0,0000	0,0003	0,0068	0,6742
75	ЮПТЕР-М	2 682,3	0,0000	0,0004	0,0087	0,7628
76	ФОНД СТРАХОВИХ ГАРАНТІЙ	2 623,7	0,0000	0,0006	0,0106	0,8410
77	ДНІСТЕР	2 613,8	0,0000	0,0006	0,0110	0,8550
78	ДАСК	2 283,5	0,0000	0,0026	0,0330	1,4827
79	ІНСПОЛ	2 139,4	0,0000	0,0049	0,0533	1,8852
80	САТІС	2 048,6	0,0001	0,0074	0,0722	2,1932

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Середні виплати, грн			
			50 000	75 000	100 000	
81	КИЙ АВІА ГАРАНТ	1 847,4	0,0003	0,0181	0,1411	200 000
82	СКАРВНИЦЯ	1 835,8	0,0003	0,0191	0,1467	3,0670
83	УКРАЇНСЬКА ЕКОЛОГІЧНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	1 415	0,0053	0,1238	0,5963	3,1269
84	МИР	1 404,5	0,0057	0,1297	0,6176	6,4165
85	ДИНАСТІЯ	1 106	0,0419	0,4888	1,6704	10,5526
86	ОСК РЕЗЕРВ	1 065,7	0,0548	0,5847	1,9105	11,2857

27.5. Обчислення оцінок імовірностей банкрутства страхових компаній України

Розглянемо тепер випадок, коли виплати страхової компанії розподілені не за експоненціальним розподілом. Одним із найбільш прийнятних у цій ситуації є гамма-розподіл, оскільки він досить широко вживається в актуарній математиці — змінюючи його параметри, можна змоделювати досить різноманітну поведінку випадкової величини.

Функція щільності гамма-розподілу має вигляд

$$f(x, \alpha, \beta) = \begin{cases} \frac{1}{\beta^\alpha \Gamma(\alpha)} x^{\alpha-1} e^{-\frac{x}{\beta}}, & x \geq 0, \\ 0, & x < 0, \end{cases} \quad (27.43)$$

причому математичне сподівання випадкової величини ξ , що має гамма-розподіл (27.43), $M\xi = \alpha\beta$, а її дисперсія $D\xi = \alpha\beta^2$.

Зауважимо, що при $\alpha = 1$ розподіл (27.43) є експоненціальним із параметром $\frac{1}{\beta}$, а при $\beta = 1$ розподіл (27.43) називається стандартним гамма-розподілом. Функція щільності стандартного гамма-розподілу має вигляд

$$f(x, \alpha) = \begin{cases} \frac{x^{\alpha-1} e^{-x}}{\Gamma(\alpha)}, & x \geq 0, \\ 0, & x < 0. \end{cases} \quad (27.44)$$

У цьому випадку $M\xi = D\xi = \alpha$.

Як було показано у підрозділі 27.1, коли виплати страхової компанії мають не експоненціальний розподіл, практично неможливо вказати точну формулу для обчислення ймовірності банкрутства компанії. Тому в цьому випадку було підраховано шість апроксимацій оцінки ймовірності банкрутства: Беекмана — Боверса, де Вільдера, дифузійну, експоненціальну, Лундберга та Рені. Алгоритм підрахунку цих апроксимацій та формули (27.29), (27.34), (27.36), (27.38), (27.39), (27.40), за якими вони визначаються, наведено у підрозділі 27.2.

У табл. 27.6—27.9 наведено значення всіх шести апроксимацій імовірності банкрутства для найбільших страхових компаній України. В цьому випадку вважається, що страхові виплати цих компаній мають стандартний гамма-розподіл (див. формулу (27.44)). Відносна страхова надбавка тут дорівнює 30 %, а розмір середніх страхових виплат — 50 000, 75 000, 100 000 та 200 000 грн. Як було показано вище, стандартний гамма-розподіл має лише один параметр α , що дорівнює розміру середніх виплат, тому даних про відносну страхову надбавку та середні виплати досить, щоб обчислити всі шість апроксимацій. Крім того, в кожній таблиці вказано середнє значення показника ймовірності банкрутства за шістьма апроксимаціями. Параметри гамма-розподілу можна визначити за формулами

$$\alpha = \frac{(M\xi)^2}{D\xi}, \beta = \frac{D\xi}{M\xi}. \quad (27.45)$$

Аналізуючи отримані результати, можна зазначити, що в усіх випадках значення шести апроксимацій дають більш-менш однаковий результат, якщо ймовірність банкрутства є порівняно високою (близькою до 5—7 %, табл. 7.9). У випадку малих ймовірностей банкрутства (великих розмірів стартового капіталу) дифузійна апроксимація та апроксимація Лундберга дають дуже низьку ймовірність банкрутства, і на них не варто орієнтуватися. Апроксимація Бекмана — Боверса майже в усіх випадках дає найбільшу ймовірність банкрутства, а апроксимація Лундберга — найменшу ймовірність.

Як було показано у підрозділі 27.3, апроксимація де Вільдера в більшості випадків дає найточніший результат. Тому під час використання таблиць 27.6—27.9 можна брати до уваги або апроксимацію де Вільдера, або усереднене значення за всіма шістьма апроксимаціями.

Якщо реальні дані конкретної страхової компанії про відносну страхову надбавку, середні виплати та їх дисперсію відрізняються від наведених у таблиці, досить ввести ці дані до таблиці з відповідним розподілом замість стандартних даних, щоб одразу отримати результат.

Нарешті, зауважимо, якщо при визначенні ймовірностей банкрутства виникне потреба використати деяку іншу функцію розподілу страхових виплат (не показниковий і не гамма-

Таблиця 27.6. Оцінка ймовірності банкрутства страхових компаній України (стандартний гамма-розподіл, відносна страхова надбавка — 30 %, середні виплати — 50 000 грн, точність — 10⁻⁴ %)

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Апроксимації, %								
			ББ	ДВ	Диф.	Рені	Експ.	Лунд.	Середнє		
51	АСКО-МЕД-СЕРВІС	5 958,6	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
52	АВЮНІКА	5 403,1	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
53	ІНПРО	5 173,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
54	КАШТАН	5 129,3	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
55	АСКО-ДОН-БАС-ПІВНІЧНИЙ	5 017,6	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
56	УКРГАЗ	4 926,5	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
57	ОРІАНА	4 925,2	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
58	УКРЕКСІМСТ-РАХ	4 753,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
59	ОРАНТА-СІЧ	4 733,6	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
60	ВІЙСЬКОВО-СТРАХОВА КОМПАНІЯ	4 681,9	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
61	РЕНЕСАНС	4 641,1	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
62	ГАРАНТ-СИС-ТЕМА	4 585,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Апроксимації, %						
			ББ	ДВ	Диф.	Рені	Експ.	Лунд.	Середнє
63	ОРАНТА-ЛУГАНЬ	4 454,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
64	ГАЛИЦЬКА	4 402,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
65	РАРИТЕТ	4 208,6	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
66	КИЇВ-ЕНЕРГО-ПОЛІС	4 064,5	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
67	ЕНЕРГОРЕЗЕРВ	3 940,9	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
68	МІЖНАРОДНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	3 843,1	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
69	ДИСКО	3 684,8	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
70	АЕЛІТА	3 464,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
71	СОЛІДАРНІСТЬ	3 416	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
72	АЗОВ	3 154,8	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
73	ГЛОБУС	2 804,9	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
74	ГАРАНТІЯ	2 756,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
75	ЮПІТЕР-М	2 682,3	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Апроксимації, %						
			ББ	ДВ	Диф.	Рені	Експ.	Лунд.	Середнє
76	ФОНД СТРАХОВИХ ГАРАНТІЙ	2 623,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
77	ДНІСТЕР	2 613,8	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
78	ДАСК	2 283,5	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
79	ІНСПОЛ	2 139,4	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
80	САТІС	2 048,6	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
81	КИЇВ АВІА ГАРАНТ	1 847,4	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
82	СКАРВНИЦЯ	1 835,8	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
83	УКРАЇНСЬКА ЕКОЛОГІЧНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	1 415	0,0017	0,0001	0,0000	0,0002	0,0001	0,0000	0,0003
84	МИР	1 404,5	0,0018	0,0001	0,0000	0,0002	0,0001	0,0000	0,0004
85	ДИНАСТІЯ	1 106	0,0156	0,0013	0,0002	0,0028	0,0012	0,0001	0,0035
86	ОСК РЕЗЕРВ	1 065,7	0,0209	0,0020	0,0003	0,0041	0,0017	0,0002	0,0049

Примітки. ББ — апроксимація Беекмана — Боверса; ДВ — апроксимація де Вільдера; диф. — дифузійна апроксимація; Рені — апроксимація Рені; експ. — експоненціальна апроксимація; Лунд. — апроксимація Лундберга; середнє — середнє значення за шістьма апроксимаціями.

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Апроксимації, %						
			ББ	ДВ	Диф.	Рені	Експ.	Лунд.	Середнє
63	ОРАНТА-ЛУГАНЬ	4 454,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
64	ГАЛИЦЬКА	4 402,7	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
65	РАРИТЕТ	4 208,6	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
66	КИЇВ-ЕНЕРГОПОЛІС	4 064,5	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
67	ЕНЕРГОРЕЗЕРВ	3 940,9	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
68	МІЖНАРОДНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	3 843,1	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
69	ДИСКО	3 684,8	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
70	АЕЛІТА	3 464,7	0,0002	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
71	СОЛІДАРНІСТЬ	3 416	0,0002	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
72	АЗОВ	3 154,8	0,0005	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001
73	ГЛОБУС	2 804,9	0,0018	0,0001	0,0000	0,0002	0,0001	0,0000	0,0004
74	ГАРАНТІЯ	2 756,4	0,0022	0,0001	0,0000	0,0002	0,0001	0,0000	0,0004
75	ЮПІТЕР-М	2 682,3	0,0028	0,0001	0,0000	0,0003	0,0001	0,0000	0,0006
76	ФОНД СТРАХОВИХ ГАРАНТІЙ	2 623,7	0,0035	0,0002	0,0000	0,0004	0,0001	0,0000	0,0007

Закінчення табл. 27.8

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн	Апроксимації, %						
			ББ	ДВ	Диф.	Рені	Експ.	Лунд.	Середнє
77	ДНІСТЕР	2 613,8	0,0036	0,0002	0,0000	0,0004	0,0002	0,0000	0,0007
78	ДАСК	2 283,5	0,0120	0,0009	0,0001	0,0020	0,0008	0,0001	0,0027
79	ІНСПОЛ	2 139,4	0,0203	0,0019	0,0003	0,0040	0,0017	0,0002	0,0047
80	САТІС	2 048,6	0,0282	0,0030	0,0005	0,0060	0,0026	0,0004	0,0068
81	КИЇВ АВІА ГАРАНТ	1 847,4	0,0586	0,0081	0,0015	0,0152	0,0073	0,0012	0,0153
82	СКАРВНИЦЯ	1 835,8	0,0611	0,0086	0,0016	0,0161	0,0078	0,0013	0,0161
83	УКРАЇНСЬКА ЕКОЛОГІЧНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	1 415	0,2846	0,0705	0,0206	0,1122	0,0655	0,0165	0,0950
84	МИР	1 404,5	0,2958	0,0743	0,0219	0,1177	0,0691	0,0175	0,0994
85	ДИНАСТІЯ	1 106	0,8892	0,3305	0,1312	0,4668	0,3141	0,1052	0,3728
86	ОСК РЕЗЕРВ	1 065,7	1,0326	0,4043	0,1671	0,5623	0,3853	0,1339	0,4476

Примітки. ББ — апроксимація Беекмана — Боверса; ДВ — апроксимація де Вільдера; диф. — дифузійна апроксимація; Рені — апроксимація Рені; експ. — експоненціальна апроксимація; Лунд. — апроксимація Лундберга; середнє — середнє значення за шістьма апроксимаціями.

Таблиця 27.9. Оцінка ймовірності банкрутства страхових компаній України (стандартний гамма-розподіл, відносна страхова надбавка — 30 %, середні виплати — 200 000 грн, точність — 10⁻⁴ %)

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн.	Апроксимації, %						
			ББ	ДВ	Диф.	Рені	Експ.	Лунд.	Середнє
51	АСКО-МЕДСЕР-ВІС	5 958,6	0,0010	0,0000	0,0000	0,0001	0,0000	0,0000	0,0002
52	АВІОНІКА	5 403,1	0,0027	0,0001	0,0000	0,0003	0,0001	0,0000	0,0005
53	ІНПРО	5 173,7	0,0040	0,0002	0,0000	0,0005	0,0002	0,0000	0,0008
54	КАШТАН	5 129,3	0,0043	0,0002	0,0000	0,0006	0,0002	0,0000	0,0009
55	АСКО-ДОНБАС-ПІВНІЧНИЙ	5 017,6	0,0053	0,0003	0,0000	0,0007	0,0003	0,0000	0,0011
56	УКРГАЗ	4 926,5	0,0063	0,0004	0,0000	0,0009	0,0003	0,0000	0,0013
57	ОРІАНА	4 925,2	0,0063	0,0004	0,0000	0,0009	0,0003	0,0000	0,0013
58	УКРЕКСІМСТ-РАХ	4 753,7	0,0086	0,0006	0,0001	0,0013	0,0005	0,0001	0,0018
59	ОРАНТА-СІЧ	4 733,6	0,0089	0,0006	0,0001	0,0014	0,0005	0,0001	0,0019
60	ВІЙСЬКОВО-СТРАХОВА КОМПАНІЯ	4 681,9	0,0098	0,0007	0,0001	0,0016	0,0006	0,0001	0,0021
61	РЕНЕСАНС	4 641,1	0,0105	0,0008	0,0001	0,0017	0,0007	0,0001	0,0023
62	ГАРАНТ-СИСТЕ-МА	4 585,4	0,0116	0,0009	0,0001	0,0020	0,0008	0,0001	0,0026

Продовження табл. 27.9

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн.	Апроксимації, %						
			ББ	ДВ	Диф.	Рені	Експ.	Лунд.	Середнє
63	ОРАНТА-ЛУ-ГАНЬ	4 454,7	0,0147	0,0012	0,0002	0,0026	0,0011	0,0001	0,0033
64	ГАЛИЦЬКА	4 402,7	0,0162	0,0014	0,0002	0,0030	0,0012	0,0001	0,0037
65	РАРИТЕТ	4 208,6	0,0230	0,0022	0,0003	0,0047	0,0020	0,0003	0,0054
66	КИЇВ-ЕНЕРГО-ПОЛІС	4 064,5	0,0299	0,0032	0,0005	0,0065	0,0029	0,0004	0,0072
67	ЕНЕРГОРЕЗЕРВ	3 940,9	0,0374	0,0044	0,0007	0,0086	0,0039	0,0006	0,0093
68	МІЖНАРОДНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	3 843,1	0,0447	0,0056	0,0010	0,0108	0,0050	0,0008	0,0113
69	ДИСКО	3 684,8	0,0596	0,0083	0,0016	0,0156	0,0075	0,0013	0,0157
70	АЕЛІТА	3 464,7	0,0891	0,0144	0,0031	0,0259	0,0131	0,0025	0,0247
71	СОЛІДАРНІСТЬ	3 416	0,0974	0,0163	0,0035	0,0290	0,0148	0,0028	0,0273
72	АЗОВ	3 154,8	0,1569	0,0313	0,0078	0,0530	0,0288	0,0062	0,0473
73	ГЛОБУС	2 804,9	0,2980	0,0751	0,0222	0,1188	0,0699	0,0178	0,1003
74	ГАРАНТІЯ	2 756,4	0,3257	0,0847	0,0256	0,1329	0,0790	0,0205	0,1114
75	ЮПІТЕР-М	2 682,3	0,3733	0,1020	0,0320	0,1577	0,0953	0,0257	0,1310
76	ФОНД СТРАХОВИХ ГАРАНТІЙ	2 623,7	0,4158	0,1181	0,0382	0,1805	0,1106	0,0306	0,1490

№ з/п	Страхова компанія	Страхові резерви станом на 01.04.2005, тис. грн.	Апроксимації, %						Середнє
			БВ	ДВ	Диф.	Рені	Експ.	Лунд.	
77	ДНІСТЕР	2 613,8	0,4234	0,1210	0,0393	0,1847	0,1134	0,0315	0,1522
78	ДАСК	2 283,5	0,7790	0,2764	0,1059	0,3958	0,2620	0,0849	0,3173
79	ІНСПОЛ	2 139,4	1,0173	0,3963	0,1632	0,5520	0,3776	0,1307	0,4395
80	САТІС	2 048,6	1,2042	0,4973	0,2143	0,6806	0,4753	0,1717	0,5406
81	КИЙ АВІА ГА-РАНТ	1 847,4	1,7517	0,8223	0,3918	1,0829	0,7916	0,3139	0,8590
82	СКАРБНИЦЯ	1 835,8	1,7901	0,8465	0,4057	1,1122	0,8153	0,3250	0,8825
83	УКРАЇНСЬКА ЕКОЛОГІЧНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	1 415	3,9472	2,4239	1,4336	2,9371	2,3695	1,1481	2,3766
84	МИР	1 404,5	4,0264	2,4883	1,4795	3,0092	2,4334	1,1848	2,4369
85	ДИНАСТІЯ	1 106	7,1117	5,2481	3,6226	5,9925	5,1868	2,9005	5,0104
86	ОСК РЕЗЕРВ	1 065,7	7,6845	5,8044	4,0881	6,5766	5,7448	3,2731	5,5286

Примітки. БВ — апроксимація Бекмана — Боверса; ДВ — апроксимація де Вільдера; диф. — дифузійна апроксимація; Рені — апроксимація Рені; експ. — експоненціальна апроксимація; Лунд. — апроксимація Лундберга; середнє — середнє значення за шістьма апроксимаціями.

розподіл), то для цього досить лише визначити перші три моменти цієї функції розподілу і ввести отримані формули, а також формули для математичного сподівання та дисперсії розподілу, до відповідних клітин електронної таблиці, в якій проводились розрахунки. Всі значення та оцінки ймовірності банкрутства одразу автоматично будуть перераховані згідно з новими параметрами та новою функцією розподілу.

27.6. Визначення мінімально необхідного розміру стартового капіталу страхової компанії

У практичних застосуваннях класичної моделі ризику інтенсивність надходження страхових позовів λ та функція розподілу їх величин $F(z)$ (або її перші три моменти μ_1, μ_2, μ_3) є параметрами моделі, а відносна страхова надбавка та власний капітал компанії u є змінними, що впливають на міру ризику. На практиці страхові компанії можуть збільшувати або зменшувати розмір параметрів θ та u для того, щоб імовірність банкрутства не перевищувала певного безпечного (з погляду компанії) рівня p_0 . Можна визначити величину стартового капіталу компанії так, щоб ймовірність її банкрутства $\psi(u)$ залишалася на рівні p_0 . Коли виплати компанії мають експоненціальний розподіл, рівень стартового капіталу визначається за формулою

$$u = -\frac{(1+\theta)\mu}{\theta} \ln(p_0(1+\theta)), \quad (27.46)$$

де p_0 — критичний рівень ймовірності банкрутства. Ця формула є оберненою до формули (27.12). Показник мінімального стартового капіталу, розрахований за формулою (27.46), дає змогу кожній страховій компанії визначити, нижче якого рівня небезпечно знижувати обсяг свого власного капіталу (якщо ймовірність банкрутства була нижча за необхідну) або на яку величину треба збільшити розмір власного капіталу чи відносну страхову надбавку (а отже, і загальний обсяг страхових платежів), щоб перебувати на безпечному (з погляду компанії) рівні.

Для того щоб визначити показники мінімального стартового капіталу для забезпечення певного рівня ймовірності банкрутства для обчислених вище шести апроксимацій, необхідно розв'язати рівняння (27.29), (27.34), (27.36), (27.38), (27.39), (27.40) відносно стартового капіталу u .

Так, використовуючи дифузійну апроксимацію, ми отримаємо

$$u = \frac{-\ln p_0}{2\mu\theta}(\mu^2 + \theta^2). \quad (27.47)$$

Використовуючи апроксимацію де Вільдера, матимемо

$$u = \frac{-\ln p_0 - \ln(1 + \bar{\theta})}{\bar{\theta}}(1 + \bar{\theta})\bar{\mu}. \quad (27.48)$$

Використовуючи експоненціальну апроксимацію, одержимо

$$u = \frac{-(1 + \ln p_0)\sqrt{\mu_2^2 + (4/3)\bar{\theta}\mu_1\mu_3 + \mu_2}}{2\mu_1\theta}. \quad (27.49)$$

Використовуючи апроксимацію Рені, отримаємо:

$$u = \frac{\mu_2(1 + \theta)\ln(p_0(1 + \theta))}{-2\mu_1\theta}. \quad (27.50)$$

Трохи складніше визначити необхідний обсяг стартового капіталу, використовуючи апроксимацію Беекмана — Боверса. В цьому випадку вона матиме вигляд

$$u = \Gamma_{\text{обр}}(1 - p_0(1 + \theta)), \quad (27.51)$$

де $\Gamma_{\text{обр}}$ — функція обернена до гамма-розподілу¹ з параметрами μ_h і σ_h^2 . Вираз $(1 - p_0(1 + \theta))$ є аргументом цієї функції. Таку функцію неможливо представити в явному вигляді, проте її значення можна знайти в статистичних таблицях або підрахувати за допомогою засобів програмного пакета Microsoft Excel.

Для апроксимації Лундберга ми не знайдемо розмір стартового капіталу u в явному вигляді, бо він є розв'язком рівняння (27.39), при $\psi_L(u) = p_0$, яке точно в елементарних функціях не розв'язується. Проте за допомогою ітераційних методів

¹ Леоненко М.М., Мішура Ю.С., Ядренко М.Й. Теоретико-ймовірнісні та статистичні методи в економетриці та фінансовій математиці. — К.: Інформтехніка, 1995. — С. 255—256.

розв'язання рівнянь, враховуючи, що функція $\psi(u)$, а отже, і її апроксимація $\psi_L(u)$ є спадними за змінною u , можна з будь-якою заданою точністю визначити необхідний стартовий капітал страхової компанії для забезпечення певного рівня банкрутства.

Аналізуючи отримані дані, слід зазначити, що найбільший розмір страхових резервів дає апроксимація Беекмана — Боверса, а найменший — апроксимація Лундберга.

Зазначимо, що обчислити мінімальний розмір страхових резервів компанії для будь-якого іншого рівня ймовірності банкрутства, відмінного від наведених у табл. 27.10, 27.11, можна за допомогою електронного аналога цих таблиць у пакеті Microsoft Excel 2002, замінивши у відповідній клітині таблиці значення ймовірності банкрутства.

Таблиця 27.10. Розмір страхових резервів для забезпечення необхідного рівня ймовірності банкрутства страхової компанії, тис. грн (експоненціальний розподіл)

Відносна страхова надбавка	Ймовірність банкрутства, %	Розмір середніх виплат, грн			
		50 000	75 000	100 000	200 000
30 %	1	940,9	1411,4	1881,9	3763,8
	3	702,9	1054,4	1405,8	2811,6
	5	592,2	888,3	1184,5	2368,9
40 %	1	747,0	1120,5	1494,0	2988,1
	3	554,8	832,1	1109,5	2219,1
	5	465,4	698,1	930,7	1861,5
50 %	1	630,0	944,9	1259,9	2519,8
	3	465,2	697,7	930,3	1860,7
	5	388,5	582,8	777,1	1554,2

Таблиця 27.11. Розмір страхових резервів для забезпечення необхідного рівня ймовірності банкрутства страхової компанії, тис. грн (стандартний гамма-розподіл, відносна страхова надбавка — 30 %)

Середній розмір виплат, грн	Відносна страхова надбавка, %	Апроксимації						Середнє
		ББ	ДЕ	диф.	Рені	експ.	Лунд.	
50 000	1	537,2	442,3	383,8	470,5	438,8	365,3	439,6
	3	390,1	332,4	292,2	351,5	330,5	273,7	328,4
	5	322,6	281,3	249,6	296,1	280,1	231,1	276,8
75 000	1	805,8	663,4	575,7	705,7	658,2	547,9	659,4
	3	585,2	498,6	438,3	527,2	495,7	410,5	492,6
	5	483,9	422,0	374,5	444,2	420,2	346,7	415,2
100 000	1	1074,3	884,6	767,5	941,0	877,6	730,5	879,3
	3	780,2	664,9	584,4	702,9	661,0	547,4	656,8
	5	645,2	562,7	499,3	592,2	560,2	462,2	553,6
200 000	1	2148,7	1769,1	1535,1	1881,9	1755,2	1461,0	1758,5
	3	1560,4	1329,7	1168,9	1405,8	1321,9	1094,8	1313,6
	5	1290,4	1125,4	998,6	1184,5	1120,5	924,4	1107,3

Висновки

1. Динамічна модель банкрутства — одна з основних економіко-математичних моделей страхування.
2. Введено основну характеристику цієї моделі — ймовірність банкрутства страхової компанії.
3. Описано постановку класичної моделі ризику. Сформульовано припущення, необхідні для цієї моделі.
4. Показано, що коли виплати страхової компанії мають експоненціальний розподіл, можна визначити точну формулу для обчислення ймовірності банкрутства.
5. Розглянуто апроксимацію Крамера — Лундберга та характеристичний коефіцієнт.
6. Показано, що на практиці доцільно використовувати наближені оцінки ймовірності банкрутства. Наведено шість таких апроксимацій, здійснено порівняльний аналіз їх точності, показано, що апроксимація де Вільдера у більшості випадків дає найточніший результат.
7. Обчислено точні та наближені оцінки ймовірності банкрутства найбільших страхових компаній України залежно від обсягу їх страхових резервів, відносної страхової надбавки та розміру середніх виплат.
8. Визначено мінімально необхідного розмір стартового капіталу страхової компанії для забезпечення необхідного рівня ймовірності банкрутства.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Динамічна модель банкрутства; класична модель ризику; процес ризику; ймовірність банкрутства; характеристичний коефіцієнт; апроксимація Крамера — Лундберга; нерівність Крамера — Лундберга; апроксимація Бекмана — Боверса; ап-

роксимація де Вільдера; дифузійна апроксимація; експоненціальна апроксимація; апроксимація Лундберга; апроксимація Рені; мінімальний розмір стартового капіталу.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Дайте визначення ймовірності банкрутства у динамічній моделі.
2. Сформулюйте припущення класичної моделі ризику.
3. Наведіть формулу ймовірності банкрутства у випадку, коли виплати страхової компанії мають експоненціальний розподіл.
4. Які ви знаєте наближені оцінки ймовірності банкрутства?
5. Математичне сподівання страхових виплат компанії $\mu_1 = 5$, виплати мають експоненціальний розподіл. Відносна страхова надбавка дорівнює 40 %, стартовий капітал компанії — 100. Обчисліть точне значення ймовірності банкрутства компанії.
6. За умовами задачі 5 обчислити апроксимації Беекмана — Боверса, де Вільдера, дифузійну, Рені, експоненційну та апроксимацію Лундберга. Другий та третій моменти функції розподілу страхових виплат дорівнюють відповідно $\mu_2 = 25,1$, $\mu_3 = 750$.
7. Математичне сподівання страхових виплат компанії дорівнює $\mu_1 = 10$, відносна страхова надбавка — 30 %. Обчисліть мінімальний розмір стартового капіталу компанії для забезпечення ймовірності банкрутства не вище 5 %. Виплати компанії слід вважати експоненціально розподіленими.
8. За умовами задачі 7 обчисліть мінімальний розмір стартового капіталу компанії, використовуючи апроксимації де Вільдера, дифузійну, Рені, експоненційну та апроксимацію Лундберга. Другий та третій моменти функції розподілу страхових виплат дорівнюють відповідно $\mu_2 = 101$, $\mu_3 = 4500$.

Література

1. Бауэрс Н., Гербер Х., Джогс Д., Несбитт С., Хикман Дж. Актуарная математика: Пер. с англ. / Под ред. В.К. Малиновского. — М.: Янус-К, 2001.
2. Леоненко М.М., Мішура Ю.С., Ядренко М.Й. Теоретико-ймовірні та статистичні методи в економетриці ті фінансовій математиці. — К.: Інформтехніка, 1995.
3. Показатели деятельности страховых компаний Украины за 1-е полугодие 2005 года // Страховой рейтинг Insurance Top. — 2005. — № 3 (11). — С. 42—67.
4. Фалин Г.И. Математический анализ рисков в страховании. — М.: Рос. юрид. издат. дом, 1994.
5. Beekman J. A ruin function approximation // Transl. of the Soc. of Actuaries. — 1969. — Vol. 21. — P. 41—48, 275—279.
6. Cramer H. Collective Risk Theory // Skandia Jubilee Volume. — Stockholm, 1955 // Martin-Lof A. (Ed.). Harald Cramer Collected Works. — Berlin: Springer-Verlag, 1994. — Vol. II. — P. 1028—1115.
7. De Vilder F. A practical solution to the problem of ultimate ruin probability Scand. // Actuarial Journ. — 1978. — P. 114—119.
8. De Vylder F.E. Advanced Risk Theory A Self-Contained Introduction. — Edition de l'Universite de Bruxelles and Swiss Assosiation of Actuaries, 1996.
9. Grandell J., Segerdahl C.-O. A comparison of some approximations of ruin probabilities // Skand. AktuarTidskr. — 1971. — P. 144—158.
10. Hadwiger H. Über die Wahrscheinlichkeit des Ruins bei einer großer Zahl von Geschäften // Arkiv für mathematische Wirtschaft- und Sozialforschung. — 1940. — № 6. — P. 131—135.
11. Kalashnikov V. Geometric Sums: Bounds for Rare Events with Applications. — Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1997.

12. *Lundberg O.* On Random Processes and their Application to Sickness and Accident Statistics. — 1st ed. — Uppsala: Almqvist&Wiksell, 1964.

13. *Renyi A.* A Poisson-folyamat egy jellemzise // Magyar Tud. Akad., Mat. Kutato, Int. Kozl. — № 1. — P. 519—527. English translation: A characterization of Poisson processes / Turan P. (Ed.) // Selected Papers of Alfred Renyi. — Budapest: Akademiai Kiado, 1976. — Vol. 1.— P. 622—628.

14. *Straub E.* Non-Life Insurance Mathematics. — Berlin; Zurich: Springer-Verlag and Swiss Association of Actuaries, 1988.

15. *Wikstad N.* Exemplification of ruin probabilities // Astin Bulletin. — 1971. — № 6. — P. 147—152.

Розділ 28

ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ

ЗА ДОПОМОГОЮ ПЕРЕСТРАХУВАННЯ

28.1. Зміст та різновиди угод перестрахування.

28.2. Перестрахування в моделі індивідуального ризику.

28.3. Перестрахування у динамічній моделі банкрутства.

28.1. Зміст та різновиди угод перестрахування

Фізичні і юридичні особи укладають угоди страхування зі страховими компаніями для того, щоб уникнути фінансових втрат, пов'язаних з невизначеністю настання тих або інших випадкових подій. До укладання договору страхування клієнт мав деякий ризик, що міг призвести до випадкових втрат X (а міг і не призвести до них). Після укладання договору страхування клієнт позбувся цього ризику (за невідповідну плату $p = (1 + \theta) \cdot MX$, де θ — відносна страхова надбавка, встановлена страховою компанією). Іншими словами, клієнт іде на великі детерміновані витрати для того, щоб позбутися від випадкових втрат, які хоч і мало ймовірні, але можуть бути дуже великими для нього. Однак сам ризик не зник — його взяла на себе страхова компанія. Інша справа коли страхова компанія, маючи великий портфель угод, забезпечує собі вкрай малу ймовірність банкрутства. Водночас можливі дуже великі позови, які призведуть до банкрутства компанії. З цієї позиції страхова компанія потрапляє в ту саму ситуацію, в якій спочатку (до підписання договорів страхування) перебували її клієнти — є небезпека фінансових втрат, пов'язана з невизначеністю подання дуже великих позовів.

Для вирішення цієї проблеми страхові компанії вдаються до єдиного можливого засобу — страхування свого ризику в іншій компанії. Такий вид страхування називається перестрахованням (*reinsurance*).

Компанія, що безпосередньо укладає угоду страхування й бажає перестраховувати частину свого ризику, називається *передаючою компанією* (*ceding company*), а компанія, що страхує початкову страхову компанію, називається *перестраховуючою компанією* (*reinsurance company*).

При перестрахованні можуть перестраховуватися як надмірно великі індивідуальні позови, так і сумарний позов за певний період, скажімо, один рік. Деякі види страхування економічно і юридично відрізняються від перестраховання, але з погляду математичних розрахунків у край близькі до нього. Це, наприклад, співстрахування (*co-insurance*), коли кілька страхових компаній укладають колективну угоду страхування з клієнтом, і групове страхування (*group insurance*), коли страхування групи клієнтів (наприклад, працівників підприємства) здійснюється однією особою (скажімо, їхнім роботодавцем) у формі єдиної угоди.

Розглянемо два типи перестраховання — пропорційне та ексцедентне.

Якщо передаюча компанія самостійно задовольняє деяку частку α , $0 \leq \alpha \leq 1$, від кожного позову, а перестраховуюча компанія — частку, що залишилася, $1 - \alpha$, то такий вид перестраховання називається *пропорційним* (*proportional reinsurance*). Параметр α називається часткою утримання (*retention limit*).

Отже, у разі пропорційного перестраховання кожний позов величиною X тягне додатковий позов до перестраховуючої компанії величиною $X^* = (1 - \alpha)X$, так що реальні втрати передаючої компанії становлять суму $X_{(\alpha)} = X - X^* = \alpha X$.

Припустимо тепер, що передаюча компанія самостійно сплачує всі позови аж до деякої межі r грн, а для позовів, що перевищують r грн сплачує суму r самостійно й подає позов на суму, що залишилася, до перестраховуючої компанії. Якщо це правило застосовується до кожного індивідуального позову, то такий вид перестраховання називається *перестрахованням перевищення втрат* або *ексцедентним перестрахованням* (*excess of loss reinsurance*). Параметр r називається *межею утри-*

мання. Якщо це правило застосовується до загального позову за деякий період, то такий вид перестраховання називається перестрахованням, що зупиняє втрати, або перестрахованням на базі ексцедента збитковості (*slop-loss reinsurance*). Параметр r у цьому випадку називається *франшизою*, або франшизою, що віднімається (*deductible*).

Отже, при перестрахованні перевищення втрат кожен позов величиною X тягне додатковий позов до перестраховуючої компанії величиною $X^* = (X - r)_+$, так що реальні втрати передаючої компанії становлять суму $X^{(r)} = X - X^* = \min(X, r)$. Як і раніше, ми використали позначення

$$(X - r)_+ = \begin{cases} X - r, & \text{якщо } X - r \geq 0, \\ 0, & \text{якщо } X - r < 0. \end{cases}$$

Слід зазначити, що випадкова величина X^* дорівнює нулю, якщо $X = 0$, тобто якщо позов до передавальної компанії не подається, або $0 < X < r$, тобто якщо позов до передавальної компанії не перевершує межі утримання.

Різноманітні типи договорів перестраховання можна описати з єдиної позиції за допомогою функції $H(x)$, що описує суму, яку сплачує перестраховуюча компанія при виникненні позову величиною x . Наприклад, для пропорційного перестраховання $H(x) = (1 - \alpha)x$, а для перестраховання перевищення втрат $H(x) = (x - r)_+$.

Перестраховуюча компанія бере на себе ризик від передавальної компанії за певну плату. По суті, для перестраховуючої компанії ця операція виглядає як звичайне страхування. Тому плата за перестраховання встановлюється на тих самих принципах, що й премії для звичайного страхування, тобто плата за перестраховання ризику дорівнює $(1 + \theta^*) \cdot MH(x)$, де $MH(x)$ — очікуваний позов до перестраховуючої компанії, а θ^* — відносна страхова надбавка, установа перестраховуючою компанією.

Надалі будемо розглядати угоди перестраховання тільки з погляду передавальної компанії. При цьому будемо вважати, що відносна страхова надбавка, установа перестраховуючою компанією фіксована. Тому передавальна компанія повинна вибрати тип перестраховання і відповідно визначити або частку утримання α , або міжу утримання r .

28.2. Перестраховання в моделі індивідуального ризику

Нагадаємо, що модель індивідуального ризику — це найпростіша модель функціонування страхової компанії призначена для розрахунку ймовірності банкрутства (див. розділ 23).

У межах цієї моделі банкрутство визначається сумарним позовом $S = X_1 + \dots + X_N$ до страхової компанії, де X_i — позов від i -ї угоди. Якщо цей сумарний позов більше, ніж резерви компанії, то компанія не зможе виконати всі свої зобов'язання і збанкрутує. Тому ймовірність банкрутства компанії дорівнює $R = P(X_1 + \dots + X_N > u)$

Пропорційне перестраховання. Нагадаємо, що зміст договору пропорційного перестраховання є таким. Установлюється деяка частка утримання α , $0 \leq \alpha \leq 1$. Якщо індивідуальний позов становить X грн, то суму αX грн сплачує передавальна компанія, а суму $(1 - \alpha)X$ сплачує перестраховуюча компанія.

Тоді після перестраховання сумарний позов до передавальної компанії дорівнює $\alpha S = \alpha X_1 + \dots + \alpha X_N$. Однак одночасно зменшується й капітал передавальної компанії. До укладання угоди перестраховання він був $u + (1 + \theta) \cdot MS$, де u — початковий резервний фонд, а θ — відносна страхова надбавка. Укладання угоди перестраховання призводить до виплати перестраховуючій компанії суми $(1 + \theta^*) \cdot (1 - \alpha)MS$, де $(1 - \alpha)MS$ — очікуваний сумарний позов до перестраховуючої компанії, а θ^* — відносна страхова надбавка встановлена перестраховою компанією. Тому після укладання угоди перестраховання резервний фонд компанії стає таким:

$$u + (1 + \theta)MS - (1 + \theta^*) \cdot (1 - \alpha)MS = u + (\theta - \theta^* + (1 + \theta^*)\alpha)MS.$$

Відповідно, ймовірність банкрутства буде дорівнювати

$$\begin{aligned} P(\alpha S > u + [\theta - \theta^* + (1 + \theta^*)\alpha] \cdot MS) = \\ = P(S > [1 + \theta^* + (u/MS + \theta - \theta^*)/\alpha] \cdot MS). \end{aligned}$$

Якщо $\theta^* < \theta + \frac{u}{MS}$, то у разі зменшення частки утримання α від 1 (відсутність перестраховання) до 0 (повне перестраховання) ймовірність банкрутства зменшується від початкового значення $P(S > [1 + \theta + u/MS] \cdot MS)$ до нуля. Проте одночасно зменшується і очікуваний дохід передавальної компанії $D = (1 + \theta)MS - (1 + \theta^*)(1 - \alpha)MS - \alpha MS = [\theta - \theta^* + \alpha\theta^*] \cdot MS$. У випадку, коли $\theta^* > \theta$ і за повного перестраховання компанія буде мати збиток у розмірі $(\theta^* - \theta)MS$. Тоді, очевидно, параметр α не може бути меншим за $(\theta^* - \theta)/\theta^*$ (при цьому значенні α очікуваний дохід дорівнює нулю).

Отже, якщо $\theta^* < \theta + u/MS$, то за межі перестраховання можна зменшити ймовірність банкрутства (з одночасним зменшенням очікуваного доходу).

Якщо $\theta^* > \theta + u/MS$, то при зменшенні межі утримання ймовірність банкрутства зростає, і тому від перестраховання необхідно відмовитися.

І, нарешті, якщо $\theta^* = \theta + u/MS$, то ймовірність банкрутства взагалі не залежить від межі утримання. Проте оскільки очікуваний дохід зменшується разом зі зменшенням частки утримання, від перестраховання також необхідно відмовитися.

Перестраховання перевищення втрат. Нагадаємо, що угода перестраховання перевищення втрат така. Встановлюється певна межа утримання r гривень. Якщо величина індивідуального позову X не перевищує r , то передавальна компанія сплачує їх самостійно. Але якщо індивідуальне звернення перевищує r , то передавальна компанія сплачує суму r гривень самостійно, а залишок $X - r$ гривень сплачує перестраховуюча компанія. Таким чином, позов X перетворюється на позов $X^{(r)} = \min(X, r)$ для передавальної компанії і на позов $\max(X - r, 0) = X - X^{(r)}$ для перестраховуючої компанії.

Нехай передавальна компанія перестраховувала N однотипових угод, тобто позови X_1, \dots, X_N за ними є незалежними і однаково розподіленими випадковими величинами.

Тоді сумарний позов передавальної компанії, що дорівнював $S = X_1 + \dots + X_N$, зменшиться і стане дорівнювати $S^{(r)} = X_1^{(r)} + \dots + X_N^{(r)}$.

Проте одночасно зменшується і капітал передавальної компанії. До укладення угоди перестраховування він дорівнював (ми враховуємо для спрощення лише плату за страхування) $Np = N(1+\theta)p_0$, де $p_0 = MX$ — нетто-премія, а θ — відносна страхова надбавка. Укладення угоди перестраховування призводить до виплати перестраховуючій компанії суми $N(1+\theta^*) \cdot (MX - MX^{(r)})$, де $MX - MX^{(r)}$ — очікуваний індивідуальний позов до перестраховуючої компанії, а θ^* — відносна страхова надбавка, встановлена перестраховуючою компанією. Тому, після укладення договору перестраховування, капітал передавальної компанії стає

$$\begin{aligned} N(1+\theta) \cdot MX - N(1+\theta^*) \cdot (MX - MX^{(r)}) &= \\ &= N(\theta - \theta^*) \cdot MX + N(1+\theta^*) \cdot MX^{(r)}. \end{aligned}$$

Відповідно, імовірність банкрутства дорівнює

$$P(S^{(r)} > N(\theta - \theta^*)MX + N(1+\theta^*)MX^{(r)}).$$

Використовуючи нормальне (гауссівське) наближення, можна записати ймовірність банкрутства після перестраховування як

$$\begin{aligned} P\left(\frac{S^{(r)} - N \cdot MX^{(r)}}{\sqrt{NDX^{(r)}}} > \frac{N(\theta - \theta^*)MX + N\theta^*MX^{(r)}}{\sqrt{NDX^{(r)}}}\right) &\approx \\ \approx 1 - \Phi\left(\sqrt{N} \frac{(\theta - \theta^*)MX + \theta^*MX^{(r)}}{\sqrt{DX^{(r)}}}\right). \end{aligned}$$

Очевидно, що мінімізація ймовірності банкрутства означає мінімізацію аргументу функції Φ . Таким чином, щоб вирішити питання щодо доцільності перестраховування, і у випадку позитивної відповіді обрати оптимальну межу утримання r , ми маємо вивчити поведінку такої функції від r :

$$\varphi(r) = \frac{[(\theta - \theta^*)MX + \theta^* \cdot M \min(X, r)]^2}{D(\min(X, r))}$$

і визначити її глобальний максимум при $0 \leq r \leq \infty$. Зазначимо, якщо цей максимум досягається при $r = +\infty$, то перестраховування не є доцільним, а якщо $r = 0$, то необхідно перестраховувати все.

Якщо портфель компанії складається з різномірних угод, можна написати аналогічні формули, проте, як і у найпрості-

шому випадку, отримати остаточні аналітичні висновки не вдається.

Приклад 28.1. Страхова компанія уклала $N = 2000$ угод страхування життя строком на один рік на таких умовах: у випадку смерті застрахованого протягом року від нещасного випадку компанія сплачує нащадкам 5000 грн, а у випадку смерті від природних причин — 1000 грн. Компанія не платить нічого, якщо позов не подається. Ймовірність смерті від нещасного випадку однакова для всіх застрахованих — 0,002, а від природних причин — 0,005. Компанія встановила плату за страхування, виходячи з 5 % -ї ймовірності банкрутства. Дослідити питання про доцільність перестраховування перевищення втрат при границі утримання між 1000 та 5000 грн, якщо відносна страхова надбавка перестраховуючої компанії 60 %.

Розв'язок. Індивідуальний позов набуває значення 5000, 1000 і 0 з імовірностями $2 \cdot 10^{-3}$, $5 \cdot 10^{-3}$ і $1 - 7 \cdot 10^{-3}$ відповідно. Середнє значення індивідуального позову (нетто-премія) дорівнює

$$p_0 = MX = 2 \cdot 10^{-3} \cdot 5 \cdot 10^3 + 5 \cdot 10^{-3} \cdot 10^3 = 15.$$

А дисперсія

$$DX = M(X^2) - (MX)^2 = 2 \cdot 10^{-3} \cdot 25 \cdot 10^6 + 5 \cdot 10^{-3} \cdot 10^6 - 15^2 = 54775.$$

Оскільки компанія встановила премію такою, щоб імовірність банкрутства була 5 %, відповідно до формули (23.7) маємо

$$p = MX + \frac{x_{95\%} \sqrt{DX}}{\sqrt{N}} = 15 + \frac{1,645 \cdot \sqrt{54775}}{\sqrt{2000}} \approx 23,60 \text{ грн,}$$

отже, відносна страхова надбавка:

$$\theta = \frac{x_{95\%} \sqrt{DX}}{\sqrt{N} \cdot MX} = \frac{1,645 \cdot \sqrt{54775}}{\sqrt{2000} \cdot 15} \approx 57,39\%.$$

Припустимо, що компанія вирішує перестраховувати позови, що перевищують 1000 грн, у перестраховуючій компанії. Таким чином, межа утримання дорівнює $r = 1000$.

У нашому випадку це призводить до того, що для передавальної компанії позови набувають лише два значення: 1000

і 0 з імовірностями $7 \cdot 10^{-3}$ і $1 - 7 \cdot 10^{-3}$ відповідно. Середнє значення і дисперсія індивідуальних позовів тепер дорівнюють

$$MX^{(r)} = 7 \cdot 10^{-3} \cdot 10^3 = 7, DX^{(r)} = 7 \cdot 10^{-3} \cdot 10^6 - 49 = 6951,$$

тобто позов суттєво зменшився. Це дає змогу сподіватись на зменшення ймовірності банкрутства компанії. Проте необхідно мати на увазі, що одночасно зменшився і капітал компанії, оскільки ми повинні заплатити певну суму перестраховуючій компанії. Кінцева відповідь на питання щодо корисності перестрашування буде залежати від балансу цих двох факторів.

Підрахуємо капітал компанії у нових умовах. До перестрашування він дорівнював $Np \approx 47\,200$ (грн). Для перестраховуючої компанії індивідуальний позов набуває значення 4000 і 0 з імовірностями $2 \cdot 10^{-3}$ і $1 - 2 \cdot 10^{-3}$ відповідно. Його середнє значення дорівнює $4 \cdot 10^3 \cdot 2 \cdot 10^{-3} = 8$ (грн). (Цю величину можна було б підрахувати і як різницю між MX та $MX^{(r)}$.) Тому плата за перестрашування дорівнює $2000 \cdot 1,6 \cdot 8 = 25\,600$ грн, і саме на цю суму зменшиться капітал компанії і після перестрашування буде дорівнювати 21 600 грн.

Тепер підрахуємо ймовірність банкрутства передавальної компанії. Вона дорівнює:

$$P(S^{(r)} > 18\,400) = P\left(\frac{S^{(r)} - MS^{(r)}}{\sqrt{DS^{(r)}}} > \frac{21\,600 - 14\,000}{\sqrt{6\,951 \cdot 2\,000}}\right) \approx \\ \approx 1 - \Phi\left(\frac{7600}{3728,54}\right) = 1 - \Phi(2,04) \approx 2,28 \%.$$

Отже, за рахунок перестрашування нам вдалося знизити ймовірність банкрутства з 5 до 2,28 %.

Звичайно, такий результат отримано за рахунок певних втрат в очікуваному доході з $Np - Np_0 = 17\,200$ грн до суми 7600 грн; вона може бути підрахована як різниця між капіталом компанії після укладення угоди перестрашування і очікуваним сумарним позовом після укладення угоди перестрашування. Ця обставина має бути обов'язково врахована при прийнятті остаточного рішення щодо доцільності перестрашування.

Спробуємо тепер варіювати межею утримання r між 1000 і 5000 грн. Для розрахунків зручно використовувати 1000 грн як одиницю виміру грошових сум, тобто r змінюється від 1 до

5. У цьому випадку індивідуальний позов до передавальної компанії $X^{(r)}$ набуває трьох значень: r , 1 і 0 з імовірностями $2 \cdot 10^{-3}$, $5 \cdot 10^{-3}$ і $1 - 7 \cdot 10^{-3}$ відповідно. Його середнє значення і дисперсія дорівнюють:

$$MX^{(r)} = r \cdot 2 \cdot 10^{-3} + 1 \cdot 5 \cdot 10^{-3} = 10^{-3} \cdot (2r + 5), \\ DX^{(r)} = r^2 \cdot 2 \cdot 10^{-3} + 1 \cdot 5 \cdot 10^{-3} - 10^{-6} \cdot (2r + 5)^2 \approx (2r^2 + 5) \cdot 10^{-3}.$$

Середнє значення індивідуального позову до перестраховуючої компанії:

$$MX - MX^{(r)} = 15 \cdot 10^{-3} - 10^{-3} \cdot (2r + 5) = 2 \cdot 10^{-3} \cdot (5 - r),$$

і тому плата за перестрашування одного позову дорівнює

$$1,6 \cdot 2 \cdot 10^{-3} \cdot (5 - r) = 3,2 \cdot 10^{-3} \cdot (5 - r).$$

Середнє значення і дисперсія сумарного позову $S^{(r)}$ дорівнюють

$$MS^{(r)} = N \cdot MX^{(r)} = 2 \cdot (2r + 5), \\ DS^{(r)} = N \cdot DX^{(r)} \approx 2 \cdot (2r^2 + 5).$$

Загальна плата за перестрашування всіх позовів:

$$2 \cdot 10^3 \cdot 3,2 \cdot 10^{-3} \cdot (5 - r) = 6,4 \cdot (5 - r),$$

тому капітал компанії після перестрашування буде дорівнювати

$$u^{(r)} = 47,2 - 6,4(5 - r) = 15,2 + 6,4r.$$

Оскільки ймовірність банкрутства $R^{(r)}$ — це ймовірність того, що сумарний позов $S^{(r)}$ більший, ніж капітал компанії $u^{(r)}$, для $R^{(r)}$ за допомогою гауссівського наближення маємо

$$R^{(r)} = P(S^{(r)} > u^{(r)}) \approx 1 - \Phi\left(\frac{u^{(r)} - MS^{(r)}}{\sqrt{DS^{(r)}}}\right) = \\ = 1 - \Phi\left(\frac{15,2 + 6,4 \cdot r - 4 \cdot r - 10}{\sqrt{4r^2 + 10}}\right) = 1 - \Phi\left(\frac{2,4r + 5,2}{\sqrt{4r^2 + 10}}\right).$$

Таким чином, якщо ми хочемо мінімізувати ймовірність банкрутства, потрібно вибрати параметр r таким чином, щоб функція

$\varphi(r) = \frac{(2,4r + 5,2)^2}{4r^2 + 10}$ набувала найбільшого значення. Оскільки

$$\varphi'(r) = \frac{(4,8r + 10,4) \cdot (24 - 20,8r)}{(4r^2 + 10)^2}, \text{ і } \varphi'(r) = 0 \text{ при } r = 1,153, \text{ що є}$$

точкою максимуму. В абсолютних цифрах це відповідає

1153 грн. Оскільки $\sqrt{\varphi(1,153)} \approx 2,035$, імовірність банкрутства за цієї межі утримання дорівнює приблизно 2,11 %. Середній дохід компанії дорівнює $u^{(r)} - MS^{(r)} = 5,2 + 2,4r = 7,967$ (умовних одиниць) = 7967 грн.

Таким чином, порівняно з границею утримання $r = 1000$ ми не тільки зменшили ймовірність банкрутства, а й збільшили очікуваний дохід.

Аналіз перестраховування для моделі колективного ризику практично не відрізняється від проведеного вище аналізу для моделі індивідуального ризику.

28.3. Перестраховування у динамічній моделі банкрутства

Нагадаємо, що динамічна модель банкрутства характеризується такими основними припущеннями:

1. Моменти T_1, T_2, \dots подання позовів утворюють пуассонівський процес інтенсивності λ .

2. Позови, що надходять, не залежать від моментів T_1, T_2, \dots і однаково розподілені за законом $F(x)$ із середнім μ .

3. Премії надходять неперервно зі швидкістю $c = (1 + \theta) \lambda \mu$.

Банкрутство настає, якщо в момент подання деякого позову його величина більше резервного фонду компанії.

Маючи на увазі нерівність Лундберга (27.22) і асимптотику Крамера — Лундберга (27.20), як основну характеристику моделі слід розглядати характеристичний коефіцієнт R і прагнути його максимізувати.

Розглянемо деякий вид перестраховування, що описується функцією $H(x)$ так, що кожний позов величиною Y призводить до позову величиною $H(Y)$ до перестраховуючої компанії й зменшує реальні втрати передавальної компанії з Y до $Y' = Y - H(Y)$. Оскільки за одиницю часу подається в середньому λ позовів, то у середньому за одиницю часу перестраховуюча компанія виплачує у вигляді страхових відшкодувань суму $\lambda \cdot MH(Y)$. Отже, за цей проміжок часу вона повинна одержати у вигляді плати за перестраховування суму $(1 + \theta^*) \lambda \cdot MH(Y)$. Припустимо,

що ця сума виплачується неперервно. Тоді для передавальної компанії це буде означати зменшення швидкості надходження премій з величини $c = (1 + \theta) \cdot \lambda \cdot MY$ до величини $(1 + \theta) \cdot \lambda \cdot MY - (1 + \theta^*) \cdot \lambda \cdot MH(Y)$. Таким чином, після перестраховування функціонування передавальної компанії описується динамічною моделлю зі зміненими параметрами: швидкість надходження премій є $c' = (1 + \theta) \cdot \lambda \cdot MY - (1 + \theta^*) \cdot \lambda \cdot MH(Y)$, швидкість надходження позовів є $\lambda' = \lambda$, $Y_1' = Y_1 - H(Y_1)$, величини позовів є $Y_2' = Y_2 - H(Y_2), \dots$

Відносна страхова надбавка після перестраховування буде

$$\theta' = \frac{c'}{\lambda' \mu'} - 1 = \frac{\theta MY - \theta^* MH(Y)}{MY - MH(Y)}.$$

Оскільки параметр θ' повинен бути додатним, то маємо таке загальне обмеження на функцію $H(x)$, що описує перестраховування:

$$\theta^* MH(Y) < \theta MY.$$

Тому характеристичне рівняння (27.19) після перестраховування набуває вигляду

$$Me^{R(Y - H(Y))} - 1 = ((1 + \theta)MY - (1 + \theta^*)MH(Y))R'.$$

За конкретних припущень щодо вигляду перестраховування (тобто вигляду функції $H(x)$) і розподілу величини позову можна розв'язати це рівняння (аналітично або чисельно), знайти R' і вивчити вплив перестраховування на величину характеристичного коефіцієнта й тим самим — на ймовірність банкрутства.

Висновки

1. Перестраховування є досить потужним засобом зменшення ймовірності банкрутства страхових компаній.

2. Залежно від фінансових можливостей передавальної страхової компанії можна використовувати пропорційне та перестраховування перевищення втрат (ексцедентне перестраховування).

3. Пропорційне перестраховування в моделі індивідуального ризику накладає певні умови на відносні страхові надбавки передавальної та перестраховуючої компанії.

4. Для визначення границі утримання при перестраховуванні перевищення втрат у моделі індивідуального ризику необхідно розв'язувати задачі нелінійної оптимізації.

5. Завдання перестраховування в динамічній моделі банкрутства зводиться до динамічної моделі банкрутства зі змінними параметрами.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Пропорційне перестраховування; перестраховування перевищення втрат (ексцедентне перестраховування); передавальна страхова компанія; перестраховуюча страхова компанія; частка утримання; границя утримання; франшиза; динамічна модель банкрутства.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. У чому відмінність між пропорційним та ексцедентним перестраховуванням?

2. Які обмеження накладаються на частку утримання та відносні страхові надбавки у моделі індивідуального ризику для того, щоб пропорційне перестраховування було вигідним?

3. Напишіть характеристичне рівняння після перестраховування у динамічній моделі банкрутства у випадку пропорційного перестраховування.

4. Страхова компанія уклала $N = 10\,000$ угод страхування життя строком на один рік на таких умовах: у випадку смерті застрахованого протягом року від нещасного випадку компанія сплачує нащадкам $1\,000\,000$ грн, а у випадку смерті від при-

родних причин — $100\,000$ грн. Компанія не платить нічого, якщо позов не подається. Ймовірність смерті від нещасного випадку однакова для всіх застрахованих — $5 \cdot 10^{-4}$, а від природних причин — $2 \cdot 10^{-3}$. Компанія встановила плату за страхування, виходячи з 5-відсоткової ймовірності банкрутства. Крім того, компанія здійснила ексцедентне перестраховування за межі утримання $r = 500\,000$ грн і $\theta^* = 70\%$. Підрахуйте ймовірність банкрутства і прибуток передавальної страхової компанії.

5. Страхова компанія уклала $N = 10\,000$ угод страхування життя строком на один рік на таких умовах: у випадку смерті застрахованого протягом року від нещасного випадку компанія сплачує нащадкам відповідну суму грошей. Компанія не платить нічого, якщо позов не подається. Усі застраховані мають одну ймовірність смерті протягом року $q = 0,005$. З 10 тис. застрахованих $N_1 = 4000$ осіб уклали угоду на суму 1000 грн кожен, $N_2 = 3000$ осіб — на суму 1500 грн кожен, $N_3 = 2000$ осіб — на суму 2000 грн кожен, $N_4 = 1000$ осіб — на суму 2500 грн кожен. Відносна страхова надбавка встановлена компанією у розмірі $\theta = 40\%$. Визначити питання про доцільність ексцедентного перестраховування за границі утримання $r = 2000$ грн, якщо відносна страхова надбавка, встановлена перестраховуючою компанією, дорівнює $\theta^* = 20\%$.

6. Страхова компанія уклала $N = 3000$ угод страхування життя строком на один рік на таких умовах: у випадку смерті застрахованого протягом року від нещасного випадку компанія сплачує нащадкам відповідну суму грошей. Компанія не платить нічого, якщо позов не подається. Усі застраховані мають одну ймовірність смерті протягом року $q = 0,01$. З 3 тис. застрахованих $N_1 = 1000$ осіб уклали угоду на суму 2500 грн кожен, $N_2 = 500$ осіб — на суму 2000 грн кожен, $N_3 = 1500$ осіб — на суму 1000 грн кожен. Відносна страхова надбавка встановлена компанією у розмірі $\theta = 50\%$. Визначте питання про доцільність ексцедентного перестраховування при $r = 2000$ грн, якщо відносна страхова надбавка, встановлена перестраховуючою компанією, дорівнює $\theta^* = 40\%$.

Література

1. Бауэрс Н., Гербер Х., Джоґс Д., Несбитт С., Хикман Дж. Актуарная математика: Пер. с англ. / Под ред. В.К. Малиновского. — М.: Янус-К, 2001.
2. Леоненко М.М., Мішура Ю.С., Ядренко М.Й. Теоретико-ймовірносні та статистичні методи в економетриці та фінансовій математиці. — К.: Інформтехніка, 1995.
3. Фалин Г.И. Математический анализ рисков в страховании. — М.: Рос. юрид. издат. дом, 1994.
4. Черняк О.І., Федоренко І.К., Черноус та ін. Дослідження операцій в економіці: Підручник. — К.: Знання, 2007.
5. *Straub E.* Non-Life Insurance Mathematics. — Berlin; Zurich: Springer-Verlag and Swiss Association of Actuaries, 1988.

Частина Х

ІНОЗЕМНЕ СТРАХУВАННЯ

Розділ 29. Страховий ринок Європейського Союзу.

Розділ 30. Страхування у Великій Британії.

Розділ 31. Страхування у Німеччині.

Розділ 32. Страхування у Франції.

Розділ 33. Страхування у міжнародній торговельній діяльності.

Розділ 29

СТРАХОВИЙ РИНОК ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

- 29.1. Загальна характеристика страхового ринку Європейського Союзу.
- 29.2. Класифікація видів страхування в Європейському Союзі.
- 29.3. Структура страхового ринку Європейського Союзу.
- 29.4. Європейське регулювання страхової діяльності.

29.1. Загальна характеристика страхового ринку Європейського Союзу

Сьогодні будь-який економічний процес, будь-яку економічну модель розвитку країни не можливо розглянути, не проаналізувавши їх з погляду страхування. Є певна залежність між рівнем розвитку страхування та економічним зростанням країни. Страхування як невід'ємна складова всіх сфер та галузей господарства країни є одним із найважливіших факторів зростання та добробуту.

У країнах ЄС страхування стало міцним важелем розвитку економіки та забезпечення її стабільності. Щорічний фінансовий обіг страхових компаній збільшується і порівнянний з показниками банківського капіталу (рис. 29.1).

Європейські страхові компанії оперують значним інвестиційним капіталом. Власники підприємств та окремі громадяни європейських країн відчують себе надійно захищеними від різноманітних непередбачуваних подій. Додатковий імпульс розвитку, удосконаленню та уніфікації страхування в ЄС надало введення єдиної валюти — євро. Європейські страховики намагаються не відставати від швидкоплинних вимог часу і пропонують клієнтам багато нових нетрадиційних послуг

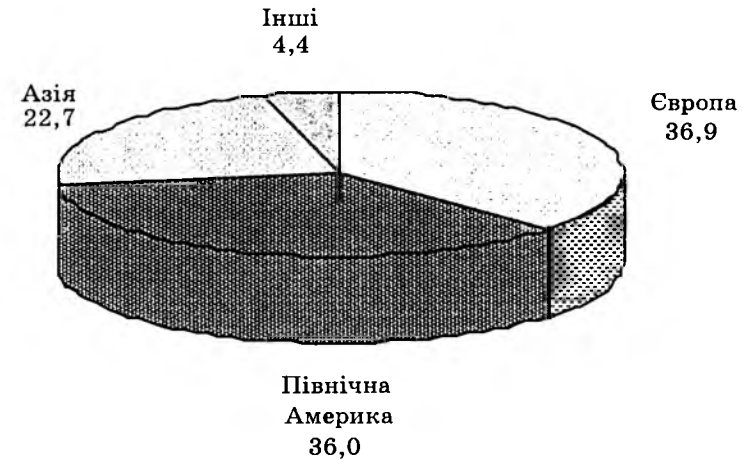


Рис. 29.1. Частка зібраних страхових премій за регіонами, у 2004 р., % від загальносвітових (джерело: CEA Statistics № 24 European Insurance in Figures. — 2006. — June)

(страхування від терористичних актів, наслідків глобального потепління клімату, забруднення навколишнього середовища тощо).

За останні 35 років кількість щорічних природних і техногенних катастроф у Європі зростає з пари десятків до пари сотень. Відповідно зростають страхові виплати і втрати страховиків. У 2005 р. страхові виплати, викликані природними катастрофами у світі, другий раз поспіль установили новий рекорд — 83 млрд дол. США, 8,4 % цієї суми припало на природні катастрофи в Європі (табл. 29.1). До того ж досить велика частина виплат, викликаних ураганами в Північній Америці, припала на європейських страховиків і перестраховиків.

Зважаючи на все це, у майбутньому природні катастрофи будуть усе більше впливати на європейське співтовариство. Спостерігається тенденція до зростання кількості природних катастроф, викликаних змінами клімату, а також тенденція до збільшення збитків від природних катастроф, спричинена заселенням і діловим поживленням регіонів з високими ризиками.

Таблиця 29.1. Природні катастрофи в європейських країнах

Вид катастрофи	Австрія	Бельгія	Швейцарія	Чехія	Німеччина	Данія	Іспанія	Фінляндія	Франція	Велика Британія	Греція	Італія	Нідерланди	Норвегія	Польща	Португалія	Швеція
Шторм		C									S	N					
Циклони		C		N							S	N			N		
Повені	O	C			S	N		O			S	O					
Град	O	O									S	O		S			
Затоплення	O	O									S	O					O
Зсуви		C			S		S				S	O					O
Сніг		O			S						S	O					O
Мороз		O									S						N
Лавини		N			S					N	N	O					N
Посухи	O	N		S	N					N	N	N					N
Обвали	O	N			S					N	S	N					N
Землетрус	N	C			O					C	O	N					O
Лісові пожежі	S	N								S	N	N					O
Виверження вулканів	N									C	N	N					O
Блискавки	O									O	O	O					O

Примітка. O — добровільне страхування; C — обов'язкове страхування; P — обов'язковий страховий пул; S — пропонується, але використовується мало; N — не існує.

Охоплення: ■ більше 75%; ■ від 25 до 75%; ■ від 10 до 25%; ■ менше 10%; □ немає даних.

Джерело: CEA Statistics № 24 European Insurance in Figures. — 2006. — June.

Страховий ринок Європейського Союзу

Уряди європейських країн по-різному реагують на ці тенденції. Деякі європейські країни вводять обов'язкове страхування певних ризиків, обов'язкові страхові пули, але в більшості країн страхування збитків від природних катастроф залишається добровільною справою. В умовах недостатнього охоплення страхуванням, збитки вимушена нести держава. З метою розв'язання цієї проблеми дедалі більша увага приділяється проектам кооперації держави і страхових компаній. Подібна кооперація дає можливість усім учасникам одержати більш точні оцінки ризиків (такий проект реалізований в Австрії), розробити адекватні схеми перестраховання, в яких ризики оптимально розподілені між страховиками, перестраховиками і — як останньою інстанцією — державою, а також поліпшити системи захисту і зменшення збитків від катастроф (наприклад, шляхом регулювання будівництва в зонах ризику, оптимізації захисних дамб і т. ін.).

Визнаними лідерами страхової справи в ЄС є Велика Британія, Німеччина та Франція (рис. 29.2). Переважна більшість, близько 98 %, сумарних страхових премій, що збираються у ЄС, припадає на "старі" 15 країн. У відносно "нових" країнах ЄС страхова справа розвивається поки що досить повільно.

На перші 7 країн — лідерів страхової справи (Велика Британія, Франція, Німеччина, Італія, Нідерланди, Іспанія та Бельгія) припадає більше 85 % щорічних сумарних страхових премій ЄС. Незважаючи на те, що Велика Британія не входить до зони євро, вона відіграє важливу роль у страховому бізнесі Європи та світу. Британський страховий гігант Лондонський Ллойд, що діє вже більше 300 років, вважається одним із засновників страхової індустрії. В країні є велика кількість страхових компаній, у тому числі філії найвідоміших страховиків та перестраховиків.

Німеччина має винятково розвинену систему страхування, яка охоплює майже всі сфери життя громадян. У зв'язку з швидким старінням населення в останні роки важливу роль відіграють страхування життя та пенсійне страхування, що мають у Німеччині давні традиції. Страхування є популярним серед населення, держава та страхові компанії здійснюють велику просвітницьку роботу.

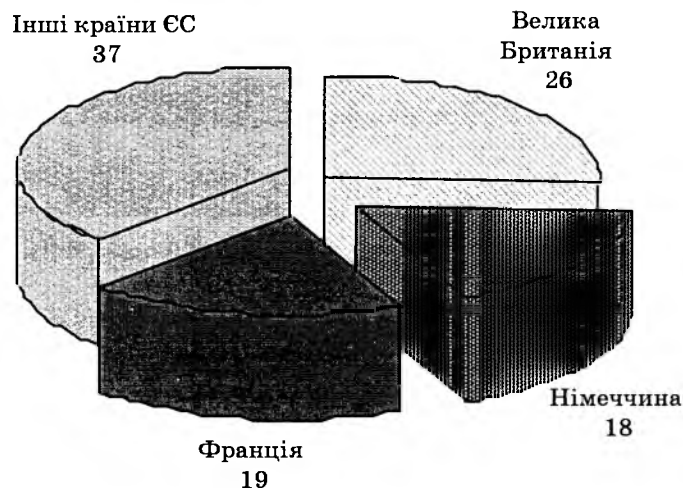


Рис. 29.2. Сумарні страхові премії у країнах ЄС у 2004 р., % (джерело: CEA Statistics № 24 European Insurance in Figures. — 2006. — June)

Французький страховий ринок має свої особливості. Крім страхових компаній страхові операції здійснюють банки та поштові відділення. Жорстка конкурентна боротьба на ринку привела до того, що страхування життя стало у Франції одним з найвигідніших способів розміщення власних фінансових засобів.

Відношення страхових премій до ВВП. Відношення страхових премій до ВВП у країнах ЄС досить неоднорідне. Для більшості країн Східної Європи і Греції відношення сумарних страхових премій до ВВП не перевищує 5 %, тоді як для країн Західної Європи з добре розвиненим страхуванням цей показник істотно вищий — від 6 % в Австрії і до 32 % у Люксембурзі.

Відношення сумарних (страхування життя плюс страхування, відмінне від страхування життя) премій до ВВП (*penetration rate*) у країнах ЄС зросло майже на 2 % за останні десять років (рис. 29.3).

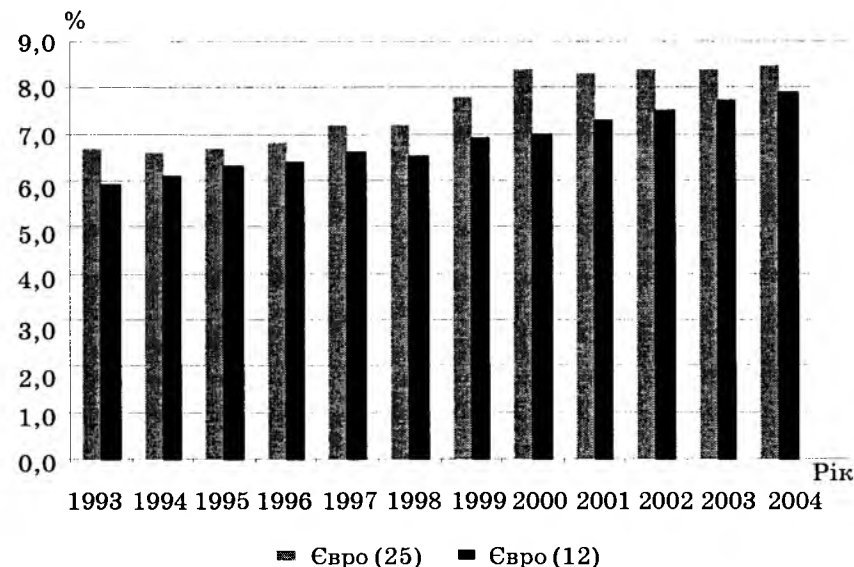


Рис. 29.3. Частка сумарних страхових премій у ВВП Європейського Союзу (джерело: CEA Statistics № 24 European Insurance in Figures. — 2006. — June)

Середня страхова премія на одного жителя ЄС, так само як і відношення сумарних премій до ВВП, є дуже неоднорідною. Це зумовлюється насамперед такими факторами:

- укладенням страхових контрактів за кордоном;
- істотними розходженнями в рівні життя у країнах Західної і Східної Європи.

За цим показником в Європі з великим відривом лідирують Люксембург і Ліхтенштейн зі значеннями показника, що перевищує 20 000 євро. Далі йде Велика Британія з премією 3679 євро на одну особу. Країни Східної Європи розташувалися у кінці списку з преміями від 41 євро в Румунії і до 821 євро в Словенії.

29.2. Класифікація видів страхування в Європейському Союзі

У країнах ЄС страхування традиційно поділяють на страхування життя та страхування, відмінне від страхування життя. Класифікація ризиків страхування, відмінного від страхування життя, визначається у Додатку А *Директиви № 73/239/ЄЕС* від 24 липня 1973 “*Про координацію правових, регулятивних та адміністративних приписів щодо організації і поточної діяльності в галузі страхування, за винятком страхування життя*” (табл. 29.2). Як правило, ліцензія на здійснення страхування кожного виду ризику страховою компанією береться окремо, але є ліцензії, що охоплюють більше ніж одну галузь.

Ризики страхування життя визначаються *Директивою № 2002/83/ЄС* від 5 листопада 2002 р. “*Про страхування життя*”. За положеннями Директиви до страхування життя належать: страхування життя, зокрема, страхування на дожиття до певного віку, страхування на випадок смерті, змішане страхування (попередніх випадків), страхування на випадок шлюбу й пологів, пенсійне страхування, страховки, що доповнюють страхування життя (а саме страхування від травм, включаючи непрацездатність, страхування на випадок смерті в результаті нещасного випадку, страхування від інвалідності через нещасний випадок або захворювання) у випадках, коли ці страховки укладені спільно зі страхуванням життя і т. ін.

Поділ видів страхування на дві окремі галузі — страхування життя та страхування, відмінне від страхування життя, є загальновизнаною європейською практикою і підлягає окремому регулюванню та нагляду з боку відповідних державних і загальноєвропейських інституцій. В Україні види страхування також поділяються на ризикове страхування та страхування життя, а страхові компанії можуть надавати послуги лише за одним з названих напрямів.

Таблиця 29.2. Класифікація ризиків зі страхування, відмінного від страхування життя

1. Нещасний випадок (включаючи нещасні випадки на виробництві й професійні захворювання)	Єдиноразові виплати; регулярні виплати; комбіновані виплати; транспортування
2. Захворювання	Єдиноразові виплати; регулярні виплати; комбіновані виплати
3. Збиток наземному транспорту (за винятком залізничного)	Всі види збитку, заподіяного автомобільному транспорту та наземному транспорту без власного приводу (наприклад причепа)
4. Збиток залізничному транспорту	Всі види збитку, заподіяного залізничному транспорту
5. Збиток авіатранспорту	Всі види збитку, заподіяного авіатранспорту
6. Збиток водним видам транспорту	Всі види збитку, заподіяного річковим судам, судам на внутрішніх водах, морським судам
7. Збереженість вантажів (у тому числі, товару, багажу й інших вантажів)	Весь збиток вантажам незалежно від транспортного засобу
8. Збиток від вогню й стихійних явищ	Збиток, заподіяний такими явищами (у тому випадку, якщо він не охоплений галузями 3, 4, 5, 6 або 7): вогонь, вибух, буря, інші природні катаклізми (крім бурі), атомна енергія, обвали й провали землі
9. Інші види майнових збитків	Охоплює інші види майнових збитків (не охоплені галузями 3 — 7), заподіяні градом, морозом або чимнебудь ще (наприклад злочином), а також причинами, не включеними в галузь 8
10. Цивільна відповідальність щодо використання наземного транспорту з власним приводом	Будь-яка цивільна відповідальність, щодо користування наземним транспортом із власним приводом (включаючи відповідальність перевозника)

Закінчення табл. 29.2

11. Цивільна відповідальність щодо користування авіатранспортом	Будь-яка цивільна відповідальність щодо користування авіатранспортом (включаючи відповідальність перевізника)
12. Цивільна відповідальність щодо користування водним транспортом	Будь-яка цивільна відповідальність щодо користування водним транспортом на морі, в озерах, ріках і каналах (включаючи відповідальність перевізників)
13. Загальна цивільна відповідальність	Всі випадки відповідальності, не включені в галузі 10, 11 і 12
14. Кредит	Загальна фінансова неспроможність, експортний кредит, кредити у розстрочку, іпотечний кредит, сільськогосподарський кредит
15. Застава	Пряма застава, непряма застава
16. Різні фінансові витрати	Витрати, пов'язані з професійною діяльністю, недостатніми доходами, з поганими погодними умовами, неотриманням прибутку, постійні загальні витрати, непередбачені комерційні витрати, втрата ринкової вартості, втрата ренти або іншого джерела доходу, непрямі комерційні втрати за винятком згаданих, некомерційні втрати, інші фінансові втрати
17. Юридичні витрати	Юридичні й судові витрати

29.3. Структура страхового ринку Європейського Союзу

На ринку Європи діє приблизно 5300 компаній (рис. 29.4). Близько 75 % страхових компаній є національними операторами ринків, 22 % — відділеннями європейських компаній, 3 % — відділеннями інших компаній. На більшості ринків на частку національних операторів припадає більш ніж 90 % зібраних премій. На перший погляд це свідчить про слабку інтеграцію європейського ринку, але варто враховувати велику географічну розосередженість власників акцій страхових компаній і явні юридичні та фінансові переваги створення місцевих компаній порівняно з відкриттям філій.

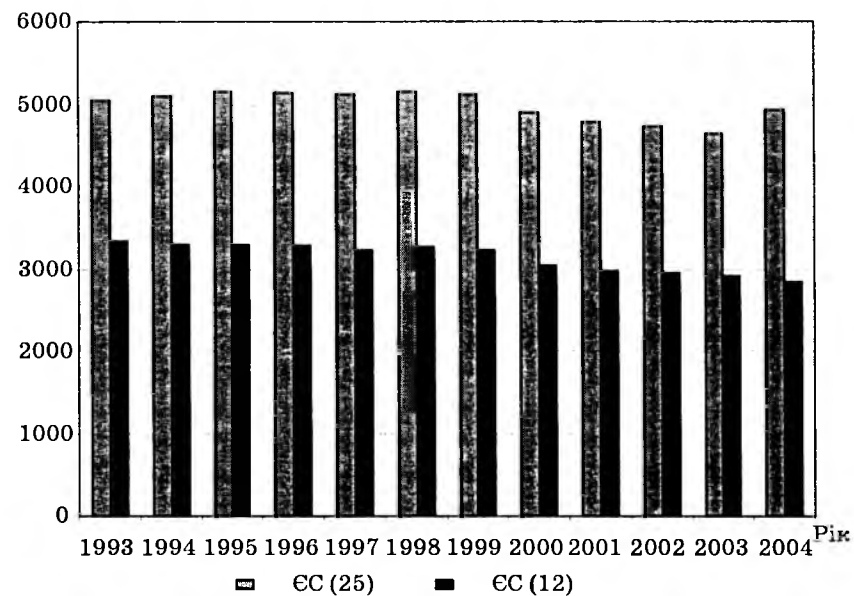


Рис. 29.4. Динаміка кількості операторів страхового ринку ЄС (джерело: CEA Statistics № 24 European Insurance in Figures. — 2006. — June).

На більшості національних ринків страхування життя на частку 15 лідируючих операторів припадає більш як 90 % ринку. Лише на найбільш розвинених ринках, зокрема на ринках Великої Британії, Німеччини та Іспанії, на лідируючих операторів припадає менша частка ринку.

20 перших страхових компаній працюють, головним чином, у Європі, на яку припадає 72 % зібраних премій, на Північну Америку припадає 17 % премій, Азію — 9, інші регіони — 2 %. До п'ятірки найбільших європейських страхових компаній належать "Allianz" (Німеччина), АХА (Франція), "Prudential" (Велика Британія), "Generali Group" (Італія), "Aviva" (Велика Британія).

Страхування життя займає домінуючу позицію в бізнесі лідерів європейського страхового ринку. На його частку припадає 73 % чистих премій і 90,5 % чистих технічних резервів. У сегменті страхування життя за розмірами чистих премій лідирують "Prudential" (Велика Британія) — 58 млрд євро, АХА (Франція) — 46 млрд, "Allianz" (Німеччина) — 44 млрд євро. Якщо порівнювати чисті технічні резерви, то лідерами будуть АХА — 384 млрд євро, "Allianz" — 349 млрд, "Aviva" (Велика Британія) — 267 млрд євро.

Трійка компаній, що лідирують за показником технічних резервів, є також лідерами за обсягами інвестицій. На їхню частку припадає більше 30 % інвестицій від загального обсягу інвестицій 20 лідерів європейського страхового ринку. В інших видах страхування трійка лідерів складається з "Allianz" (70 млрд євро), АХА (42 млрд), "Zurich" (40 млрд).

Сьогодні найбільший приріст європейського страхового ринку спостерігається у країнах Східної Європи, що відображає бурхливе зростання економік цих країн. Більше третини страхових премій за видами страхування, іншими ніж страхування життя, припадає на автомобільне страхування. Велику частку також має страхування здоров'я і від нещасних випадків, що свідчить про відповідальний підхід громадян до цих питань. Розвиток майнового страхування насамперед зумовлений зростанням цін на нерухомість у багатьох регіонах. Також лідерами серед видів страхування, відмінного від страхування життя, є страхування цивільної відповідальності та страхування авіа- та морських перевезень.

Канали збуту на страховому ринку ЄС. Структура каналів збуту істотно розрізняється в європейських країнах (табл. 29.3). Якщо в деяких країнах (Польща, Нідерланди, Словенія) на частку страхових агентів припадає більш як 50 % збуту, в інших країнах (Португалія, Франція, Італія) клієнти купують страхові продукти в банках. У Швейцарії на частку співробітників страхових компаній припадає 84 % продажу. Між каналами збуту на ринку страхування життя і на інших ринках страхування спостерігаються істотні відмінності (табл. 29.3).

Таблиця 29.3. Канали збуту в європейських країнах, %

Країна	Співробітники компаній	Агенти	Брокери	Інші мережі (банки, пошта та ін.)	Інші
Австрія	28,7	5,8	22,9	38,2	4,5
Бельгія	1,0	4,4	39,2	33,0	22,4
Швейцарія	84,0	0,0	16,0	0,0	0,0
Іспанія	0,0	29,5	18,3	33,4	18,8
Франція	21,0	16,0	13,0	46,0	4,0
Італія	10,3	42,0	3,1	44,6	0,0
Нідерланди	29,0	56,0	0,0	15,0	0,0
Польща	30,6	56,1	10,0	0,0	3,3
Португалія	7,2	31,3	7,5	54,0	0,0
Словенія	14,7	67,4	9,0	2,3	6,6
Словаччина	11,6	30,9	57,5	0,0	0,0

Джерело: CEA Statistics № 24 European Insurance in Figures. — 2006. — June)

У страхуванні життя найбільш значимим каналом збуту у Великій Британії, Ірландії і Словаччині є брокери. У Західній континентальній Європі (Австрія, Бельгія, Іспанія, Франція, Італія, Португалія, Швеція) домінуюча роль належить банківській мережі. Частка цього каналу становить від 45 % у Швеції і Бельгії до 83 % у Португалії. У більшості країн фінан-

сові організації збільшили свою частку в процесі розробки індивідуальних страхових продуктів у 90-х роках.

У Німеччині фінансові організації займають меншу частину ринку, ніж в інших континентальних країнах Європи, але вона постійно зростає в останні роки. Домінуючу роль на ринку Німеччини відіграють брокери й агенти. Агенти домінують також на ринках Нідерландів, Польщі та Словенії, де їхня частка становить більше 50 %.

У страхуванні, відмінному від страхування життя, у більшості європейських країн домінуючу роль відіграють агенти. На їхню частку припадає більш як 50 % ринку в Італії, Словенії, Португалії, Польщі та Нідерландах. Найменшу роль агенти відіграють на ринках Австрії і Бельгії. На ринках Бельгії, Словаччини, Великої Британії основним каналом збуту на цих сегментах страхового ринку є брокери. Співробітники страхових компаній втрачають частку на ринках усіх країн за винятком Великої Британії та Нідерландів. Банківські мережі, за винятком Великої Британії, Нідерландів і Португалії, також відіграють незначну роль.

29.4. Європейське регулювання страхової діяльності

Одне з важливих завдань європейської економічної інтеграції — створення єдиного страхового ринку, метою якого є забезпечення свободи просування страхових послуг, капіталу та страхових брокерів, що сприятиме розвитку конкуренції та зростанню ефективності роботи страхових компаній (СК). Процес формування спільного ринку у сфері страхування не може бути швидким. Кожна країна має свою нормативно-правову базу страхової діяльності та систему страхового нагляду, яка має національну специфіку. Відрізняються страхові послуги, оподаткування страхової діяльності, умови створення страхових компаній тощо. Єдиний страховий ринок ЄС формується у двох взаємопов'язаних напрямках:

- забезпечення свободи діяльності страховиків у всіх країнах ЄС;
- гармонізація страхового законодавства.

Створення єдиного європейського страхового ринку базується на принципах, які передбачають вільну можливість створення філій усередині країн ЄС для будь-якої з країн-членів (рис. 29.5). Крім того, європейські страхові компанії можуть вільно надавати страхові послуги в межах ЄС без обов'язкового створення філії. Чесна конкуренція на рівних умовах та неможливість використання заборонених елементів конкуренції, наприклад, самостійного вибору права контракту та режиму оподаткування, що може створювати нерівні умови конкуренції на території ЄС, також є базовими умовами побудови єдиного європейського страхового ринку.

У країнах, що входять до Європейського Союзу, вироблено єдині норми, у тому числі фінансово-правові, що регулюють відносини у сфері страхування, і функції державного регулювання страхової діяльності:

- процедуру ліцензування страхової діяльності, включаючи контроль за фінансовим станом, умовами страхування й обґрунтованістю страхових тарифів;
- єдиний порядок формування страхових резервних фондів;

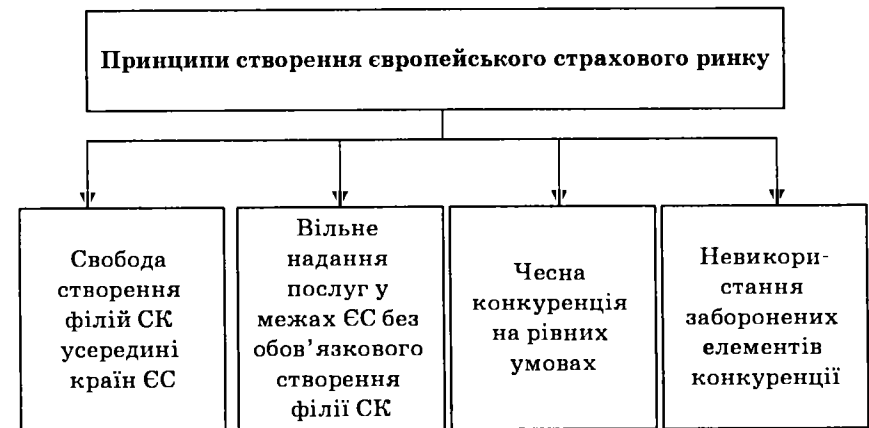


Рис. 29.5. Принципи створення європейського страхового ринку

- правила розміщення коштів страхових резервних фондів;
- норматив співвідношення між активами й зобов'язаннями страхової організації (маржа платоспроможності);
- форми і строки надання бухгалтерської і статистичної звітності;
- порядок реєстрації страхових брокерів;
- реєстр страхових організацій;
- порядок призупинення й відкликання ліцензій на право здійснення страхової діяльності.

Початком процесу формування єдиного страхового простору на території Європи й спільного страхового законодавства стало укладання в березні 1957 р. *Римського договору*, який закріпив принципи вільного руху капіталів та послуг, свободи організацій, вільного руху працівників, вільного руху товарів.

Сьогодні європейське страхове законодавство базується на трьох поколіннях Директив ЄС щодо регулювання страхової діяльності. Ці директиви стосуються контролю платоспроможності страхових компаній, захисту прав споживачів страхових послуг, регулювання діяльності страхових посередників тощо.

У базових *Директивах Першого покоління* № 73/239/ЄЕС та № 79/267/ЄЕС, прийнятих відповідно в 1973 р. (щодо страхування іншого, ніж страхування життя) і 1979 р. (щодо страхування життя) регламентуються:

- єдина понятійна термінологія, яка застосовується в законодавстві, що регулює страхову діяльність у країнах Європейського Союзу;
- єдина класифікація видів страхування як зі страхування життя, так і зі страхування іншого, ніж страхування життя, з метою ліцензування діяльності страхових організацій;
- принцип поділу страхових організацій на організації, що здійснюють страхування життя й страхування інше, ніж страхування життя;
- однакові вимоги до формування й складу страхових резервних фондів страхових організацій;
- однакові вимоги до розміщення активів, що покривають страхові резервні фонди;

- єдиний розмір норматива платоспроможності й гарантійного фонду страхової організації.

*Директиви Другого покоління*¹ у галузі страхування, прийняті відповідно в 1988 р. (щодо страхування іншого, ніж страхування життя) і 1990 р. (щодо страхування життя), регламентували в страховому законодавстві Європейського Союзу:

- єдині принципи оцінки фінансового стану страхових організацій;
- класифікацію ризиків у страхуванні іншому, ніж страхування життя: на великі ризики (промислові, комерційні й фінансові ризики вище певного рівня) і масові ризики (ризики окремих споживачів);
- класифікацію ризиків у страхуванні життя залежно від активного й пасивного принципу страхування життя, а саме: якщо ініціатива укладання договору страхування належить страховій організації, то діє принцип активного надання послуг, а якщо ініціатива укладання договору належить страховальникові, то діє принцип пасивного надання послуг;
- застосування правил страхового нагляду залежно від виду ризику: а) при страхуванні великих ризиків інших, ніж страхування життя, і для пасивного страхування життя наглядові функції здійснює орган держави місця розташування головної компанії; б) при страхуванні масових ризиків інших, ніж страхування життя, і для активного страхування життя наглядові функції здійснює орган держави місцезнаходження об'єкта страхування.

¹ Second Council Directive 88/357/EEC of 22 June 1988 on the coordination of the laws, regulations and administrative provisions relating to the taking up to direct insurance other than life assurance and laying down provisions to facilitate the effective exercise of freedom to provide services and amending directive 73/239/EEC // Official Journal of the European Communities. — 1988. — № L 172/1. — 04.07; Second Council Directive 90/619/EEC of 8 November 1990 on the coordination of the laws, regulations and administrative provisions relating to direct life assurance, laying down provisions to facilitate the effective exercise of freedom to provide services and amending directive 79/267/EEC // Official Journal of the European Communities. — 1990. — № L 330/90. — 29.11.

Нарешті, *Директиви Третього покоління*¹, прийняті в 1992 р., завершили процес створення основ правового регулювання єдиного страхового простору. У Директивах Третього покоління регламентовано:

— систему “Європейський паспорт” (або принцип *home country control*), що ґрунтується на концепції “єдиної ліцензії” для страхових організацій держав ЄС;

— взаємне визнання систем правового регулювання страхової діяльності держав ЄС;

— здійснення нагляду за діяльністю страхових організацій, включаючи і її фінансово-правове регулювання, органами держави, де страхова організація була спочатку заснована, незалежно від диференціації страхових ризиків, введеної Директивами Другого покоління;

— лібералізація інвестування коштів страхових резервних і гарантійних фондів страхових організацій. Інвестиційна діяльність страхової компанії регулюється фінансово-правовими нормами, що містяться в законодавстві держави, на території якої вона заснована, а не нормами держав, де страхова компанія фактично здійснює страхову діяльність.

Відповідно до Директив Третього покоління страховим організаціям держав ЄС, заснованим на території одної з держав і підконтрольним органам страхового нагляду цієї країни, надається право здійснення страхової діяльності на території будь-якої іншої країни Європейського Союзу без попереднього схвалення цієї діяльності органами страхового нагляду іншої країни.

Директиви Третього покоління практично повністю скасували необхідність попереднього затвердження договірних умов страхування, страхових полісів і шкали страхових тарифів з наглядовими органами держав ЄС. Також визначено, що фі-

нансовий нагляд за діяльністю страхового товариства, включаючи його представництва і філії, повинен здійснюватися виключно органами держави, на території якої воно засноване. Це положення є другою необхідною й достатньою умовою поряд з ліцензією, яка діє на території всіх держав ЄС, для забезпечення свободи надання страхових послуг на фінансовому ринку ЄС.

“*Solvency II*”. Вимоги до норми платоспроможності європейських страхових компаній були доповнені та поліпшені в результаті реалізації проекту “*Solvency I Directives*” (*Directive 2002/13/EC of the European Parliament and of the Council of 5 March 2002 amending Council Directive 73/239/EEC as regards the solvency margin requirements for non-life insurance undertakings; Directive 2002/83/EC of the European Parliament and of the Council of 5 November 2002 concerning life assurance*) у 2002 р. Цілями “*Solvency I*” були ревізія й актуалізація вимог до норми платоспроможності страхових компаній. Сьогодні у ЄС розробляється і поступово впроваджується проект “*Solvency II*”, покликаний вирішити набагато більш широке коло проблем¹.

“*Solvency II*” — це фундаментальна і всеохопна ревізія чинних директив у галузі страхування. *Головна мета* цього проекту — підвищення захищеності власників полісів в ЄС. Під час його реалізації враховуються поточні нароби в галузі страхування, керування ризиками, фінансового менеджменту, міжнародної фінансової звітності і т. ін.

Однією з основних цілей проекту є розробка і впровадження заснованої на оцінці інвестиційного ризику системи вимог до власних засобів суб’єктів страхового ринку. Оцінки ризиків будуть лежати в основі вимог до розміру капіталу. Іншим важливим пунктом є поліпшення нагляду за страховими компаніями, шляхом гармонізації методів і інструментів контролю.

Структуру проекту розробив Європейський комітет нагляду над страховими ринками і пенсійними схемами (CEIOPS — Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors) так само, як і структуру аналогічного проекту в банківській галузі “*Basel II*” (рис. 29.6).

¹ <http://www.cea.assur.org/cea/download/publ/article244.pdf>.

¹ Third Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992 on the coordination of the laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending directive 73/239/EEC and 88/375/EEC // Official Journal of the European Communities. — 1992. — № L 228/1. — 11.08; Third Council Directive 92/96/EEC of 10 November 1992 on the coordination of the laws, regulations and administrative provisions relating to direct life assurance and amending directive 79/267/EEC and 90/619/EEC // Official Journal of the European Communities. — 1992. — № L 360/1. — 29.11.

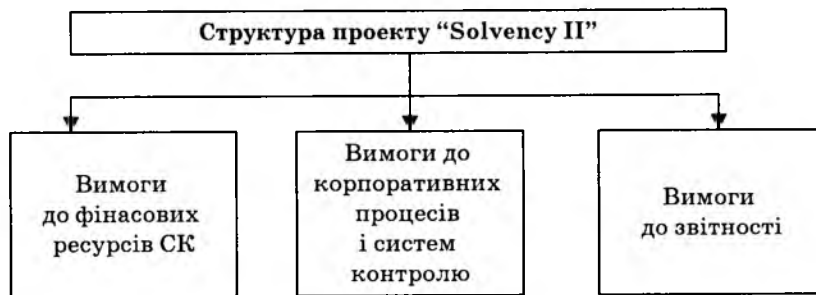


Рис. 29.6. Структура проекту "Solvency II"

Вимоги до фінансових ресурсів компанії (SCR — Solvency Capital Requirement) — це вимоги до капіталу, що формує запас платоспроможності, до мінімального капіталу (MCR — Minimum Capital Requirement) та ін. Вимоги до корпоративних процесів і систем контролю — це вимоги до внутрішньої системи контролю, внутрішньої системи керування ризиками і т. ін. Вимоги до звітності — це встановлення форми звітності, обов'язкові звіти тощо.

Мета першого елемента — адекватна кількісна оцінка ризиків. Другий елемент має сприяти встановленню високих стандартів управління ризиками, а третій — забезпечити високий рівень комунікації і прозорості ризиків.

На сьогодні завершується виконання першого етапу проекту — розробки Директиви, реалізація Директиви очікується у 2010 р.

Контроль платоспроможності страхових компаній. Нагляд за фінансовим станом страхової організації включає контроль за відповідністю рівня її платоспроможності, розміром страхових резервних фондів, розміщенням коштів страхових резервних фондів зі страхування життя та інших видів страхування, розміром коштів фондів, утворених відповідно до зобов'язань за кожним видом страхування.

Забезпечення фінансової стабільності та платоспроможності страхових організацій є пріоритетним напрямом у регулюючій діяльності відповідних органів страхового нагляду європейських країн. Рівень платоспроможності страхових організацій визначається як перевищення його активів над зобов'яз-

аннями за укладеними договорами. З метою забезпечення фінансової надійності страхових організацій використовуються резерв платоспроможності та страхові резервні фонди.

Резерв платоспроможності — це чисті активи страхової організації, що становлять певний відсоток (частку) від її загального обороту. У межах Європейського Союзу визначені мінімальні рівні резерву платоспроможності страхових організацій. При цьому деякі країни, зокрема Франція, визнали за необхідне піти далі в зміцненні платоспроможності страхових організацій, для чого спонукають їх підвищувати мінімальний рівень платоспроможності вище за вимоги загальноєвропейського законодавства.

Кожна держава — член ЄС в особі органів страхового нагляду повинна встановити для всіх страхових організацій фінансово-правові норми з приводу формування страхових резервних фондів і розміщення фондів тільки у встановлених нормах активах. Перелік можливих напрямів інвестицій дуже широкий і відповідає потребам не тільки страхових компаній держав — членів ЄС, а й страхових компаній держав, що не входять до ЄС.

Активи, що покривають страхові резервні фонди, можуть бути розташовані в будь-якій країні ЄС. У Директивах ЄС Третього покоління регламентують перелік "дозволенних" активів та мінімальний і максимальний відносний рівні вкладення в певні активи коштів страхових резервних фондів: не більше 10 % від загальної кількості коштів фондів повинно бути інвестовано в один об'єкт нерухомості; не більше 5 % — у цінні папери (акції, облігації, боргові цінні папери або інші цінні папери) одного емітента; не більше 5 % — у не забезпечені гарантією виконання зобов'язань кредити й позики; не більше 3 % — у грошовій формі та ін.¹

¹ Third Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992 on the coordination of the laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending directive 73/239/EEC and 88/375/EEC // Official Journal of the European Communities. — 1992. — № L 228/1. — 11.08; Third Council Directive 92/96/EEC of 10 November 1992 on the coordination of the laws, regulations and administrative provisions relating to direct life assurance and amending directive 79/267/EEC and 90/619/EEC // Official Journal of the European Communities. — 1992. — № L 360/1. — 29.11.

У сфері оподаткування страхової діяльності законодавцям Європейського Союзу не вдалося досягти уніфікації й гармонізації фінансового законодавства. Оподаткування у сфері страхування регулюється насамперед нормами, що містяться в національних законодавствах держав — членів ЄС.

Страхові організації держав — членів Європейського Союзу не є платниками податку на додану вартість, тому що в процесі страхування не створюється нова вартість, а відбувається перерозподіл страхових ризиків шляхом акумуляції страхових внесків із наступними страховими виплатами страхувальникам у разі настання страхових випадків.

У багатьох країнах Європи страхові премії (внески) є об'єктом спеціального податку, що за своєю природою й формою досить схожий на податок з обігу. Ефективність застосування фінансово-правового режиму регулювання сплати податків саме зі страхових премій (внесків) для поповнення дохідної частини державного бюджету підтверджується страховою практикою країн Європейського Союзу, у яких застосовуються і податок на прибуток, і податок на страхові премії (внески). Але з огляду на дуже часту збитковість від страхових операцій податкова база при сплаті податку на прибуток, як правило, визначається тільки за результатами інвестиційної діяльності страхових компаній, що здебільшого прибуткова.

Особливості правового режиму оподаткування діяльності страхових організацій в ЄС:

- не уніфіковано об'єкти оподаткування та ставки податків;
- не обкладаються податком перестрахові премії та страхові премії за договорами обов'язкового соціального страхування, а також майже у всіх країнах страхові премії, що сплачуються зі страхування міжнародних перевезень вантажів;
- не обкладаються податком страхові премії зі страхування життя, якщо договір страхування укладається на досить тривалий строк.

Загальним правилом ЄС є визнання страхових премій суспільно необхідними витратами та включення їх до складу витрат страхувальників — юридичних осіб. Кожна держава — член ЄС має власний бюджет, і цілком логічно, що сплата податків як основного джерела формування бюджету регулюєть-

ся національним фінансовим законодавством. Держави — члени Європейського Союзу самостійно визначають правовий режим оподаткування у сфері страхування.

Необхідно зазначити, що фінансово-правове регулювання діяльності у сфері страхування в державах, що входять до Європейського Союзу, має й національні особливості, які сформувалися під впливом історичної спадщини. Цілком закономірно, що на сучасній стадії формування єдиного страхового простору Європейського Союзу національні особливості у області фінансового права продовжують зберігатися, істотно впливаючи на умови діяльності страхових організацій на території кожної країни. Усунення суперечностей між міжнародним характером діяльності страхових організацій і національними особливостями правового регулювання діяльності у сфері страхування буде головним напрямом у гармонізації та уніфікації європейського страхового законодавства в найближчому майбутньому.

Страхова діяльність в Європейському Союзі регулюється як нормами права ЄС, так і нормами національного права, тому важливо визначити основні принципи співвідношення права ЄС і національного права держав — членів ЄС (рис. 29.7).

Особлива увага в Директивах ЄС приділяється організації страхового нагляду.

Право ЄС має пріоритет над правом країн — членів ЄС. Воно має пряму дію незалежно від імплементації його норм у національне законодавство. Обов'язковою є інкорпорація норм права Європейського Союзу у національні системи права держав — членів ЄС. Захист права Європейського Союзу здійснюється судами ЄС, практика яких заповнює правовий вакуум при врегулюванні колізій.

До мінімальних вимог до національних органів нагляду за страховою діяльністю належать:

- здійснення нагляду за фінансовою діяльністю страхових компаній, і насамперед нагляд за платоспроможністю та розміщенням активів страхових компаній;
- розробка надійних адміністративних та облікових процедур контролю діяльності страхових організацій, а також механізмів внутрішнього контролю залежно від характеристик страхової компанії (розміру, видів послуг тощо).

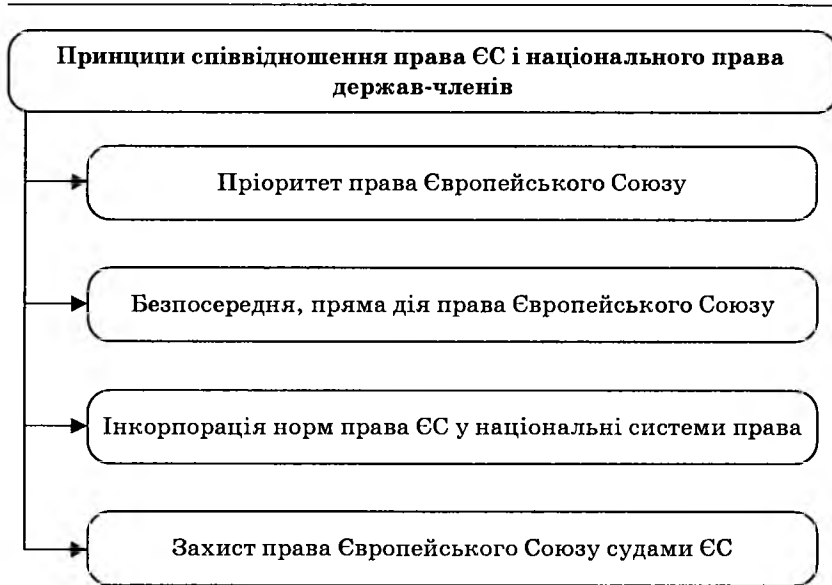


Рис. 29.7. Принципи співвідношення права ЄС і національного права

З метою забезпечення стабільного стану національної економіки, ефективного захисту споживачів страхових послуг органи страхового нагляду здійснюють фінансовий аналіз страхового ринку своєї країни. З одного боку, досліджуються макроекономічні ринкові тенденції, демографічна статистика, конкуренція тощо. З іншого — органи страхового нагляду контролюють фінансове становище окремих страхових компаній (аналіз річних звітів та достатності капіталу, оцінка ринкових ризиків та диверсифікації ризиків, аналіз платоспроможності, ефективності та прибутковості діяльності компанії, їхніх стратегій діяльності, цілей власників або фінансових груп тощо).

Центром уваги зазвичай є контроль платоспроможності страхових компаній. Аналіз та контроль платоспроможності страхової компанії включає: оцінку ризиків, пов'язаних з активами; аналіз актуарних ризиків; аналіз співвідношення активів зі взятими зобов'язаннями щодо відповідності між розміщенням активів, з одного боку, та взятими зобов'язаннями, з іншого (за валютою, строками тощо); аналіз ефективності та прибутковості (рис. 29.8).

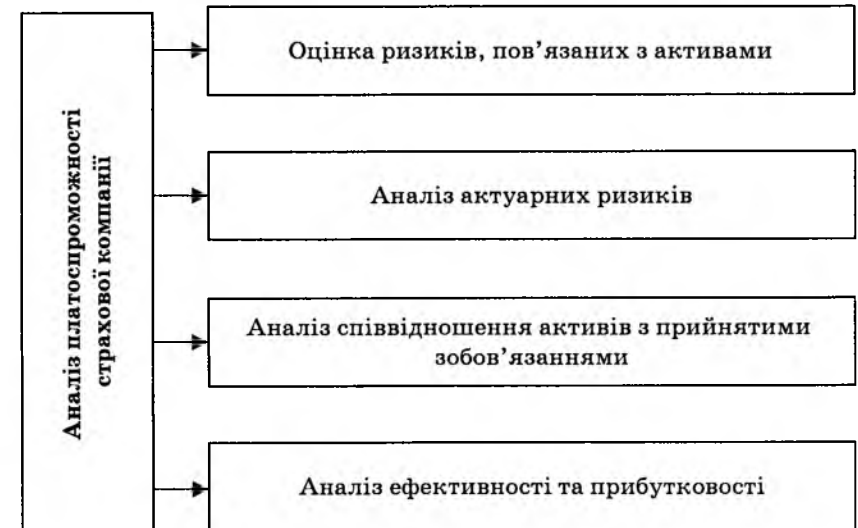


Рис. 29.8. Аналіз платоспроможності страхової компанії

Важливим кроком для створення єдиного європейського страхового ринку є впровадження *правил єдиної ліцензії* на здійснення страхової діяльності. Директиви ЄС визначають такі вимоги до видачі єдиної ліцензії.

1. Використання єдиних організаційно-правових норм для створення страхових компаній.

2. Обмеження на вид діяльності. Страхові компанії повинні займатися лише страховою діяльністю.

3. Обов'язковість надання схеми страхових операцій (бізнес-план, прогноз результатів) на найближчий період діяльності страхової компанії.

4. Наявність гарантійного фонду, що забезпечує зобов'язання страховика перед страхувальником. Розмір гарантійного фонду залежить від організаційно-правової форми страхової компанії, розрізняється за видами страхування та залежить від обсягу операцій страхової компанії.

5. Наявність надійного та кваліфікованого управління страховою компанією. Встановлені вимоги до керівництва страховою компанією, яке повинно діяти, насамперед, виходячи з забезпечення інтересів страхувальників.

6. Чесність та порядність власників (для акціонерних товариств) та членів (для взаємних товариств). Вони не повинні мати кримінального минулого, перебувати під слідством тощо. Ця вимога здебільшого стосується власників, які мають частки не менше 10 %.

Висновки

1. Сьогодні будь-який економічний процес, будь-яку економічну модель розвитку країни не можна розглядати, не проаналізувавши їх з погляду страхування. Є певна залежність між розвиненістю страхування та економічним зростанням країни. Страхування як невід'ємна складова всіх сфер та галузей господарства країни є одним із найважливіших факторів зростання та добробуту. В країнах ЄС страхування стало міцним важелем розвитку економіки та забезпечення її стабільності.

2. Страхування як наука та як сфера бізнесу характеризується багатьма специфічними поняттями. Без класифікації цих понять не можливі ні теоретичні дослідження, ні практична діяльність у цій сфері. Тому класифікації страхування в світовій та європейській практиці приділяється велика увага. У країнах ЄС, як і в Україні, страхування традиційно поділяють на страхування життя (накопичувальне) та страхування, відмінне від страхування життя (ризикове). Відповідно до такого поділу в ЄС визначають класифікацію видів страхової діяльності і надають ліцензії на її здійснення. Така класифікація є дуже важливою з погляду адекватної організації фінансів страхової компанії, особливо формування і розміщення страхових резервів та оподаткування доходів від страхової діяльності.

3. Сьогодні найбільший приріст європейського страхового ринку спостерігається у країнах Східної Європи, що відображає бурхливе зростання економік цих країн. Найбільше страхових премій за видами страхування, іншими ніж страхування життя, припадає на автомобільне страхування, страхування здоров'я і від нещасних випадків та майнове страхування.

4. Структура каналів збуту страхових послуг істотно розрізняється в європейських країнах. Якщо у деяких країнах (Поль-

ща, Нідерланди, Словенія) на страхових агентів припадає більш як 50 % збуту, то в інших країнах (Португалія, Франція, Італія) клієнти купують страхові продукти в банках. У Швейцарії на частку співробітників страхових компаній припадає 84 % продажу. Між каналами збуту на ринку страхування життя і на інших ринках страхування спостерігаються істотні відмінності.

5. Формування єдиного страхового ринку ЄС відбувається у двох взаємопов'язаних напрямках: забезпечення свободи діяльності страховиків у всіх країнах ЄС та гармонізація страхового законодавства. Створення єдиного європейського страхового ринку базується на принципах, які передбачають вільну можливість створення філій усередині країн ЄС для будь-якої з країн-членів. Крім того, європейські страхові компанії можуть вільно надавати страхові послуги в межах ЄС без обов'язкового створення філії. Чесна конкуренція на рівних умовах та неможливість використання заборонених елементів конкуренції також є базовими умовами побудови єдиного європейського страхового ринку.

6. Центром уваги діяльності органів страхового нагляду країн ЄС є аналіз платоспроможності страхової компанії. Такий аналіз включає: оцінку ризиків, пов'язаних з активами, аналіз актуарних ризиків, аналіз співвідношення активів зі взятими зобов'язаннями щодо відповідності між розміщенням активів, з одного боку, та взятими зобов'язаннями, з іншого (за валютою, строками тощо), аналіз ефективності та прибутковості. Важливим кроком для створення єдиного європейського страхового ринку є впровадження правил єдиної ліцензії на здійснення страхової діяльності. Директиви ЄС визначають вимоги до видачі єдиної ліцензії.

7. Незважаючи на активні дії щодо створення єдиного європейського страхового ринку, на більшості ринків на частку національних операторів припадає більш як 90 % зібраних страхових премій. Хоча при цьому варто враховувати велику географічну розосередженість власників акцій страхових компаній і явні юридичні та фінансові переваги створення місцевих компаній порівняно з відкриттям філій.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Страховий ринок ЄС; щільність страхування на одного жителя; ступінь страхового проникнення; директива ЄС; страхова група; Solvency II; філія страхової компанії; резерв платоспроможності страхової компанії; правило єдиної ліцензії; чисті технічні резерви; канал збуту; реєстр страхових організацій, ліцензія на право здійснення страхової діяльності; Римський договір; Європейський комітет нагляду над страховими ринками і пенсійними схемами; аналіз платоспроможності страхової компанії.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Дайте загальну характеристику страхового ринку ЄС.
2. Порівняйте структуру страхового ринку ЄС та вітчизняного страхового ринку.
3. Охарактеризуйте канали збуту страхових послуг в ЄС.
4. Розкрийте європейську класифікацію ризиків зі страхування, відмінного від страхування життя.
5. Назвіть види страхування життя, що здійснюються в ЄС.
6. Визначте, як уряди європейських країн реагують на збільшення кількості природних катастроф.
7. Охарактеризуйте особливості інвестиційної діяльності страхових компаній в ЄС.
8. Охарактеризуйте три покоління директив ЄС щодо регулювання страхової діяльності.
9. Визначте особливості контролю платоспроможності страхових компаній в ЄС.
10. Назвіть вимоги правил єдиної ліцензії на здійснення страхової діяльності в ЄС.

11. Оберіть три країни — лідери страхової справи у ЄС:
 - а) Італія;
 - б) Велика Британія;
 - в) Нідерланди;
 - г) Чеська Республіка;
 - д) Німеччина;
 - е) Австрія;
 - є) Франція.
12. За яким видом страхування, відмінного від страхування життя, збирається найбільше страхових премій у країнах ЄС:
 - а) цивільна відповідальність;
 - б) страхування здоров'я та нещасних випадків;
 - в) автомобільне страхування;
 - г) страхування майна?
13. Скільки є поколінь директив ЄС щодо регулювання страхової діяльності:
 - а) два;
 - б) три;
 - в) чотири?
14. У країнах ЄС фінансовий нагляд за діяльністю страхових компаній здійснюється:
 - а) відповідними органами країни, де заснована страхова компанія;
 - б) відповідними органами країни, де фактично діє страхова компанія.
15. Чи має пріоритет право Європейського Союзу над національним правом країн — членів ЄС:
 - а) так;
 - б) ні.
16. Чи оподатковуються в ЄС страхові премії зі страхування життя, якщо договір страхування укладено на тривалий строк:
 - а) так;
 - б) ні?
17. Чи може європейська страхова компанія вільно надавати послуги в межах ЄС без обов'язкового створення філій в окремих країнах:
 - а) так;
 - б) ні?

18. Обґрунтуйте перешкоди на шляху до створення єдиного європейського страхового ринку.

19. Проаналізувавши найбільш поширені правові форми страхових організацій в ЄС, обґрунтуйте найдосконаліші, визначте їх переваги та недоліки, порівняйте з українською практикою.

20. Розглянувши відмінності класифікації видів страхування в ЄС та в Україні, обґрунтуйте, яка з класифікацій більш досконала?

21. Сформулюйте основні напрями регулювання страхової діяльності в ЄС, порівняйте їх з тими, що здійснюються в Україні, визначити їх схожість та відмінність.

22. На основі результатів виконання попередніх завдань проаналізуйте можливості інтеграції страхового ринку України до вільного ринку послуг ЄС.

Література

1. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. — 4-те вид., перероб. і доп. — К.: Знання, 2005. — 351 с.
2. *Балабанов И.Т., Валабанов А.И.* Страхование: Учеб. для вузов. — СПб.: Питер, 2004. — 256 с.
3. *Залетов А.Н.* Страховые рынки Восточной Европы и СНГ: Справ. пособие. — К.: Знання, 2004. — 624 с.
4. *Історія страхування: Підручник / За ред. С.К. Реверчука.* — К.: Знання, 2005. — 213 с.
5. *Машина Н.І.* Міжнародне страхування: Навч. посіб. — К.: Центр навч. л-ри, 2006. — 504 с.
6. *Страхування: Підручник / За ред. С.С. Осадця.* — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — 599 с.
7. *Шахов В.В.* Страхование: Учеб. для вузов. — М.: ЮНИТИ, 2003. — 311 с.
8. *Thourot P., Fougure F.* L'Assurance française en 20 leçons. — Paris: Economica, 2006. — 313 p.

Розділ 30

СТРАХУВАННЯ У ВЕЛИКІЙ БРИТАНІЇ

30.1. *Страхова галузь у Великій Британії.*

30.2. *Структура страхового ринку.*

30.3. *Страховий ринок Ллойд.*

30.1. Страхова галузь у Великій Британії

Страхова галузь Великої Британії є найбільшою в Європі й третьою у світі. На її частку припадає приблизно 9 % загальносвітового обсягу страхових премій (рис. 30.1). За даними Асоціації британських страховиків (*Association of British Insurers — ABI*)¹ у страховому бізнесі країни зайнято 332 тис. осіб, що становить третину від загальної кількості працівників британської сфери фінансових послуг. Це у два рази більше, ніж кількість працюючих в автобудівній галузі й в три рази більше, ніж кількість робітників електротехнічної, газової та водопостачальної галузей разом узятих.

Десята частина усіх нових страхових угод в Європейському Союзі укладається британськими страховими компаніями, які надають свої послуги страхування у бізнесі, пенсійному забезпеченні та у загальному страхуванні. Їх клієнтами є 45 млн британців та мільйони громадян інших країн Європи. Чверть британського прибутку від страхових внесків, а це 40 мільярдів фунтів стерлінгів, надходить від закордонної діяльності.

Страхові компанії контролюють 17 % інвестицій на ринку акцій, в той час як на частку пенсійних фондів припадає 16 %,

¹ <http://www.abi.org.uk/BookShop/ResearchReports>

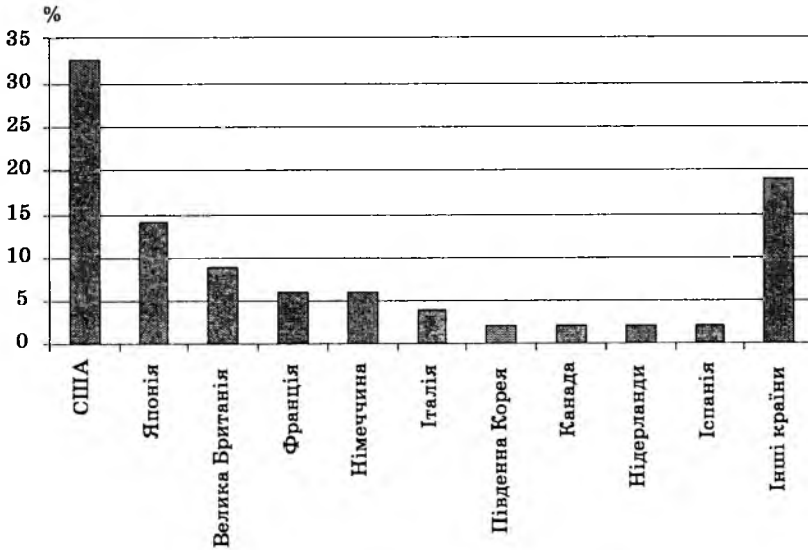


Рис. 30.1. Частка Великої Британії на світовому ринку страхових послуг

довірчих пайових трастів — 2 %, а інших фінансових інституцій — 11 %. Щодня виплачується 222 млн фунтів стерлінгів у формі пенсій і виплат, пов'язаних зі страхуванням життя та 74 мільйони фунтів стерлінгів за іншими загальними страховими виплатами.

Страхова галузь робить найсуттєвіший внесок у збір податків у Великій Британії, перераховуючи майже 75 % корпоративного податку на приріст капіталу. Страховики щорічно сплачують 2,4 млрд фунтів стерлінгів у вигляді податку на страхування та ще 1 млрд фунтів стерлінгів як ПДВ.

30.2. Структура страхового ринку

В Управлінні з фінансового регулювання та нагляду Великої Британії (*FSA — The Financial Services Authority*) зареєстровано 1118 компаній, яким надано дозвіл на здійснення стра-

хової діяльності в країні: 836 компаній мають право займатися виключно загальними видами страхування (страхування засобів автотранспорту, домашнього майна тощо), 232 компанії обмежені у своїй діяльності наданням послуг лише з довгострокового страхування (життя та пенсійного страхування) і тільки 50 компаній можуть здійснювати як загальне, так і довгострокове страхування. Значна кількість цих компаній є власністю великих страхових, або фінансових груп, при цьому десять найбільших надають 72 % послуг загального страхування, а десять груп зі страхування життя та пенсійного страхування контролюють 75 % цього ринку в країні.

Управління з фінансового регулювання та нагляду Великої Британії здійснює прискіпливий контроль за діяльністю страхових компаній, які не мають права займатися будь-яким іншим видом бізнесу, окрім страхування. Британські страховики, як і страховики в інших країнах Європи, мусять сплачувати податок на прибуток від страхової діяльності, а також податок на майно. Відповідно до британського законодавства, певні види страхових операцій обкладаються ще й гербовим збором, але кількість їх незначна в загальному обсязі страхової діяльності.

30.3. Страховий ринок Ллойд

Ллойд — це один з найбільших ринків страхування у світі, історія якого бере початок у XVII ст., коли невелика група страховиків обрала тиху кав'ярню Едварда Ллойда на вулиці Таверни постійним місцем зустрічей зі своїми клієнтами. Стихійне об'єднання страховиків у 1871 р. отримало статус корпорації, відповідно до спеціального акта парламенту.

У діяльності корпорації, з одного боку, беруть участь страхові брокери, а з іншого — синдикати андерайтерів Ллойд, які отримують пропозиції щодо страхування та перестрахування виключно через брокерів. Перш ніж стати членами корпорації, андерайтери мають внести досить значну суму грошей. Андерай-

тери об'єднані в синдикати, на чолі кожного з яких стоїть керівник. Відповідальність індивідуальних членів не обмежена.

З часом корпорація перетворилася на могутню страхову асоціацію, що користується найбільшою популярністю у світі. Хоча Ллойд особливо відома страхуванням від морських ризиків, проте, ймовірно, немає такого явища, яким би фантастичним воно не здавалося, від якого не погодилися б застрахувати у Ллойд.

Корпорація має по всьому світу своїх агентів, які займаються збором інформації, допомогою судам, що потрапили в скрутне становище, порятунком пошкоджених товарів і улагоджуванням страхових претензій.

До груп страховиків Ллойд входять заможні люди, які обираються за рекомендаціями страхових агентів після відповідних співбесід в комітеті Ллойд. Страховики повинні володіти певним мінімумом вільного капіталу. Вони погоджуються нести необмежену відповідальність у разі збитку, пов'язаного зі страхуванням, який розподіляється на всіх членів групи або синдикату. З іншої сторони, вони беруть участь у розподілі прибутків відповідно до своєї частки участі в покритті ризиків.

На ринку Ллойд діють 66 синдикатів, очолюваних 42 андеррайтинговими агентами, або агентами-керівниками. Тут акредитовані 163 брокери, які представляють інтереси своїх клієнтів. Страхові послуги, що надаються на Ллойд, охоплюють клієнтів більш ніж з 200 країн світу, серед яких вісім світових лідерів фармацевтичної промисловості та 48 найбільш впливових банків світу (рис. 30.2). Кожного дня до будинку Ллойд приходять у справах близько 4000 осіб.

Капітал на ринку Ллойд забезпечують:

- 111 корпоративних членів (приватних компаній);
- 1497 окремих осіб з необмеженою відповідальністю ("імен");
- 468 компаній з обмеженою відповідальністю ("корпоративних імен" — *NameCos*);
- 132 шотландських товариства з обмеженою відповідальністю.

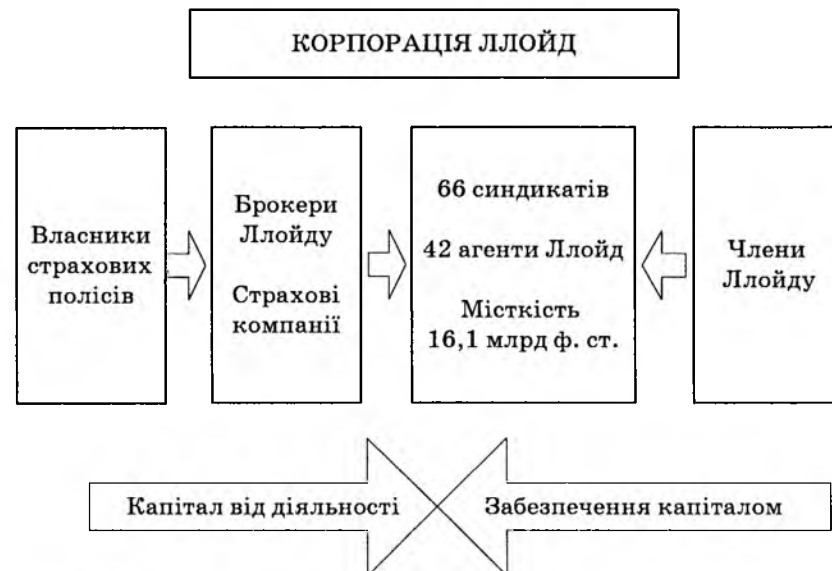


Рис. 30.2. Структура ринку Ллойд¹

Близько 60 % доходу від страхових премій приносять 8 крупних брокерських фірм, кожна з яких, у свою чергу, має власні страхові агентства, загальна кількість брокерських фірм сягає 270. Декларації про фінансовий стан асоціації випускаються один раз на три роки.

Керівні органи. Корпорацію очолює Рада Ллойд, яка здійснює керівництво через низку комітетів.

Рада Ллойд (*Council of Lloyds*) — це орган управління на постійній основі, створений відповідно до Постанови Ллойд від 1982 р. Рада відповідає за управління ринком та здійснення контролю над ним. До складу Ради входять вісімнадцять членів, 12 з яких обираються (шість постійних працівників Ллойд, та шість від зовнішніх організацій). Шість кандидатів у члени Ради, а також її голова затверджуються головою Правління Банку Англії (*Bank of England*) (рис. 30.3). Щорічно

¹ <http://www.lloyds.com>

Рада обирає голову та заступника голови з числа постійних працівників. Усі члени Ради мають бути затверджені Управлінням фінансових послуг (FSA). Рада приймає рішення, резолюції, вимоги, правила та регламент корпорації.

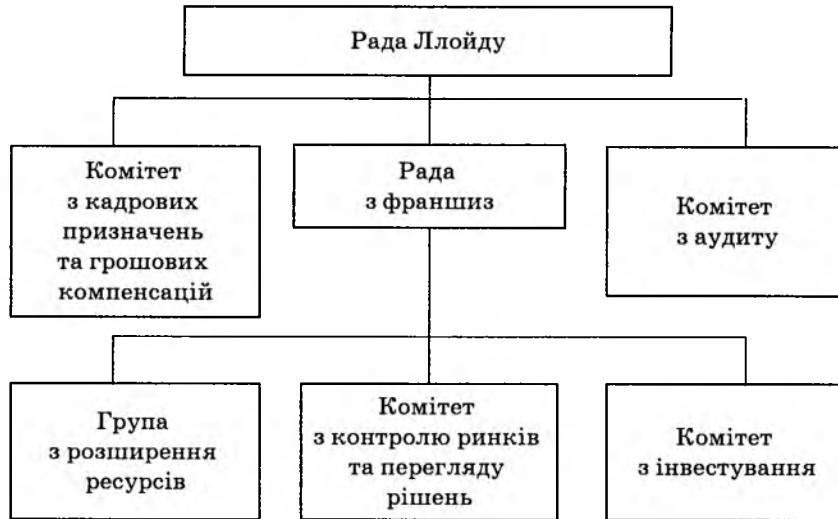


Рис. 30.3. Організаційна структура ринку “Ллойд”¹

Рада з франшиз (*The Franchise Board*) розробляє стратегію з привілейованого страхування, відповідає за управління ризиками та визначення рентабельних цілей на ринку. Рада розробляє рекомендації для всіх синдикатів, координує економічне планування, контролює дотримання високих стандартів страхування та ефективно управління ризиками, чим забезпечує стійку прибутковість і зміцнює фінансовий стан корпорації. До Ради з франшиз, яку очолює голова Ради Ллойду, входять виконавчі директори: головний виконавчий директор (*Chief Executive Officer*), директор з фінансів, управління ризиками та операціями (*Director of Finance, Risk Management and Operations*), директор з привілейованого страхування (*Franchise Performance Director*), а також шість незалежних

¹ <http://www.lloyds.com>

директорів, яких призначають членами Ради, зважаючи на їх високу професійну кваліфікацію та досвід практичної роботи. Рада здійснює виконання своїх функцій за допомогою декількох підкомітетів.

Комітет з кадрових питань та грошових компенсацій (*The Nominations, Appointments and Compensation Committee, NACC*) відповідає за розробку рекомендацій Раді Ллойду щодо обрання її голови, призначення головного виконавчого директора, вносить пропозиції відносно нових кандидатів до складу Ради Ллойду та її секретаріату, комітетів Ради з франшиз. Комітет з кадрових питань затверджує розміри грошових компенсацій членам зазначених керівних органів. Комітет також відповідає за підготовку відповідного кадрового резерву. До складу Комітету входять вісім членів Ради Ллойд: три виконавчі працівники, дві особи від зовнішніх організацій та три кандидати в члени Ради.

Комітет з аудиту (*The Audit Committee*) відповідає за перевірку річних фінансових звітів і загальних результатів та дотримання обліку й звітності в корпорації. На Комітет покладено обов'язок здійснювати постійний контроль за результативністю внутрішнього аудиту та ефективністю діяльності Ради з франшиз в аспекті виконання повноважень, переданих Радою Ллойду. Більшість Комітету становлять члени Ради Ллойду, один з яких стоїть на чолі Комітету, а меншість складається з членів Ради з франшиз.

Група з розширення ресурсів (*The Capacity Transfer Panel, CTP*) була створена в основному для реалізації рішень Ради “Ллойд” щодо невеликих операцій злиття та поглинання. До складу групи входять три кандидати в члени Ради Ллойду, один з яких очолює роботу Групи. Серед них має бути один юрист, фінансист та кандидатура, висунута від Асоціації ринків Ллойд (*Lloyds Market Association*).

Комітет з контролю ринків та перегляду рішень (*Market Supervision and Review Committee, MSRC*) діє як орган, який уповноважений вносити зміни, корегувати або анулювати деякі рішення, що були прийняті виконавчим керівництвом. Комітет може приймати певні власні рішення, в тому числі з питань посилення керівної гілки та виступає як інстанція, що визначає, чи заслуговують окремі рішення на передачу їх до

розгляду в Арбітражі Ллойду (*Lloyds Appeal Tribunal*). Комітет очолює один з незалежних членів Ради з франшизи. До складу входять також два кандидати в члени Ради Ллойду, та один зі старших менеджерів, або досвідчений фахівець (у відставці) з ринків.

Комітет з інвестування (*Investment Committee*) визначає та розробляє стратегію інвестиційного менеджменту корпорації в межах, визначених Радою Ллойду, виробляє політику стосовно керуванням ризиками, призначає зовнішніх керівників фондів, довірчих охоронців трастів та контролює їх діяльність. Комітет здійснює моніторинг операцій з інвестиціями та затверджує інвестиційні проекти.

Для захисту американських страхових зобов'язань 28 серпня 1939 р. було засновано трастовий фонд під назвою "Lloyd's American Trust Fund", який доручив управління своїми коштами нью-йоркському банку "Citibank, NA". Усі розрахунки у зв'язку з преміями і претензіями за полісами Ллойду, виданими в США в доларах, проводяться на користь або за рахунок цього фонду.

Високий престиж Ллойду пояснюється чотирма факторами: по-перше, його поліси є першокласними цінними паперами; по-друге, Ллойд відомий оперативним, справедливим і доброзичливим врегулюванням усіх належним чином сформульованих претензій; по-третє, Ллойд без коливань пристосовується до нового типу ризиків, змінних потреб і умов ділової активності; по-четверте, Ллойд є центром найдосконалішої в світі служби інформації з проблем судноплавства і мореплавання, пов'язаної своїми традиціями і назвою з установою як *Регістр Ллойд*, загальноновизнаним інформаційним бюро в галузі світового морського транспорту. У довіднику, що видається Регістром Ллойд, перераховані кораблі всіх країн світу із зазначенням їх назв і таких особливостей, як довжина, ширина і осідання, водотоннажність, розміри вантажних трюмів, потужність машин, країна приписки та ін.

Ллойд має своїх представників або агентів у всіх найважливіших морських портах світу, які постійно направляють до Лондона інформацію про рух суден, аварії і шторми. Вони лише представляють організацію Ллойд і призначаються для того, щоб дотримуватися інтересів асоціації, збирати необхід-

ну інформацію, надавати допомогу під час визначення і коригування розмірів збитку та ін.

Головним суперником Ллойд став Інститут лондонських страховиків, куди увійшли більше ніж 100 страхових компаній, у тому числі такі потужні, як "Cigna Corp.", німецький "Allianz Versicherungs AG", а також англійський "Commercial Union Assurance PLC". Крім того, великі нафтові, хімічні та авіаційні компанії все частіше почали самі забезпечувати страхування своїм підприємствам, відбираючи тим самим клієнтів у Ллойд.

Нові типи страхування завдали серйозних збитків синдикатам Ллойду. Сюди можна віднести втрати, яких було зазнано при страхуванні компаній, що здавали в оренду ЕОМ, від анулювання договорів оренди; збитки у зв'язку з відмовою США брати участь в Олімпійських іграх у СРСР; страхові виплати у зв'язку з підпалами багатоквартирних будинків у гетто в Саут-Бронксі (Нью-Йорк), та від втрати супутника, запущеного американською корпорацією та ін.

Географія та види страхової діяльності підтверджують репутацію Ллойду як одного з найпотужніших учасників страхового ринку в світі (рис. 30.4).

У 2006 р. валовий дохід від збору страхових внесків становив 16 414 млн фунтів стерлінгів, прибуток до оподаткування — 3662 млн, центральні рахунки активів — 1454 млн фунтів стерлінгів (рис. 30.5).

Ллойд є одним з лідерів не тільки світового страхового ринку, а й ринку перестраховання, де займає шосте місце серед його найпотужніших учасників (рис. 30.6). Асоціація багато робить для зміцнення своєї репутації надійного страхувальника. Ллойд постійно спрямовує зусилля на утвердження своїх позицій на ринку за допомогою, зокрема, чіткої андеррайтингової політики, визнаних у всьому світі ліцензій та ефективного використання капіталу. Цим перевагам протиставляються високі витрати на взаємні зобов'язання та на ведення справи (включаючи розвиток бізнесу). Певний час у синдикатах спостерігалася тенденція щодо їх диверсифікації, але з дотриманням політики лояльності. Ринок Ллойд тим часом продовжує розширювати географію свого бізнесу, наприклад, за рахунок отримання ліцензій на діяльність у Китаї.

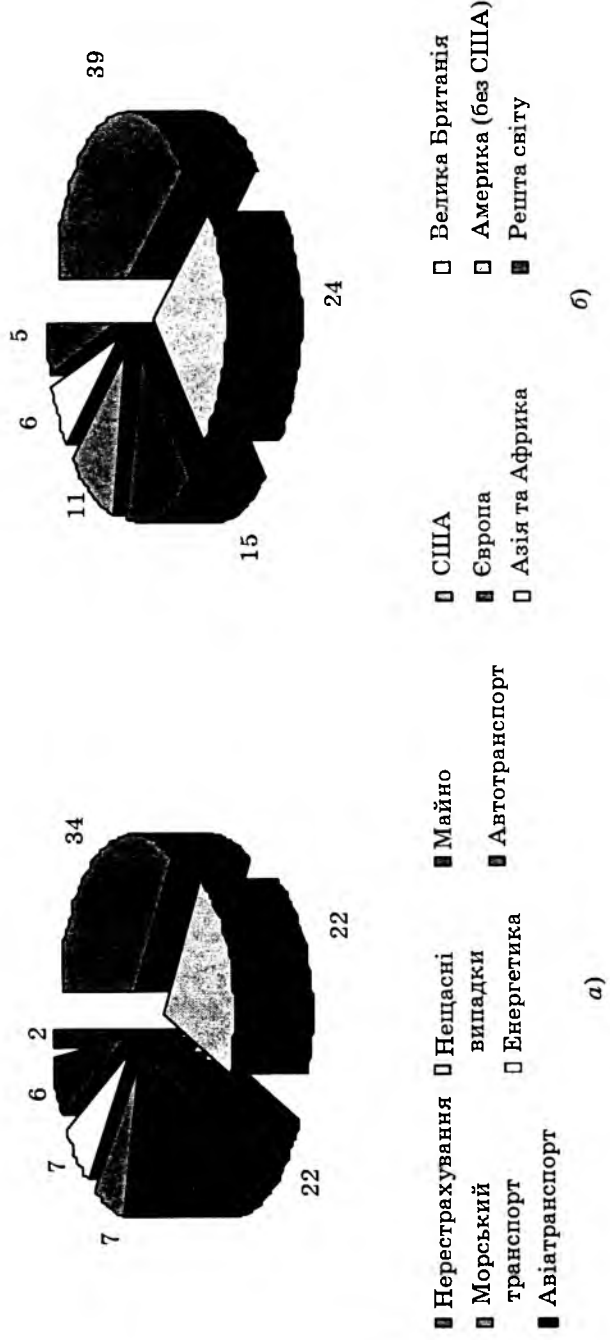


Рис. 30.4. Структура страхування ринку Ллойд, %: а) за видами страхування; б) географічна структура

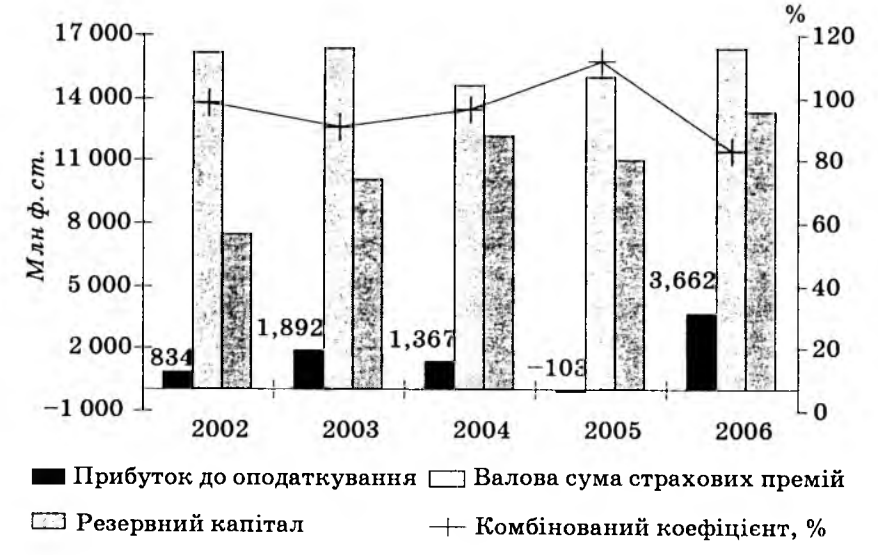


Рис. 30.5. Показники діяльності Ллойд, млн ф. ст.

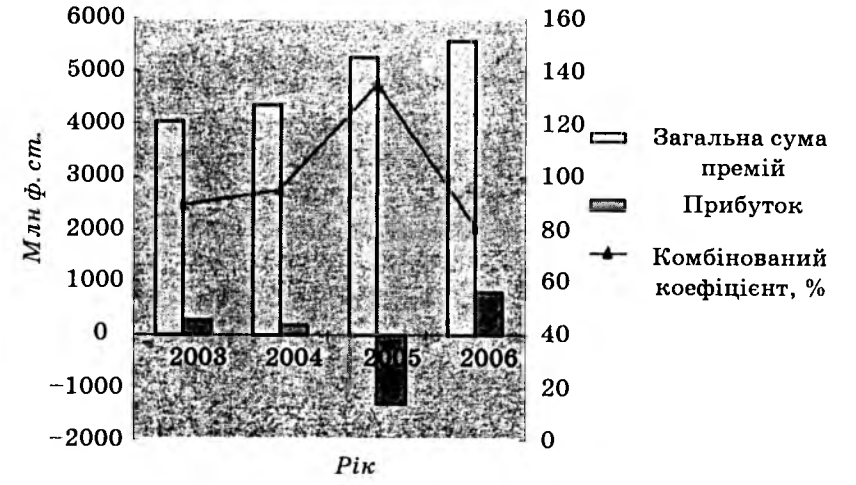


Рис. 30.6. Показники операцій з перестрахування, млн ф. ст.

Сектор перестраховання покриває широкий ряд класів і типів розміщення ризиків і використовує значну їх різноманітність включаючи факультативні або індивідуальні розміщення ризику, пропорційні й непропорційні договори.

Головні класи бізнесу в межах цього сектору становлять непропорційний ризик на власність, перестраховання надлишку ризику катастроф та факультативне перестраховання власності. Крім того, в обмеженому обсязі здійснюється ретроцесія, тобто передача частини ризику іншому страховику.

У 2006 р. перестраховання Ллойд принесло валову суму премій в обсязі 5557 млн фунтів стерлінгів.

Трагедія в США 11 вересня 2001 р. стала найпотужнішим ударом по світовому ринку страхування. Ніколи збиток, скоєний людськими руками, не був таким високим. Ніколи кумуляція збитків за різними видами страхування не призводила до таких сумних результатів для світового страхового ринку в цілому. Сукупний збиток, що оцінюється в 50 млрд дол. США, включає збитки зі страхування майна і перерв у виробництві, страхування від нещасних випадків, страхування життя, фінансової перестраховки, автострахування, страхування відповідальності роботодавця, авіаційного страхування — всього за 23 видами страхування. За оцінками фахівців “Morgan Stanley”, цей страховий випадок дуже негативно відбився на капіталізації світового страхового господарства, скоротивши її майже на 30 %.

Дотепер достовірно невідомо, якого збитку завдав найбільш гучний теракт сучасності 11 вересня 2001 р. в США. Під час терористичних атак на Нью-Йорк і Вашингтон загинули більше 3 тис. осіб, близько 6 тис. було поранено. Точна цифра збитку, завданого терактами 11 вересня, невідома і навряд чи буде коли-небудь підрахована. За оцінками Міжнародного валютного фонду, втрати від цих терактів (враховувалася втрата власності і збитки страхових компаній) становлять 21 млрд дол. США.

Експерти Національного центру політичного аналізу США (*The National Center for Policy Analysis*) дійшли інших висновків. Знищення і пошкодження будівель і споруд, втрата робочих місць завдали економіці США збитку в розмірі близько 100 млрд дол. США (вартість чотирьох літаків — 385 млн

дол. США, знищення будівель Всесвітнього торговельного центру і його відновна вартість — 3,5—4 млрд дол. США, ремонт частини будівлі Пентагону — 1 млрд дол. США, роботи з вивезення сміття — 1,3 млрд дол. США, пошкодження і знищення приватних, поліцейських і пожежних машин, особистого і корпоративного майна — 10—13 млрд дол. США, витрати на підвищення заходів безпеки в аеропортах — 41 млрд дол. США і т. ін.). Федеральна влада США виплатила членам сімей загиблих від 500 тис. до 3 млн дол. США. Проте і це тільки верхівка айсберга.

Міжнародній індустрії страхування і перестраховання 11 вересня 2001 р. було кинуте зухвалий виклик. Ллойд, головний страховик ризиків у США, зазнав одну з найбільших будь-коли втрат, але реакція ринку була швидкою і послідовною. Фахівці ринку Ллойд розробили обґрунтований і ефективний проект, щоб координувати свої дії щодо покриття збитків і гарантувати вчасну й організовану оплату обґрунтованих страхових позовів.

У грудні 2002 р. ринок оцінював свої загальні збитки від теракту 11 вересня 2001 р. у сумі 5,43 млрд ф. ст. (8,75 млрд дол. США), без урахування перестраховування між синдикатами. Фінансовий удар від збитків був дещо пом'якшений сприятливим обмінним курсом протягом 2002 р. і тим, що істотна частина збитків була сплачена американськими трастовими фондами або депонована до них.

Висновки

1. Страхова галузь Великої Британії є найбільшою в Європі й третьою у світі. Десята частина усіх нових страхових угод в Європейському союзі укладається британськими страховими компаніями.

2. Управління з фінансового регулювання та нагляду Великої Британії здійснює прискіпливий контроль за діяльністю страхових компаній, які не мають права займатися будь-яким іншим видом бізнесу, окрім страхування.

3. Ллойд — це один з найбільших ринків страхування у світі, який надає можливість андерайтерам зустрітись із брокерами, які діють від імені своїх клієнтів. Сектор перестраховання покриває широкий ряд класів і типів розміщення ризиків і використовує значну їх різноманітність включаючи факультативні або індивідуальні розміщення ризику, пропорційні і непропорційні договори.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Асоціація британських страховиків; управління з фінансового нагляду Великої Британії; податки страхових компаній Великої Британії; андерайтери; страховий ринок Ллойд; групи страховиків Ллойд; Рада Ллойд; Рада з франшиз; Комітет з кадрових питань та грошових компенсацій; Комітет з аудиту; Група з розширення ресурсів; Комітет з контролю ринків та перегляду рішень; Комітет з інвестування; ринок перестраховання.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Охарактеризуйте місце страхового ринку Великої Британії у світовому ринку страхових послуг.
2. Яка частка компаній, які займаються виключно загальними видами страхування, довгострокового страхування на ринку Великої Британії?
3. Які види податків сплачують британські страховики?
4. Які, на вашу думку, причини того, що ринок Ллойд тривалий час домінував на світовому страховому ринку?
5. Яка структура управління страхового ринку Ллойд?

Література

1. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. — 4-те вид., перероб. і доп. — К.: Знання, 2005. — 351 с.
2. UK Insurance 2006 by Snapdata International Group.
3. *Clarke M.* Policies and Perceptions of Insurance Law in the Twenty First Century (Clarendon Law Series). — Oxford University Press, USA, 2007. — 408 p.
4. *Kuo Ming-Cheng* (Ed.). Reform and Perspectives on Social Insurance: Lessons from the East and West: A Comparative Study of Social Insurance in China, EU, Germany, Great Britain // Employment and Social Policy. — Kluwer Law International, 2002. — 182 p.
5. *Lowry J., Rawlings P.* Insurance Law: Doctrines and Principles. — 2nd rev. ed. — Hart Publications, 2005. — 447 p.
6. *Abdelhamid Doha M.* International Regulatory Rivalry in Open Economies: The Impact of Deregulation on the US and UK Financial Markets. — Ashgate Publishing, 2003. — 478 p.
7. <http://www.lloyds.com>

Розділ 31

СТРАХУВАННЯ У НІМЕЧЧИНІ

31.1. Страховий ринок Німеччини.

31.2. Регулювання страхової діяльності у Німеччині.

31.3. Медичне страхування у Німеччині.

31.1. Страховий ринок Німеччини

Страховий ринок Німеччини характеризується динамічним розвитком. Особливо це стосується ринку індивідуального страхування (тобто страхування життя, нещасних випадків, майна тощо фізичних осіб та домогосподарств). Сектор індивідуального страхування займає більше 80 % німецького страхового ринку. Щільність страхування (відношення сумарних річних премій до кількості населення) на одного жителя Німеччини становить приблизно 2,3 тис. євро. Відповідно, за цим показником Німеччина займає 10-те місце серед країн ЄС.

Кількість страхових договорів за більшістю видів страхування зростає. Найбільша частка внесків (близько 46 %) припадає на страхування життя, на другому місці — страхування збитків та страхування від нещасних випадків, найменшу частку має страхування на випадок хвороби. Незважаючи на це, у Німеччині спостерігається порівняно низький серед 15 перших країн ЄС ступінь страхового проникнення (відношення сумарних річних премій до ВВП — 7 %, або 11-те місце в зоні євро — 15), зумовлений слабким розвитком сектору приватного пенсійного страхування.

Страхова справа у Німеччині поділена між системою державного соціального забезпечення і приватним сектором. Соціальне страхування є обов'язковим для всіх найманих працівників (страхування на випадок безробіття, тимчасової втрати працездатності тощо), якщо вони не застраховані у приватному секторі. Крім обов'язкового соціального страхування законодавство Німеччини встановлює такі **обов'язкові види страхування**:

- страхування роботодавців за шкоду найманим працівникам унаслідок шкідливих умов праці або виробничих травм;
- страхування цивільної відповідальності власників авто-транспортних засобів;
- страхування цивільної відповідальності авіаційних перевізників та диспетчерів руху повітряних суден;
- страхування відповідальності бухгалтерів;
- страхування відповідальності мисливців;
- страхування відповідальності операторів атомних енергетичних установок, споживачів атомної енергії та радіоактивних ізотопів;
- страхування відповідальності виробників фармацевтичної продукції тощо.

У 2005 р. у Німеччині нараховувалось 663 страхові компанії, з них 116 — це компанії, що спеціалізуються на страхуванні життя, 202 — це пенсійні каси та каси з виплат допомоги у випадку смерті застрахованої особи, 53 — компанії з медичного страхування, 241 — зі страхування збитків і нещасних випадків та 51 перестрахова компанія. Крім того, особливістю німецького ринку є наявність великої кількості місцевих регіональних страховиків (табл. 31.1).

На німецькому страховому ринку також присутні іноземні страхові компанії, переважно ті, що діють у межах єдиного європейського ринку послуг. У свою чергу німецькі страхові компанії активно працюють за кордоном. Страховий сектор у Німеччині представлений такими видами страхових компаній: акціонерні страхові товариства, товариства взаємного страхування, публічно-правові (державні) страхові компанії (табл. 31.2).

У секторі приватних страхових компаній спостерігається стійка тенденція до концентрації. Найбільші 35 страхових

Таблиця 31.1. Кількість страхових компаній за видами страхування у Німеччині¹

У кінці року	Кількість страхових компаній ²						Загальна кількість страхових компаній під федеральним і земельним наглядом
	Загальна кількість страхових компаній	Компанії зі страхування життя	Пенсійні каси і каси з виплати допомоги при смерті застрахованого	Медичні страхові компанії	Компанії зі страхування від збитків і нещасних випадків	Компанії з пере страхування	
1954 ³	864	95	340	100	295	34	8284
1960	939	102	352	101	350	34	9853
1970	810	107	316	67	289	31	7390
1980	809	108	273	51	344	33	3343
1990	785	122	229	57	346	31	2659
1994	719	130	212	58	282	37	2199
1995	718	132	207	59	281	39	2157
1996	719	135	203	60	280	41	2135
1997	715	131	203	59	281	41	2085
1998	719	132	202	60	275	50	2037
1999	725	138	201	59	280	47	1983
2000	706	134	197	56	271	48	1882
2001	690	133	190	56	265	46	1825

Закінчення табл. 31.1

У кінці року	Кількість страхових компаній						Загальна кількість страхових компаній під федеральним і земельним наглядом
	Загальна кількість страхових компаній	Компанії зі страхування життя	Пенсійні каси і каси з виплати допомоги при смерті застрахованого	Медичні страхові компанії	Компанії зі страхування від збитків і нещасних випадків	Компанії з пере страхування	
2002	703	132	207	55	261	48	1779
2003	677	119	205	55	251	49	1716
2004	662	118	200	54	242	48	1669
2005 ⁴	663	116	202	53	241	51	1638

¹ Страхові компанії під державним наглядом BAFIN з і без комерційної діяльності, без урахування регіональних малих страхових взаємних об'єднань під земельним наглядом.

² Без пенсійних фондів.

³ Станом на 31 березня 1954 р.

⁴ З них 22 без підприємницької діяльності.

Джерело: Федеральний орган з нагляду за ринком фінансових послуг (BAFIN).

Таблиця 31.2. Кількість страхових компаній у Німеччині за правовою формою¹

У кінці року	Акціонерні товариства	Товариства взаємного страхування ²	Публічно-правові страхові компанії	Інші типи страхових компаній ³
1954 ⁴	110	684	15	32
1960	125	645	16	46
1970	140	527	16	46
1980	196	406	12	102
1990	279	357	47	83
1994	310	325	34	16
1995	320	324	31	17
1996	326	317	31	16
1997	326	316	28	16
1998	327	313	27	17
1999	331	307	27	18
2000	324	299	27	16
2001	323	285	25	17
2002	330	280	22	19
2003	329	169	19	12
2004	341	272	19	12

¹ Страхові компанії під державним наглядом з підприємницькою діяльністю без урахування регіональних малих страхових взаємних товариств під земельним наглядом, до 1980 р. лише страхові компанії під федеральним наглядом.

² Малі взаємні страхові товариства включно, згідно з параграфом 53 Закону про нагляд за страхуванням.

³ Переважно німецькі філії іноземних страхових компаній, з 1994 р. без філій закордонних страхових компаній з ЄС.

⁴ Станом на 31 березня 1954 р.

Джерело: Федеральний орган з нагляду за ринком фінансових послуг (BAFIN).

компаній у сфері страхування життя займають близько 84 % ринку. Перші п'ять з них утримують близько 33 % ринку. Безперечним лідером на ринку страхування життя є акціонерне

товариство "Allianz Lebensversicherung-AG" з часткою ринку близько 15 %. Також до першої п'ятірки входять "Aachen-Munchener LV AG", "Hamburg-Mannheimer V AG", "R+V LV AG", "Deutscher Herold LV AG". Страхування життя в Німеччині поділяється на накопичувальне страхування життя (*KLV*), пенсійне страхування (*RV*), страхування на випадок смерті та колективне страхування.

До п'ятірки найбільших страховиків на випадок хвороби, чия сумарна частка становить понад 50 %, належать: "Debeka Krankenversicherungs-verein a.G.", "DKV AG", "Allianz PKV AG", "Signal KV a.G.", "Central KV AG".

Перша п'ятірка страховиків збитків та від нещасних випадків складається з "Allianz AG", "AXA Versicherungs AG", "R+V Allgemeine Versicherungs AG", "Zurich Versicherung", "Victoria Versicherung" і утримує близько 21 % німецького ринку.

Федеративний устрій Німеччини є важливим фактором у розвитку каналів розподілу страхових послуг. Регіональні страховики підтримують свою присутність у всіх федеральних землях. Продаж страхових полісів здійснюється через мережу страхових агентів, страхових брокерів, напряду у відділеннях страхових компаній.

Кожна страхова компанія, як правило, має страхових агентів, закріплених на певній території. Страхові агенти здебільшого сконцентровані в сегменті фізичних осіб. Важливим джерелом залучення клієнтів є незалежні страхові брокери, що обслуговують декілька страхових компаній. Брокери більш активні в сегменті юридичних осіб. Слід зазначити, що сьогодні низка великих німецьких страхових компаній намагається здійснювати свою діяльність без залучення дорогих посередників, наприклад, розсилаючи пропозиції та страхові поліси поштою та через мережу Інтернет.

31.2. Регулювання страхової діяльності у Німеччині

Страхова діяльність у Німеччині піддається досить жорсткому державному регулюванню. Всі компанії, що діють на Німецькому страховому ринку, підлягають нагляду з боку *Федерального органу з нагляду за ринком фінансових послуг* (BAFIN). BAFIN утворено 1 травня 2002 р. шляхом злиття трьох організацій — Федеральної служби нагляду за ринком кредитів (BAK), Федеральної служби нагляду за ринком страхування (BAV) і Федеральної служби нагляду за ринком цінних паперів (BAW), які стали основою трьох головних підрозділів.

BAFIN здійснює нагляд за діяльністю кредитних інститутів, страхових компаній, а також компаній, що займаються торгівлею цінними паперами, і компаній, що надають фінансові послуги. Діяльність BAFIN контролюється Міністерством фінансів Німеччини. Відділення BAFIN знаходяться в Бонні та Франкфурті-на-Майні й налічують близько 1600 співробітників. BAFIN фінансується цілком із відрахувань з компаній, за якими наглядає.

Під наглядом BAFIN перебуває близько 2100 кредитних інститутів, близько 700 компаній, що надають фінансові послуги, 630 страхових компаній, 25 пенсійних фондів і 80 інвестиційних компаній, 6000 інвестиційних фондів.

Головна мета BAFIN — забезпечення дієздатності, цілісності та стабільності фінансової системи Німеччини.

BAFIN виконує *дві основні функції* — контроль платоспроможності банків, страхових компаній та інших фінансових інститутів і сприяння встановленню довіри вкладників, клієнтів банків і страхових компаній та інших споживачів фінансових послуг до фінансових ринків (рис. 31.1)

Нагляд за ринком страхування полягає у здійсненні контролю за реальним виконанням зобов'язань за страховими полісами та дотриманням інтересів застрахованих. Діяльність BAFIN ґрунтується на законі “Про нагляд за страховою діяль-

ністю” і директивах ЄС. BAFIN здійснює нагляд за компаніями й організаціями, що працюють на федеральному рівні, а також за великими локальними компаніями (рис. 31.2). За локальними публічно-правовими страховиками і за дрібними компаніями наглядають земельні уряди.

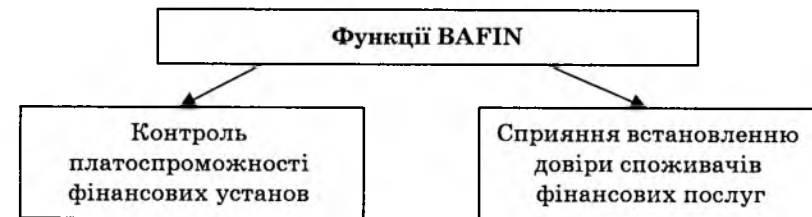


Рис. 31.1. Функції Федерального органу з нагляду за ринком фінансових послуг Німеччини (BAFIN)



Рис. 31.2. Об'єкти страхового нагляду у Німеччині

Нагляд за системами соціального страхування — державними медичними касами, державними пенсійними касами, страхуванням від безробіття в службі зайнятості, страхуванням “догляду” у державних медичних касах, державним страхуванням від нещасних випадків здійснюється іншими органами.

Можна виділити дві фази нагляду: одержання дозволу на страхову діяльність і контроль поточної діяльності. Усі стра-

хові компанії, що займаються прямим страхуванням (крім перестраховиків), повинні отримати ліцензію на здійснення страхової діяльності від BAFIN. Для отримання ліцензії необхідно погодити кандидатури вищої ланки управління страхової компанії, надати документ, що підтверджує розмір сплаченого статутного капіталу, бізнес-план, довідки про членів Ради директорів, правила та тарифи за видами страхування, передбачувану програму перестрахового захисту, очікувані витрати на ведення справи, довідку про розмір резервних фондів тощо.

Для одержання дозволу на страхову діяльність у Німеччині організації необхідно:

- мати відповідну правову форму:
 - акціонерного товариства;
 - товариства взаємної відповідальності;
 - публічно-правової організації;
- мати намір займатися виключно страховою і тісно пов'язаною з нею діяльністю. При цьому є вимога щодо розподілу видів страхування, наприклад, компанія, що здійснює страхування життя, не має права займатися медичним страхуванням;
 - мати бізнес-план з описом ризиків, які передбачається страхувати;
 - мати чітку політику перестраховування;
 - мати достатній власний капітал. Вимоги до мінімального капіталу залежать від набору видів передбачуваної страхової діяльності. Абсолютний мінімум гарантійного фонду для кожного з видів страхування становить 2 млн євро, для видів страхування з підвищеним ризиком, таких як страхування цивільної відповідальності, абсолютний мінімум дорівнює 3 млн євро. Також необхідно довести наявність засобів для відкриття бізнесу й організації збуту;
 - мати як мінімум двох директорів з необхідною для ведення цього бізнесу кваліфікацією;
 - щоб частка одного зі співвласників становила не менше 10 %. До таких співвласників ставляться особливі вимоги.

Одна з найважливіших функцій BAFIN — це моніторинг рівня платоспроможності страхових компаній. Крім того, цей орган затверджує керівний склад вищої ланки страхової компанії і кандидатури внутрішніх аудиторів, надає допомогу ак-

ціонерам у випадках порушення процедурних питань статутної діяльності страхової компанії. BAFIN видає розпорядження та інструкції щодо ведення бухгалтерського обліку, методів оцінки результатів інвестиційної діяльності, підрахунків технічних резервів тощо.

Основна мета BAFIN полягає у захисті інтересів страховальників. Це дуже важливо, оскільки у Німеччині немає окремого централізованого гарантійного фонду відшкодування збитків страховальників у випадку банкрутства страховика. Єдиним винятком із цього правила є гарантійний фонд страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів, який відшкодовує збитки постраждалим у результаті дорожньо-транспортної пригоди, якщо автовласник не мав поліса обов'язкового страхування цивільної відповідальності.

Вимоги BAFIN до страхових компаній:

- діяльність страхових компаній повинна здійснюватися з дотриманням закону “Про страховий контракт” і Цивільного кодексу;
 - дотримання інтересів клієнтів страхових компаній (наприклад, у випадку накопичувального страхування життя компанія повинна в адекватному обсязі ділитися доходами, отриманими від інвестування сплачених внесків);
 - адекватність величини внесків та достатність резервів;
 - помірність інвестиційного ризику;
 - відповідність рівня платоспроможності страхової компанії вимогам, установленим законом “Про нагляд за страхуванням”;
 - достатність перестраховування;
 - ведення бізнесу (бухгалтерія, звітність і т. ін.) згідно з прийнятими нормами.

Основним джерелом інформації для BAFIN є обов'язкова звітність страхових компаній. Також BAFIN здійснює регулярний контроль у головних офісах і представництвах компаній. Під час перевірки страхова компанія зобов'язана пред'являти всі необхідні документи і звітувати з усіх питань, що виникають. Страхові компанії, засновані в окремих федеральних землях, підлягають нагляду з боку уповноважених земельною владою органів.

Страхові компанії Німеччини повинні щорічно здійснювати зовнішній аудит. Кандидатура зовнішнього аудитора узго-

джується з Радою директорів страхової компанії та BAFIN. Результати зовнішнього аудиту оформлюються як аудиторський висновок. Особлива увага в ньому приділяється оцінці фінансової стійкості страхової компанії, рівню її платоспроможності, розміру та розміщенню страхових резервів. Річний звіт страхової компанії разом з аудиторським висновком надається акціонерам і публікується в ЗМІ.

31.3. Медичне страхування у Німеччині

Системи охорони здоров'я країн Західної Європи традиційно поділяють на дві групи: створені за “бевериджською” та “бісмарківською” моделями¹. Першу систему, так звану бюджетну, запропонував В. Беверидж (W. Beveridge) у 1942 р. у Великій Британії. Ця система полягає в тому, що медичне обслуговування доступне для всіх громадян і фінансується за рахунок цільового оподаткування. Медичний персонал отримує заробітну плату залежно від кількості пацієнтів, яких він обслуговує. Така система домінує в багатьох розвинутих країнах і запроваджена в Данії, Ірландії, Швеції, Фінляндії та інших країнах. До її переваг можна віднести загальну доступність медичного обслуговування, контроль з боку держави за витратами, справедливість розподілу засобів.

За основу другої системи було прийнято німецьке соціальне законодавство О. Бісмарка. За нею медицина фінансується за рахунок обов'язкових внесків підприємств у спеціальні фонди, які створюються за професійною або територіальною ознакою. Страхувальниками працюючого населення в системі обов'язкового медичного страхування є підприємства, установи та організації. Управління цими фондами здійснюють представники застрахованих.

Громадяни, які не підлягають такому медичному страхуванню, або охоплені різноманітними державними соціальними програмами, або застраховані в приватних страхових компа-

¹ Решетников А.В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. — М.: Финансы и статистика, 1998. — С. 59.

ніях. Така система набула найбільшого поширення у Німеччині, Швейцарії та Франції.

Сьогодні в Німеччині медичне страхування здійснюється через суспільні лікарняні каси, побудовані здебільшого за територіальним принципом і частково за професійним або галузевим.

Витрати на охорону здоров'я у Німеччині постійно зростають і становлять близько 10,6 % ВВП, або 2840 євро на одну особу¹.

У суспільних лікарняних касах застраховано близько 90 % населення країни. Страхові внески діляться між роботодавцем та працівником приблизно порівну і становлять 12—14 % заробітної плати працівника до оподаткування. При розрахунку внесків до уваги беруться лише перші 63 тис. євро річного доходу працівника, а для східних земель — 52,8 тис. євро. Непрацюючі члени родини, як правило, є автоматично застрахованими за такою страховкою безкоштовно. Набір послуг, що відшкодовуються медичною касою, включає визначений перелік необхідних медичних послуг і не залежить від величини внесків окремої особи.

Менше 10 % населення Німеччини мають приватні медичні страховки і відповідні внески в державні лікарняні каси не здійснюють. Страхуватися приватно мають право особи, річний дохід яких становить більше 47 250 євро. Ця межа переглядається урядом щороку. Внески в цьому випадку залежать від обраного набору послуг, віку, стану здоров'я, сфери діяльності і т. ін. застрахованої особи. За приватною медичною страховкою можна отримати більш якісний та повний перелік медичних послуг, але відшкодування страховою компанією здійснюється лише після їх фактичного надання й оплати страхувальником. Приватна страховка не завжди дорожча за державну, оскільки можна обрати мінімально необхідний набір послуг. Близько 0,3 % населення країни не має медичної страховки.

Переваги німецької системи медичного страхування:

- гарантований державою високий рівень медичного обслуговування громадян незалежно від їх фінансових можливостей;

¹ http://www.destatis.de/themen/d/thm_gesundheit.php

- максимальне охоплення обов'язковим медичним страхуванням населення;
- високі витрати на фінансування галузі охорони здоров'я у країні в цілому;
- пропаганда профілактичних оглядів і превентивного лікування з боку суспільних лікарняних кас;
- значне державне фінансування наукових досліджень у сфері медицини, медичних навчальних закладів та клінік при них.

Німецька система медичного страхування має цілу низку переваг, проте треба назвати і її недоліки, на які слід звернути увагу, розробляючи модель медичного страхування для України.

По-перше, постійне збільшення розмірів відрахувань на медичне страхування, які нині становлять приблизно 13,4 % заробітної плати до оподаткування¹. Сьогодні прогнозується подальше зростання цього показника. Насамперед це пов'язано з погіршенням демографічної ситуації в країні.

По-друге, суттєве збільшення організаційних витрат в системі охорони здоров'я. У лікарняних касах вони становлять приблизно 5 % від суми внесків. У розрахунку на одну застраховану особу в 1992 р. вони становили 106 євро, а у 2005 р. — 159 євро, що свідчить про неефективну організацію роботи суспільних лікарняних кас. Крім того, додаткові витрати створює мережа посередників, які збирають та акумулюють рахунки за медичні послуги і передають у лікарняні каси.

Система надання переважної більшості медичних послуг через приватні практики (лікарські кабінети) теж має низку недоліків:

- конкуруючи за пацієнта, практики не обмінюються необхідною інформацією стосовно стану його здоров'я, що суттєво впливає на ефективність лікування;
- кожен практик повинен мати повний набір дорогого медичного обладнання на противагу, наприклад, українським поліклінікам, де її лікарі використовують спільно;

¹ http://www.bmg.bund.de/cln_041/nm_601100/SharedDocs/Download/DE/Datenbanken-Statistiken/Statistiken-Gesundheit/Gesetzliche-rankenversicherung/Finanzergebnisse/Beitragssaetze2-pdf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Beitragssaetze2-pdf.pdf.

— лікарі різних напрямів працюють у різних праксисах, що створює певні незручності й додаткові затрати часу для пацієнтів.

По-третє, обмежений контроль з боку суспільних лікарняних кас за обсягами та якістю наданих медичних послуг. Рахунки за медичні послуги збирають та акумулюють посередницькі організації, а потім передають їх у лікарняні каси. За таких умов лікарняні каси безпосередньо не спілкуються з пацієнтами і відповідно не контролюють обсяг і якість наданих послуг. З іншого боку, в цій анонімності полягає і перевага такої системи охорони здоров'я. Лікарняна каса не може обмежувати необхідний обсяг медичних послуг для застрахованих осіб заради економії коштів. Крім того, на сьогодні в Німеччині, немає єдиного носія, в якому накопичується вся інформація про стан здоров'я людини.

По-четверте, лікарняні каси не накопичують страхові внески і не мають можливості займатися інвестиційною діяльністю та отримувати прибутки від розміщення зібраних коштів.

По-п'яте, перелік гарантованих медичних послуг за обов'язковим медичним страхуванням постійно зменшується. Сьогодні це вже стосується низки стоматологічних послуг, купівлі окулярів і контактних лінз тощо. Також є проблема черг до певних лікарів, а деякі операції потрібно очікувати майже півроку.

Системи охорони здоров'я країн Західної Європи існують уже понад 100 років і головною їх перевагою на сьогодні є значний обсяг фінансування. Але водночас вони мають і цілу низку недоліків, основним з яких є відсутність накопичувальної складової в системі обов'язкового медичного страхування, що має загрозливі наслідки за теперішньої демографічної ситуації.

Висновки

1. Страхова справа у Німеччині розділена між системою державного соціального забезпечення і приватним сектором. Соціальне страхування є обов'язковим для всіх найманих пра-

цівників, якщо вони не застраховані у приватному секторі. Приватний страховий сектор у Німеччині представлений такими видами страхових компаній: акціонерні страхові товариства, товариства взаємного страхування, публічно-правові (державні) страхові компанії.

2. Найбільшого розвитку у Німеччині набуло індивідуальне (особисте) страхування, яке займає більше 80 % страхового ринку. Незважаючи на це, порівняно з іншими промислово розвиненими країнами Європи щільність страхування на одного жителя та ступінь страхового проникнення в країні досить низькі.

3. Федеративний устрій Німеччини є важливим фактором у розвитку каналів розподілу страхових послуг. Регіональні страховики підтримують свою присутність у всіх федеральних землях. Продаж страхових полісів здійснюється через мережу страхових агентів, страхових брокерів, напряду у відділеннях страхових компаній.

4. Страхова діяльність у Німеччині піддається досить жорсткому державному регулюванню. Всі компанії, що діють на німецькому страховому ринку підлягають нагляду з боку Федерального органу з нагляду за ринком фінансових послуг (BAFIN).

5. Система медичного страхування Німеччини тривалий час вважалася однією з найкращих в ЄС. Її перевагами є: гарантований державою високий рівень медичного обслуговування громадян; максимальне охоплення обов'язковим медичним страхуванням населення; високі витрати на фінансування галузі охорони здоров'я; масштабна пропаганда профілактичних оглядів і лікування; значне державне фінансування наукових досліджень у сфері медицини. Але сьогодні зміна економічних та демографічних факторів виявила цілу низку її суттєвих недоліків, на які слід звернути увагу, розробляючи модель медичного страхування для України. Серед головних — постійне збільшення розмірів відрахувань на медичне страхування та зменшення переліку гарантованих медичних послуг.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Публічно-правові страхові компанії; Федеральний орган із нагляду за ринком страхових послуг (BAFIN); суспільна лікарняна каса; система охорони здоров'я, "бевериджська" модель; медичний праксис.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Дати загальну характеристику страхового ринку Німеччини.
2. Охарактеризувати канали збуту страхових послуг у Німеччині.
3. Визначити види страхування, які набули у Німеччині найбільшого поширення.
4. Навести приклади обов'язкових видів страхування у Німеччині.
5. Охарактеризувати функції Федерального органу з нагляду за ринком фінансових послуг (BAFIN).
6. Розкрити об'єкти страхового нагляду у Німеччині.
7. Визначити види страхових компаній за правовою формою у Німеччині.
8. Перерахувати необхідні умови для отримання дозволу на страхову діяльність у Німеччині.
9. Проаналізувати вимоги BAFIN до страхових компаній.
10. Обґрунтувати переваги системи медичного страхування Німеччини.
11. Законодавство Німеччини встановлює такі обов'язкові види страхування:
 - а) страхування цивільної відповідальності власників авто-транспортних засобів;
 - б) страхування майна фізичних осіб;

- в) страхування відповідальності бухгалтерів;
 - г) страхування відповідальності операторів атомних енергетичних установок;
 - д) страхування судових витрат;
 - е) страхування виробників фармацевтичної продукції.
12. Федеральний орган з нагляду за ринком фінансових послуг (BAFIN) є органом нагляду за страховою діяльністю у:
- а) ЄС;
 - б) Франції;
 - в) Німеччині;
 - г) Великій Британії.
13. Чи обов'язково отримувати ліцензію на здійснення страхової діяльності у Німеччині:
- а) так;
 - б) ні?
14. Головна мета Федерального органу з нагляду за ринком страхових послуг (BAFIN) полягає у забезпеченні інтересів:
- а) страховиків;
 - б) страхувальників;
 - в) інвесторів;
 - г) акціонерів.
15. Чи має право у Німеччині одна страхова компанія здійснювати страхування життя і медичне страхування:
- а) так;
 - б) ні?
16. Страхові брокери на німецькому ринку більш активні в сегменті:
- а) фізичних осіб;
 - б) юридичних осіб.

Література

1. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. — 4-те вид., перероб. і доп. — К.: Знання, 2005. — 351 с.
2. *Машина Н.І.* Міжнародне страхування: Навч. посіб. — К.: Центр навч. л-ри, 2006. — 504 с.

3. *Решетников А.В.* Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. — М.: Финансы и статистика, 1998. — 336 с.
4. Страхування: Підручник / За ред. С.С. Осадця. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — 599 с.
5. *Шахов В.В.* Страхование: Учеб. для вузов. — М.: ЮНИТИ, 2003. — 311 с.
6. *Rosenbrock R., Gerlinger T.* Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. — Bern: Hans Huber, 2004. — 320 s.
7. *Simon M.* Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. — Bern: Verlag Hans Huber: Göttingen u.a., 2005. — 301 s.

Розділ 32

СТРАХУВАННЯ У ФРАНЦІЇ

32.1. Класифікація страхової діяльності у Франції.

32.2. Форми та організаційні структури французьких страхових компаній.

32.3. Оцінка результатів діяльності французьких страхових компаній.

32.1. Класифікація страхової діяльності у Франції

Нині страхування у розвинених країнах стало суттєвим важелем розвитку економіки та забезпечення її стабільності. Але сьогодні, зважаючи на виклики глобалізації та подальшу інтеграцію Європи, єдиний страховий ринок ЄС розвивається досить повільно. Причинами цього є культурні розбіжності, відмінності у податкових та пенсійних системах, системах соціального забезпечення, медичній та юридичній практиці.

На ринку ЄС сьогодні домінують сім країн — Франція, Німеччина, Велика Британія, Італія, Іспанія, Нідерланди і Бельгія. Французький страховий ринок має деякі відмінності, що відрізняють його від діючих англосаксонських страхових ринків. Він приваблює увагу високим рівнем страхової культури, організаційно-правовими формами страхових організацій, історично сформованою системою галузей, способами поширення страхових послуг та методами державного регулювання.

Загалом у Франції страховою діяльністю зайняті три види структур: страхові компанії, генеральні агенти та брокери. Генеральні агенти та брокери здійснюють на місцях формально самостійну діяльність, що дає можливість головним страховим компаніям економити на утриманні філій у регіонах. Страхо-

вим бізнесом також активно займаються банки та поштові відділення. Гостра конкурентна боротьба привела до того, що страхування стало одним із найвигідніших розміщень власних фінансових коштів громадян та організацій. У свою чергу, страхування забезпечує працевлаштування приблизно 1 % французького працездатного населення.

Довгий час французький страховий ринок складався з таких секторів:

- національні товариства, утворені після націоналізації 1947 р. та об'єднані після 1968 р. у чотири страхові групи: Союз страховиків Парижа (UAP), Генеральне страхування у Франції (AGF), Група національних страхових товариств (GAN), Загальне взаємне страхування у Франції (GMF);
- приватні акціонерні страхові товариства, що уникли націоналізації у 1947 р.;
- товариства взаємного страхування, що пропонують свої послуги напряму або через посередників.

Пізніше до цих трьох секторів додалась “Mutuelles Agricoles”, яка об'єднувала страхові товариства у сільськогосподарському страхуванні, та “Caisse Nationale de Prévoyance” (CNP) — державна структура у сфері страхування промислових ризиків.

У 80-ті роки ХХ ст. деякі національні товариства (GMF, UAP, AGF) було приватизовано. Почало стрімко розвиватися банківське страхування, спочатку у сфері страхування життя, а потім і в інших. Сьогодні дві третини страхових полісів зі страхування життя продаються банками. У Франції банки від свого імені надають повний спектр страхових послуг.

Наступним етапом стало виникнення (починаючи з невеликих товариств взаємного страхування у провінції) товариств взаємного страхування, наприклад, таких як “L'ancienne Mutuelle de Rouen” та “Groupe AXA”, які активно розвиваються за рахунок купівлі страхових компаній як у Франції, так і за кордоном.

У Франції є декілька підходів до класифікації страхової діяльності. Перша класифікація — *законодавча*. Згідно зі ст. R321-1 “Code des Assurances” страхування у Франції поділяється на галузі, підгалузі та види. Є 26 галузей, 8 з яких поділені на підгалузі, всього 56 типів страхової діяльності. На

сьогодні ця класифікація є недосконалою і містить застарілі види страхування.

Друга класифікація — *юридична та бухгалтерська* (рис. 32.1). За нею види страхування поділяються на страхування життя і, відповідно компанії, які надають послуги зі страхування життя, страхування здоров'я і, відповідно, компанії, що надають послуги зі страхування здоров'я, а також є комбіновані компанії, що надають послуги зі страхування життя та здоров'я, і страхування, відмінне від страхування життя, і, відповідно компанії, які надають такі послуги. Страхування, відмінне від страхування життя, часто називають Incendie — Accident — Risques Divers et Transport (IARDT), тобто “Пожежа — Нещасний випадок — Різні ризики і Транспорт”, або страхування майна і відповідальності.

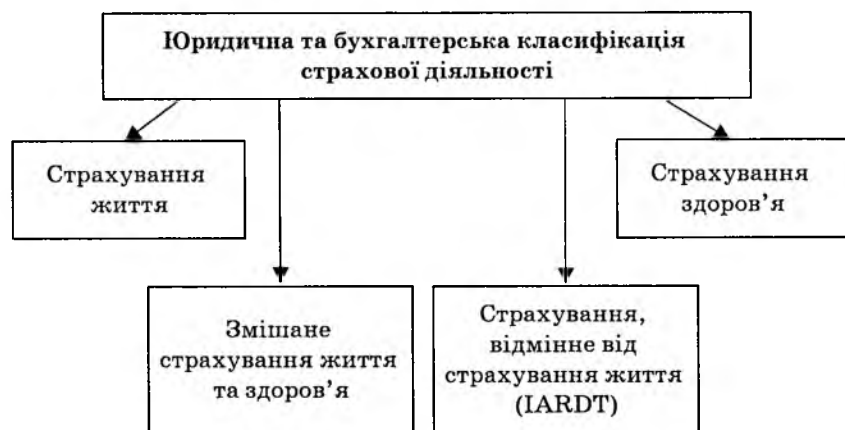


Рис. 32.1. Юридична та бухгалтерська класифікація страхової діяльності у Франції

За *економічною класифікацією* страхування поділяють на особове страхування та страхування майна і відповідальності (рис. 32.2).

До *особового страхування* відносять: пенсійне страхування, страхування здоров'я, взаємне страхування. За такими видами страхування людина компенсує збитки від певних подій у її житті (непрацездатність, хвороба, нещасний випадок).

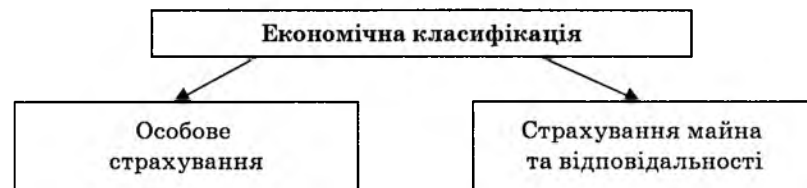


Рис. 32.2. Економічна класифікація страхування у Франції

Страхування майна і відповідальності включає Incendie — Accident — Risques Divers et Transport (IARDT) за винятком непрацездатності.

У французькому страхуванні є також *актуарна класифікація*. За нею види страхування поділяють на такі, де ризик розподіляється, і такі, де кошти накопичуються. У першому випадку страхові премії повинні бути достатніми для забезпечення страхових виплат протягом фінансового року з урахуванням можливого відхилення фактичної кількості страхових випадків від прогнозованої. У другому випадку страхові премії накопичуються та виплачуються у разі настання визначених подій (смерть, вихід на пенсію тощо). Отже, страхування життя, як правило, є накопичувальним, а страхування, відмінне від страхування життя, — розподільчим. Але чіткого поділу нема. Наприклад, страхування будівництва та цивільної відповідальності є “напівнакопичувальним”, а страхування здоров'я, непрацездатності та інвалідності належить до розподільчого.

Спеціалісти зі збуту використовують *комерційну класифікацію*. Вони сегментують ринок таким чином:

- ринок приватних осіб, або домогосподарств;
- ринок підприємств, який має більш різноманітні та менш уніфіковані потреби.

Така класифікація дає змогу враховувати відмінність у потребах цих ринків та розробляти окремі стратегії роботи на них.

Сьогодні більшість європейських страхових ринків і французький ринок зокрема прямують до точки насиченості. Особливо це стосується страхування, відмінного від страхування життя. Жорстка конкуренція, зумовлена впровадженням Директив ЄС щодо створення та функціонування вільного ринку послуг, спричинила масштабні процеси злиття і поглинання,

що відбувалися та відбуваються на французькому страховому ринку. “Зростання виручки від продажу або збільшення частки ринку?”, “Зовнішнє або внутрішнє зростання?” — такі питання сьогодні на порядку денному французьких страховиків. Великі страхові компанії сьогодні мають низку суттєвих переваг (рис. 32.3).

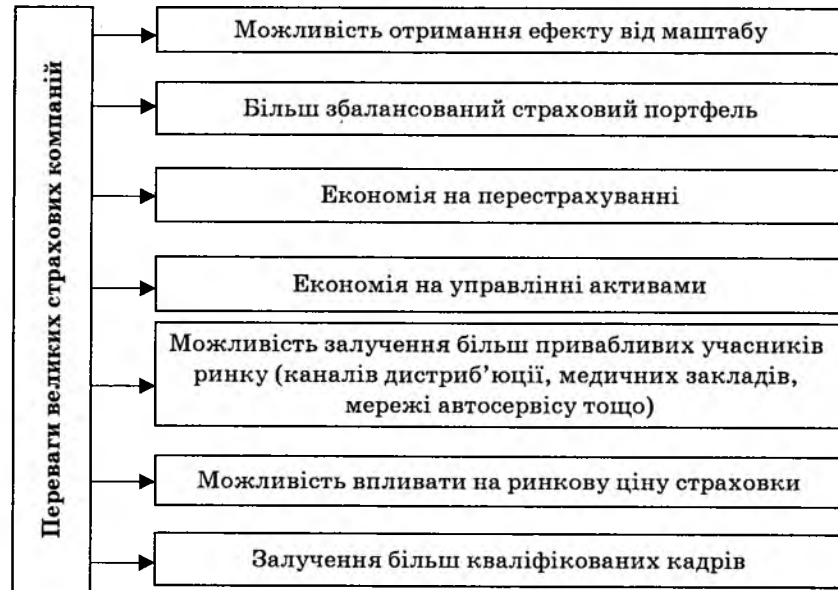


Рис. 32.3. Переваги великих страхових компаній

Ринок ризикового страхування у Франції є в цілому глобально насиченим і починаючи з 1999 р. має нестійку рентабельність. На це вплинули численні нові зовнішні учасники ринку, повільна адаптація старих збутових мереж та процесів управління, не кажучи вже про досить посередні результати у страхуванні великих ризиків протягом попереднього десятиліття. Збільшення частки ринку за рахунок внутрішнього зростання завжди є причиною сумнівів страховиків. Залучення нових клієнтів коштує недешево, вони можуть бути низькорентабельні, їх треба заохочувати, знижуючи розмір внесків, що може бути небезпечним для фінансової стабільності ком-

панії. Дилема “фінансова стабільність — зростання частки ринку” є на порядку денному страхових компаній, оскільки надмірна турбота про надійність портфеля ризиків гальмує розвиток компанії і погіршує її конкурентні позиції.

Подібні ризики набагато менші у сфері страхування життя. У Франції швидке зростання ринку страхування життя дає змогу компенсувати реактивність ринку ризикового страхування. Багато страховиків зрозуміли різницю між зростанням обсягу виручки від існуючих клієнтів та залученням нових клієнтів і відзначили важливість зниження обороту клієнтів. Стратегія, орієнтована на збільшення виручки, для більшості страхових компаній виявилася кращою, ніж стратегія, орієнтована на збільшення частки ринку. За збільшення частки ринку сперечаються лише великі страхові компанії.

Вихід французьких страхових компаній на зовнішні ринки був дуже активним у 1980—1990 рр. З метою обслуговування великих закордонних ризиків і активації єдиного європейського страхового ринку французькі страхові компанії активно купували закордонні страхові компанії. Але сьогодні багато французьких страховиків позбавляються своїх закордонних філій, які стали збитковими внаслідок незнання зовнішніх ринків. Взаємопроникнення європейських ринків ще досить незначне і страхова діяльність залишається національною за сутністю.

Ідея обслуговувати інтернаціональних клієнтів є цікавою, але складною, оскільки немає єдиних загальноєвропейських реєстрів, служб урегулювання страхових випадків тощо. Глобальні управлінські стратегії дають можливість розподіляти фінансові і страхові ризики, але залишаються дуже дорогими. Нові ринки Східної Європи, Китаю, Південно-Східної Азії є дуже привабливими, але частка французьких страхових компаній на них дотепер досить скромна.

Незважаючи на все це, французький страховий ринок є одним із найбільших у ЄС. Якщо проаналізувати співвідношення особового страхування та страхування майна і відповідальності, можна стверджувати, що особове страхування займає 3/4 французького страхового ринку. В останнє десятиріччя спостерігалось суттєве зростання ринку особового страхування, зокрема у сфері індивідуальних угод на дожиття. Спостері-

гається домінування пенсійного страхування над будь-якими іншими видами страхування життя (страхуванням від нещасного випадку та на випадок смерті). Провідним напрямом у страхуванні майна та відповідальності є страхування автомобільного транспорту, на нього припадає близько 40 % страхових премій. На ринку страхування майна та відповідальності переважає ринок домогосподарств, у сфері страхування життя — ринок фізичних осіб.

32.2. Форми та організаційні структури французьких страхових компаній

У Франції є велике різноманіття організаційних форм страхових компаній. Їхня діяльність регулюється правилами Страхового кодексу (*Code des Assurances*). За останні 20 років відбулася суттєва еволюція форм, розмірів і стратегій французьких страхових компаній. Страхова група AXA стала одним із лідерів світового страхового ринку, більшість страхових компаній були приватизовані, 20 перших страхових компаній збирають 90 % страхових премій з ризикового страхування і 20 перших компаній збирають 80 % страхових премій з накопичувального страхування, національні страхові компанії здійснюють 30 % операцій поза межами Франції.

Кількість страхових компаній, зареєстрованих у Франції, за останні 10 років не зазнала суттєвих змін (табл. 32.1). При цьому за останні 20 років відбулася серйозна реструктуризація страхового ринку — на ринок страхування життя прийшли дочірні компанії провідних банків, відбулися приватизація та викуп великих національних компаній. Ця реструктуризація стосувалася в основному великих та середніх за розмірами страхових компаній: “AZUR/GMF/MAAF/Mutuelles du Mans”, “AXA/UAP”, “AGF/Allianz/Athena”, “Groupama/GAN”.

На ринку залишилась велика кількість дрібних страхових компаній, хоча на ринку ризикового страхування їх кількість зменшилася з 441 підприємства у 1987 р. до 349 у 2005 р. У секторі страхування життя діяльність більш сконцентрована

Таблиця 32.1. Правові форми страхових компаній у Франції

Правова форма	1987 р.	2000 р.	2004 р.
Національні товариства	7	3	3
Акціонерні товариства	195	247	237
Взаємні страхові компанії	182	159	116
Філії іноземних страхових компаній	164	118	119
Разом страхові товариства, зареєстровані у Франції	548	527	475
Страхові товариства, допущені здійснювати операції у Франції в межах європейського вільного ринку послуг	0	631	749

Джерело: Rapport annuel FFSA 2005.

— діють 92 страхові компанії, до яких слід додати 45 змішаних компаній.

Щодо іноземних страхових компаній, які працюють на французькому ринку в межах вільного ринку послуг ЄС із 1992 р., то їх кількість досягла 749. Загалом можна сказати, що операції в межах вільного ринку послуг становлять 2 % французького страхового ринку.

У Франції розрізняють такі типи страхових підприємств.

1. **Національні каси взаємодопомоги (CNP)** — це дуже специфічні державні товариства, тому що вони є філіями Опщадних кас, які розподіляють свої поліси страхування життя і взаємодопомоги через поштову мережу та мережу Опщадних кас. Сьогодні мережі-партнери намагаються розвивати власну діяльність зі страхування життя. Крім того, згідно із законом 1990 р. пошта отримала право займатися продажем полісів страхування від нещасних випадків. Також серйозну конкуренцію Національним касам взаємодопомоги складають великі депозитні банки.

2. **Страхові товариства взаємодопомоги** — дуже неоднорідна форма страхових компаній. Є самостійні товариства взаємодопомоги (наприклад, “La Mutuell du Poitou”), декілька товариств взаємодопомоги в межах страхової групи AXA та

філії деяких іноземних страхових компаній у Франції, відкриті саме у такій формі (наприклад, “Swiss Life”). У товариствах взаємодопомоги збут страхових послуг, як правило, відбувається через класичні мережі збуту (генеральних агентів зокрема), вони відрізняються від акціонерних товариств лише правами власності та процесами управління. Зараз відбувається зменшення кількості товариств взаємодопомоги. Страхові товариства взаємодопомоги поділяються на товариства взаємодопомоги “без посередників” та товариства взаємодопомоги з класичними мережами збуту.

2.1. *MSI — товариства взаємодопомоги “без посередників”* ще відомі під назвою “Товариства взаємодопомоги Niort”. Вони відрізняються від інших форм організації страхових товариств особливістю каналів розподілу. Найбільш відомі з них: MACIF, MAIF, GMF, MATMUT, MAAF, SMAVTP, які напряду пов’язані з професійними колективами (освітняни, службовці, митці). Діяльність таких товариств ґрунтується на професійній солідарній відповідальності. Належність до певної професії є умовою членства у такому товаристві. Товариства “без посередників” займають приблизно третину ринку страхування втрат (особливо у сфері страхування автомобілів) та у сфері страхування майна приватних осіб (особливо страхування житла). Це свідчить про важливість таких товариств у сфері страхування ризиків фізичних осіб.

2.2. *Товариства взаємодопомоги “з класичними мережами збуту”*. В таких товариствах продаж страхових полісів здійснюється через розгалужену мережу агентів. Починаючи з 90-х років відбулося їх зближення з товариствами страхування “без посередників”. Найбільш яскравими прикладами такого зближення було об’єднання традиційного товариства взаємодопомоги “Groupazur” з товариством без посередників GMF, що врятувало останнє від банкрутства. Навколо MAAF (малі підприємства) організувалася група, де, навпаки, товариство “без посередників” забезпечило порятунок “Mutuelle du Mans”.

3. *Акціонерні товариства* — ця категорія, як і попередня, не є однорідною, оскільки включає традиційні страхові компанії та страхові компанії, що є філіями банків. Страхові компанії — філії банків за останні декілька років зайняли значну частку на ринку страхування життя: “Cardif/Natio-Vie” (філії

“BNP-Paribas”), “les Assurances Banque Populaire”, “les Assurances du Crédit Mutuel”, “les Assurances Fédérales Vie” (“Crédit Lyonnais”). Крім цих основних учасників на страховому ринку Франції працюють специфічні страхові організації.

1. *Товариства взаємодопомоги M45* (які називають M45 відповідно до закону 1945 р., що визначив їхню діяльність у проведенні соціального страхування). Часто їх кваліфікують як “дійсні” товариства взаємодопомоги.

Товариства взаємодопомоги M 45 спрямовані на підтримання режиму обов’язкового соціального страхування для державних службовців (MGEN/MGPTT) та студентів (MNEF-SMEREPE). Деякі з них побудовані на професійній або регіональній основі і є важливими учасниками за додаткового медичного страхування.

Впровадження у французьке право Директиви ЄС у сфері страхування наблизило ці товариства взаємодопомоги до страхових компаній, що займаються особовим страхуванням. Це відбулося за допомогою уніфікації фінансових правил, бухгалтерського обліку та контролю, нормування права страхових угод, регламентації перестраховування, управління, відокремленого від самої соціальної установи. Таким чином підтримується конкуренція між страховиками. В результаті цього більшість товариств взаємодопомоги M45 перетворилися на прогресивні страхові одиниці, подібні до товариств взаємодопомоги і акціонерних страхових компаній.

2. *Інституції взаємодопомоги, створені пенсійними касами*. Їхня діяльність регулюється Кодексом соціального страхування, тому часто їх називають Institutions L.4 за аббревіатурою Кодексу, згідно з яким вони утворені. Вони фігурують серед найважливіших учасників колективного страхування здоров’я. Найбільшими з них є “Pro-VTP”, AG2R, “Médéric”, “Malakoff”, “Uniprévoyance”, “Magdebourg”, “Algis”, CRI.

Ці інституції взаємодопомоги є серйозними конкурентами у сфері соціального страхування фізичних осіб і соціального страхування втрат. Їх основними клієнтами є ті, хто отримує пенсії з пенсійних кас. Ці інституції займаються як колективним, так і індивідуальним страхуванням і мають ефективний доступ до підприємств через пенсійні каси. Підприємства у Франції “прив’язані” до права рекомендації від державної вла-

ди щодо вибору страховика у своєму професійному договорі. Часто владні органи рекомендують товариства взаємодопомоги М45 і ще частіше інституції взаємодопомоги.

3. *Нетрадиційні* учасники — пошта, мережа супермаркетів “Carrefour”, компанії, що здійснюють продаж товарів за каталогами і є дистрибуційними мережами, що делегують управління активами страховикам.

Незважаючи на те, що кількість страхових компаній у Франції за останні 20 років не зменшилась, відбулася суттєва концентрація французького страхового ринку. Розвиток товариств взаємодопомоги “без посередників” припав на 70-ті роки, масовий прихід банківського сектору у сферу страхування життя відбувся трохи пізніше.

Проаналізувавши подібну класифікацію станом на 2005 р., бачимо чітку тенденцію до концентрації. У 1987 р. 10 перших страхових груп займали 58 % ринку, а у 2005 р. — вже 75 % ринку (табл. 32.2).

Таблиця 32.2. 10 провідних французьких страхових груп

1987 р.		2005 р.	
Назва	Оборот, млрд євро	Назва	Оборот, млрд євро
UAP	7,62	AXA	71,7
AXA Midi	4,50	CNP	26,5
AGF	4,45	Predica/Pacifica	19,8
GAN	3,20	AGF	17,6
Victoire	2,20	Groupama	13,5
Mutuelles du Mans	1,98	Generali France	13,4
CNP	1,98	BNP Paribas	13,0
AMA	1,83	MAAF/MMA/ AZUR/GMF	11,6
Generali	1,22	Sogecap	8,0
GMF	1,19	ACM	7,4

Джерело: Rapport annuel FFSA 2005.

Організаційні структури страхових компаній. У Франції еволюція організаційних структур страхових компаній відбулась у декілька етапів.

На *початковому етапі* домінувала централізована функціональна організаційна структура. Організаційну структуру страхової компанії утворювали окремі функціональні підрозділи: маркетинг, управління мережею збуту, підрозділ укладання контрактів, підрозділ управління контрактами (для страхування життя), підрозділ управління страховими випадками (для страхування, відмінного від страхування життя), бухгалтерія, інформаційний відділ тощо. Така структура виявилась не дуже вдалою, оскільки створювала дуже багато бюрократичних перешкод.

Другий етап — рух до децентралізації. На цьому етапі страхові компанії намагалися створити розгалужені регіональні мережі, які обтяжували страхові компанії та створювали довгі ланцюги управління.

Третій етап характеризується формуванням *організаційних структур залежно від типу мережі збуту.* Організаційні структури страхових компаній формувалися залежно від типу мережі збуту (через банки, страхових агентів, брокерів). Такий підхід був більш прогресивний, але всіх проблем не вирішував. Одночасно була велика кількість партнерів: генеральні агенти, брокери, агентські мережі. Це призводило до збільшення витрат та доданої вартості, оскільки надавалися різні види страхових послуг, адаптовані до специфічних потреб сегментів ринку, були специфічні регіональні структури збуту тощо.

На *четвертому етапі* з'явилися *структури, орієнтовані на ринки або на споживачів.* Вони почали поширюватись у Франції після того, як уперше їх використала страхова група AXA. Такі структури спрямовані на врахування відмінностей між ринком фізичних осіб і ринком підприємств та організацій, створення унікальних пропозицій та маркетингових засобів, орієнтованих на певні групи клієнтів та адаптацію розподільчих мереж до сегментів споживачів.

Розглядаючи організаційні структури французьких страхових компаній, треба відзначити також існування страхових організацій, побудованих за принципом *“front et back office”*.

Фронт-офіс — це те, що бачать клієнти. Він займається комерційною діяльністю, роботою з мережею збуту (незалежно від напряму страхування та типу ризику). Бек-офіс займається управлінням контрактами, виплатами страхового відшкодування, бухгалтерським обліком тощо.

Дуже важливою під час побудови організаційних структур страхових компаній сьогодні у Франції є інформатизація. Використання мережі Інтернет дає змогу підтримувати постійний зв'язок не лише між страховою компанією та її посередниками, а й з іншими учасниками процесу врегулювання страхових випадків (лікарні, ремонтні майстерні, компанії асистанс тощо). Наступним кроком є розвиток системи укладання страхових договорів “он-лайн”. Цей напрям багато французьких страхових компаній обрали для себе як пріоритетний.

Більшість страхових компаній у Франції об'єднані у *Французьку федерацію страхових товариств (FFSA)*. Вона створена у 1937 р. і сьогодні налічує 289 підприємств, на які припадає приблизно 90 % національного страхового ринку і 100 % міжнародної діяльності страхових підприємств. Французька федерація страхових товариств об'єднує акціонерні страхові компанії, товариства взаємного страхування та філії іноземних страхових компаній, що здійснюють страхування та пере страхування.

Функції Французької федерації страхових товариств:

— представлення інтересів страховиків на національній і міжнародній арені;

— налагодження діалогу із зовнішніми партнерами — споживачами, ЗМІ, викладачами тощо та з внутрішніми партнерами — організаціями-посередниками, профспілками;

— здійснення спільних досліджень технічних, фінансових та соціальних проблем. Збирання та узагальнення статистичної інформації про ймовірність настання страхових випадків для всього ринку в цілому;

— публічне інформування громадськості за допомогою Центру страхової документації та інформації (CDIA). Федерація бере участь у великих публічних дебатах, організованих “Les Entretiens de l'assurance” (Бесіди про страхування) та видає велику кількість публікацій;

— сприяння превентивним заходам для зменшення ймовірності настання страхових випадків та розмірів збитків. Для цього створено Національний центр попередження та захисту (Centre national de prévention et de protection) та інші установи.

32.3. Оцінка результатів діяльності французьких страхових компаній

Комплексність діяльності страхової компанії та різноманітність страхових послуг істотно ускладнюють визначення фінансових результатів її діяльності. З цією метою для страхування, відмінного від страхування життя, у Франції використовують такі показники.

Відношення збитків до внесків показує відповідність страхових тарифів частоті настання страхових випадків та середнім виплатам за страховими випадками. Впливає на політику формування страхових резервів та страхового портфеля. З 1995 р. під час розрахунку внесків у навантаження включають витрати з управління ризиками, оскільки у портфелі може бути велика кількість страхових договорів, укладених на тривалий термін. Тому цей показник не дає змогу побачити чисту картину співвідношення збитків та внесків.

Технічний прибуток (Cash-flow technique) розраховується як прийняті внески за мінусом виплаченого страхового відшкодування або загальних витрат. Цей показник можна розраховувати і для страхування життя (коли угоди містять можливість викупу або розірвання). Від'ємне значення показника свідчить про втрату контрактів, не компенсованих новими угодами та, відповідно, зменшення активів страхової компанії.

Комбінований показник (ratio combiné) — співвідношення загальних витрат страхової компанії і прийнятих внесків (у тому числі у резерви). Дає змогу визначити ефективність управління страховою компанією. Якщо показник більше 100 %, то становище складне, страхова діяльність є збитковою, а прибуток страхової компанії створюється лише її інвестиційною

діяльністю. Це не завжди справедливо для галузей напівнакопичень, таких як страхування будівництва та цивільної відповідальності.

Для страхування життя базовим показником є *річний технічний результат у глобальному портфелі*. Це прибуток, який більше використовується у технічних розрахунках і не є дуже показовим, оскільки змішує прибутки, зафіксовані у поточному році, з прибутками від попередніх поколінь контрактів. Він показує лише фінансові досягнення, а не розподіл участі у прибутках. АктUARні розрахунки зі страхування життя дають перспективне бачення прибутків від контрактів, що вже є у портфелі та нових контрактів, проданих протягом фінансового року.

Висновки

1. Французький страховий ринок є одним із лідерів серед страхових ринків країн ЄС. Серед чинників, що дають йому можливість тривалий час утримувати такі позиції, треба назвати високий рівень страхової культури, трансформацію організаційно-правових форм страхових організацій відповідно до потреб ринку, історично сформовану систему галузей, налагоджені способи поширення страхових послуг та ефективні методи державного регулювання.

2. У Франції страховою діяльністю займаються три види структур: страхові компанії, генеральні агенти та брокери. Генеральні агенти та брокери здійснюють на місцях формально самостійну діяльність, що дає змогу страховим компаніям економити на утриманні філій у регіонах. Страховим бізнесом у Франції також активно займаються банки та поштові відділення. Гостра конкурентна боротьба привела до того, що страхування стало одним із найвигідніших розміщень власних фінансових коштів громадян та організацій.

3. Еволюція організаційних структур страхових компаній у Франції відбувалася у декілька етапів. Французькі страхові компанії пройшли шлях від традиційних функціональних організаційних структур до сучасних, орієнтованих на спожива-

чів. Дуже важливою під час побудови організаційних структур страхових компаній сьогодні у Франції є інформатизація. Використання мережі Інтернет дає можливість підтримувати постійний зв'язок не лише між страховою компанією та її посередниками, а й з іншими учасниками процесу врегулювання страхових випадків. Наступним кроком є розвиток системи укладання страхових договорів "он-лайн". Цей напрям багатьох французьких страхових компаній обрали для себе як пріоритетний.

4. Сьогодні більшість європейських страхових ринків і французький ринок зокрема прямують до точки насиченості. Особливо це стосується страхування, відмінного від страхування життя. Жорстка конкуренція, зумовлена впровадженням директив ЄС щодо створення та функціонування вільного ринку послуг, спричинила масштабні процеси злиття і поглинання, що відбувалися та відбуваються на французькому страховому ринку. Перевагами великих страхових компаній сьогодні є можливість отримання ефекту від масштабу, утримання більш збалансованого страхового портфеля, економія на пере страхуванні, економія на управлінні активами, можливість залучення більш привабливих учасників ринку (канали дистрибуції, медичні заклади, мережі автосервісу тощо), можливість впливати на ринкову ціну страховки, залучення більш кваліфікованих кадрів.

5. Для оцінки результатів діяльності у Франції використовують такі основні показники, як відношення збитків до внесків, технічний прибуток та комбінований показник. Для страхування життя базовим показником є річний технічний результат у глобальному портфелі. При цьому слід зазначити, що складність діяльності та організаційних структур, а також різноманітність страхових послуг французьких страхових компаній значно утруднюють визначення фінансових результатів їх діяльності.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Національна каса взаємодопомоги (CNP); страхове товариство взаємодопомоги; страхове товариство взаємодопомоги “без посередників”; товариства взаємодопомоги з класичними мережами збуту; товариства взаємодопомоги M45; *front et back office*; французька федерація страхових товариств (FFSA); показник відношення збитків до внесків страхової компанії; технічний прибуток страхової компанії; комбінований показник; річний технічний результат у глобальному портфелі страхової компанії.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. Дайте загальну характеристику страхового ринку Франції.
2. Розкрийте французьку юридичну та бухгалтерську класифікацію страхової діяльності.
3. Розкрийте сутність економічної класифікації страхування у Франції.
4. Охарактеризуйте канали збуту страхових послуг у Франції.
5. Визначте види страхування, які набули у Франції найбільшого поширення.
6. Охарактеризуйте функції Французької федерації страхових товариств (FFSA).
7. Визначте види страхових компаній за правовою формою у Франції.
8. Які є типи страхових підприємств у Франції?
9. Охарактеризуйте еволюцію організаційних структур французьких страхових компаній.
10. Розкрийте показники оцінки результатів діяльності французьких страхових компаній.

11. У Франції за економічною класифікацією страхування поділяють на такі галузі:
 - а) особове страхування;
 - б) страхування життя;
 - в) змішане страхування;
 - г) страхування майна та відповідальності.
12. Які види страхування у Франції не належать до особового:
 - а) пенсійне;
 - б) страхування здоров'я;
 - в) страхування автомобілів;
 - г) страхування непрацездатності.
 - д) страхування кредитів?
13. Які правові форми страхових компаній представлені у Франції:
 - а) національні товариства;
 - б) товариства з обмеженою відповідальністю;
 - в) акціонерні товариства;
 - г) товариства з додатковою відповідальністю;
 - д) взаємні страхові компанії?
14. Національні каси взаємодопомоги (CNP) є філіями:
 - а) банків;
 - б) ощадних кас;
 - в) пенсійних фондів.
15. Чи можуть на французькому страховому ринку працювати іноземні страхові компанії:
 - а) так;
 - б) ні?

Література

1. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. — 4-те вид., перероб. і доп. — К.: Знання, 2005. — 351 с.
2. *Історія страхування: Підручник / За ред. С.К. Реверчука.* — К.: Знання, 2005. — 213 с.
3. *Машина Н.І.* Міжнародне страхування: Навч. посіб. — К.: Центр навч. л-ри, 2006. — 504 с.

4. Страхування: Підручник / За ред. С.С. Осадця. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — 599 с.

5. *Badoc M.* Marketing management pour les sociétés financières. — Paris: Les Editions d'Organisation, 1995. — 332 p.

6. *Parmantier C.* Marketing performant de l'assurance. — Paris: L'Argus, 2005. — 285 p.

7. *Thourot P., Fougère F.* L'Assurance française en 20 leçons. — Paris: Economica, 2006. — 313 p.

Розділ 33

СТРАХУВАННЯ У МІЖНАРОДНІЙ ТОРГОВЕЛЬНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

33.1. Зміст та роль страхування у міжнародній торговельній діяльності.

33.2. Страхування міжнародних товароперевезень.

33.3. Роль держави в організації страхування міжнародних торговельних операцій.

33.1. Зміст та роль страхування у міжнародній торговельній діяльності

Страхування зовнішньоторговельних операцій — це міжнародні економічні відносини щодо захисту майнових інтересів суб'єктів господарювання у разі настання певних подій (страхових випадків) за рахунок грошових коштів, які формуються на основі сплати страхових внесків (премій).

Страхування зовнішньоторговельних операцій включає страхування майна та страхування відповідальності. Основні види ризиків, які супроводжують здійснення міжнародної торговельної угоди, представлені на рис. 33.1.

Відповідальність з організації страхування може бути поділена між експортером та імпортером або здійснюватися лише однією зі сторін. Такий розподіл відповідальності повинен чітко зазначатися у зовнішньоторговельному контракті. Якщо сторони не визначають чіткий розподіл обов'язків зі страхування у контракті, вони можуть скористатися прийнятими у міжнародній торговельній практиці строками



Рис. 33.1. Основні види ризиків при здійсненні міжнародної торговельної угоди

ІНКОТЕРМС-2000 (INCOTERMS-2000 — International Commercial Terms 2000) для визначення розподілу відповідальності за ризики між сторонами угоди. В деяких випадках експортери можуть займатись організацією отримання страхових та транспортних послуг, але оплачувати їх буде імпортер. Так, зокрема, у Великій Британії, завдяки відносно нижчим тарифам на транспорт та страхування міжнародних перевезень, експортери займаються організацією доставки на прохання та за рахунок імпортера.

Як і в інших видах страхування, страхування зовнішньоторговельних операцій здійснюється добровільно. Проте сам характер угод про товарні поставки, підрядних контрактів та ін., як правило, враховує страхування як обов'язкову передумову дії договору. Залежно від змісту базисних умов поставки, які визначаються на основі ІНКОТЕРМС-2000 (табл. 33.1) витрати зі страхування може здійснювати будь-яка зі сторін угоди. Вона обирає страхову компанію та умови страхування, орієнтуючись на власні інтереси та враховуючи кон'юнктуру страхового ринку. Так, у випадку здійснення товарних поставок на умовах EXW, FCA, FAS, FOB, CFR, CPT — страхування здійснюється імпортером (тобто покупцем), а за реалізації контракту на умовах CIF, CIP, DAF, DES, DEQ, DDU експортер (продавець) оплачує страхування, що враховується в вартості контракту.

Водночас самостійна організація транспортування та страхування вантажів має численні переваги для кожної з сторін, зокрема:

для експортера:

- покращення конкурентних позицій відносно постачальників, які не пропонують таких послуг;
- більший контроль за ризиками, оскільки експортер самостійно обирає та пропонує імпортеру страховиків та види страхування, які повинні мати відповідне покриття, щоб забезпечити повну оплату експортеру всіх його витрат;
- контроль за ризиком того, що товари не будуть прийняті у порту вивантаження або на території імпортера, тобто вся відповідальність повертається до експортера;

для імпортера:

- можливість більшого контролю за витратами, оскільки в цьому випадку імпортер точно знає за що і скільки він платить;
- експортер може не завжди надавати повну, точну і правдиву інформацію імпортеру про страхування;
- імпортер може отримати такі типи страхового покриття:
 - відкрите, яке буде охоплювати все зовнішньоторговельні операції,
 - одноразове, яке стосується однієї торговельної операції,

Таблиця 33.1. ІНКОТЕРМС-2000

Назва групи термінів	Зміст
Група E: Відправлення	EXW (ex works) — Франко-завод (... назва місця)
Група F: Основне перевезення не оплачено	FCA (free carrier) — Франко-перевізник (... назва місця призначення). FAS (free alongside ship) — Франко вздовж борту судна (... назва порту відвантаження). FOB (free on board) — Франко-борт (... назва порту відвантаження)
Група C: Основне перевезення оплачено	CFR (cost and freight) — Вартість і фрахт (... назва порту призначення). CIF (cost, insurance and freight) — Вартість, страхування та фрахт (... назва порту призначення). CPT (cost paid to...) Фрахт/перевезення оплачені до (... назва місця призначення). CIP (cost and insurance paid to...) Фрахт/перевезення та страхування оплачені до (... назва місця призначення)
Група D: Прибуття	DAF (delivered at frontier) — Поставка до кордону (... назва місця поставки). DES (delivered ex ship) — Поставка з судна (... назва порту призначення). DEQ (delivered ex quay) Поставка з причалу (... назва порту призначення). DDU (delivered duty unpaid) — Поставка без сплати мита (... назва місця призначення). DDP (delivered duty paid) — Поставка зі сплатою мита (... назва місця призначення)

— додаткове покриття продавця, яке охоплює види ризиків пошкодження та втрати вантажу, що не були охоплені договором страхування.

Основними джерелами інформації про стан ринку щодо страхування зовнішньоторговельних перевезень є:

- *брокери зі страхування вантажів (cargo insurance broker)*, які надають можливість укласти договір страхування, що найповніше відповідав би потребам клієнта;

- *банки*, які можуть пропонувати страхування вантажів як складову пакета фінансових послуг;

- *транспортно-експедиторські компанії*.

Експортер також повинен розглядати такий вид ризику, коли товар, що постачається імпортеру, може завдати шкоди третій стороні. Відразу зауважимо, що кількість таких випадків у міжнародній торгівлі є незначною. Такі ризики зазвичай покриваються *страхуванням відповідальності товаровиробника*. Основними видами ризиків, які необхідно застрахувати експортеру в такому випадку, є:

- ризик безпеки товару;
- ризики існування виробничих дефектів;
- витрати від псування;
- витрати на розв'язання суперечок (у тому числі в судовому порядку);
- медичні витрати;
- ризик низької якості товару, ризик того, що експортований товар не буде відповідати вимогам безпеки, які діють у галузі імпортера.

Ризик неплатежу є одним з найголовніших у зовнішній торгівлі. Причинами його виникнення можуть бути як стан імпортера, так і економічні та політичні причини в країні імпортера. Одним із найбільш поширених інструментів зі страхування ризику неплатежу є *страхування експортних кредитів*. У більшості випадків страхування експортних кредитів покриває 95 % вартості збитків у випадку неплатежу за поставлені товари або послуги та їх умови відповідають потребам страхувальників. Причому експортні кредити на поставку товарів широкого вжитку або сировини, якщо постачаються на умовах готівкового або кредитного розрахунку, строком не більшим ніж два роки, страхуються приватними страховими компаніями, а поставки капітальних товарів та послуг, умови оплати за якими передбачають надання кредиту на строк не менше двох років, будуть страхуватися за участю державних органів.

Іншим заходом страхування неоплати є вимога експортера про видачу облігації (на вимогу) або банківської гарантії.

Страхування зовнішньоторговельних операцій є невід'ємною частиною нормального перебігу подій за реалізації міжнародної торговельної угоди. Корені страхування міжнародних торговельних операцій сягають ще періоду становлення міжнародної торгівлі, зокрема середньовіччя, коли купці шукали захисту від можливої шкоди їх підприємствам. Такий захист та гарантія відображалися у створенні кас взаємодопомоги.

На сьогодні страхування у зовнішній торгівлі можна вважати фінансовим стабілізатором, що дає змогу комерсанту компенсувати свої збитки, яких він зазнає через непередбачувані випадкові події, які шкодять бізнесу, отримати захист від випадкових (але не від невідворотних) збитків, що виникають під час перевезення вантажів, більш вільно ризикувати своїм капіталом, переносючи фінансову відповідальність у випадку збитків на страховика, збільшити масштаби своїх операцій. Забезпечуючи страховий захист свого бізнесу, підприємець звільняється від необхідності формування резервів (запасів) на випадок непередбачуваних обставин.

Невід'ємною складовою страхування міжнародних торговельних операцій є страхування вантажоперевезень. Тривала міжнародна практика та національний досвід визначили чітку класифікацію страхування вантажів як одного з видів майнового страхування у зовнішньоторговельній діяльності (табл. 33.2).

У договорі страхування страхувальник та страховик визначають об'єкти страхування, які становлять страховий інтерес. Страховим інтересом страхувальника, тобто предметом його договору про страхування зі страховиком є вантаж, плата за перевезення та очікуваний прибуток.

Страхові випадки в страхуванні міжнародних торговельних перевезень поділяються на дві категорії. До першої категорії відносять результати стихійних лих, виявів природних сил: землетрусу, повені, урагану, зсуву та ін. Всі ці ризики, які є наслідком дій природних сил, належать до категорії непередбачуваних обставин. У більшості випадків страховик відповідає за їх наслідки. Винятком є фізико-хімічні процеси: усупка, утруска, ін. До другої категорії належать результати діяль-

Таблиця 33.2. Класифікація вантажоперевезень у зовнішньоторговельній діяльності

Класифікуюча ознака	Вид страхування
За характером вантажів, що перевозяться	• Страхування генеральних вантажів (генвантажів). Генвантажі — строк зовнішньоторговельних операцій — включають вантажі, що упаковані у стандартну, загальновизнану тару та не вимагають спеціальних умов перевезення
	• Страхування наливних, насипних, навальних вантажів
	• Страхування сільськогосподарських та інших тварин
	• Страхування “спеціє” (дорогоцінні метали, банківські банкноти, монети)
За способом транспортування	• Наземне страхування (перевезення залізничним та автомобільним транспортом)
	• Страхування вантажів під час перевезення водними шляхами
	• Комбіноване страхування
За економічними інтересами	• Страхування експортних вантажів
	• Страхування імпорتنих вантажів

ності людини. Вони визначаються як ризик, що виникає через третіх осіб, іншими словами, тих, хто здійснює перевезення вантажів, а також осіб, які не мають стосунку до перевезення вантажів (наприклад злодії).

33.2. Страхування міжнародних товароперевезень

33.2.1. Особливості організації страхування міжнародних товароперевезень

Найдавніший вид страхування, що супроводжує міжнародні торговельні операції — це операції *страхування вантажів, що транспортуються морем (Marine Insurance)*. Цей вид страхування покриває збитки, які виникли в результаті пошкодження або втрати експортного або імпортного вантажу під час транспортування. Наприклад, збитки будуть відшкодовані, якщо вантаж пошкодився або знищився, оскільки корабель, на якому відбувалася доставка, затонув або зазнав пожежі під час подорожі.

З іншого боку, *торгове страхування (Trade Insurance)* покриває ризики, які виникають під час реалізації торгових операцій та іноземних інвестицій і здебільшого не покриваються страхуванням вантажів, що транспортуються морем. Така система була створена в західноєвропейських країнах, у тому числі й у Великій Британії, та інших країнах, добробут яких суттєво залежав від міжнародної торгівлі. Цей вид страхування також має назву *страхування експортних кредитів (Export Credit Insurance)* або *гарантування експортних кредитів (Export Credit Guarantee)*.

Інвестиційне страхування (Investment Insurance) покриває ризики, які супроводжують міжнародні інвестиції, і є відносно новим видом страхування, порівняно з торговим.

Покриття ризиків, які супроводжують міжнародні операції страхування, надає компаніям відчуття безпеки. Коли компанія користується захистом торгового страхування, то у випадку настання страхованого випадку всі збитки, які супроводжують міжнародну торгову операцію, будуть компенсовані й компанія зможе продовжувати свою діяльність. Таким чином торгове страхування не лише захищає господарську діяль-

ність національних суб'єктів, а й сприяє стабільному розвитку зовнішньої торгівлі надаючи “відчуття безпеки” всім суб'єктам зовнішньоторговельної діяльності.

Торгове страхування передбачає також надання фінансового сприяння реалізації міжнародних торговельних операцій шляхом покриття ризиків, що супроводжують отримання експортних платежів або надання коштів для здійснення авансових платежів за імпортними операціями.

Умови страхування вантажів визначаються правилами страхування, що розробляються індивідуально кожною страховою компанією. Переважно різниця між правилами різних страхових компаній полягає у визначенні обсягу відповідальності.

Умови страхування вантажів, що перевозяться авіа- та наземними видами транспорту, базуються на правилах морського страхування (CARGO), що сформувалися значно раніше. Відмінність полягає у визначенні специфічності ризиків, які виникають у разі експлуатації цих засобів перевезення.

Застереження про страхування вантажів Інституту лондонських страховиків з морського страхування мають три типи застережень: “А”, “В”, “С” (табл. 33.3). Для всіх трьох типів застережень однаковими є застереження 8—19, а відмінність полягає у визначенні перших семи застережень. Застереження типу “А” надає найширше страхове покриття, застереження типу “С” — найвужче, а застереження типу “В” — середнє страхове покриття. Щодо їх застосування, то найбільшою популярністю користуються застереження типу “А” (понад 80 % укладених полісів), на найдешевші з застережень — застереження типу “С” — припадає близько 15 %, а застереження типу “В” застосовуються найрідше — не більш як 5 %.

Застереження типу “А” є дійсними для всіх трьох типів застережень страхування вантажів, але за умовами типу “В”, “С” до нестрахових подій додатково віднесено: навмисні пошкодження або навмисне псування застрахованого вантажу чи будь-якої його частини внаслідок неправомірних дій однієї або кількох осіб; захоплення, арешт, конфіскація вантажу та піратські дії. Обсяг відповідальності за договором страхування може бути збільшений за рахунок додатково внесених за бажанням страховальника перелічених раніше ризиків, що від-

Таблиця 33.3. Застереження страхування вантажів Інституту лондонських страховиків

Закінчення табл. 33.3

Тип застереження	Зміст застережень
“А” (застереження 4—7)	Застереження 4 виключає навмисні порушення умов страхування страхувальником, погане пакування, властиві товару природні вади, пов’язані з притаманними йому дефектами, затримку, неплатоспроможність перевізника, використання ядерної зброї
	Застереження 5 виключає втрати внаслідок непридатності судна для плавання (транспортного засобу до рейсу), якщо страхувальникові про це відомо
	Застереження 6 виключає воєнні ризики (за винятком піратства)
	Застереження 7 виключає страйки, громадські заворушення, тероризм, народні заворушення за політичними мотивами
“В”	Пожежі або вибуху
	Посадки на мілину, потоплення або перевертання судна
	Перевертання чи сходження з рейок наземного транспорту
	Зіткнення судна або іншого транспортного засобу з будь-якими зовнішніми об’єктами, крім води
	Розвантаження вантажу в порту, де сталося лихо
	Землетрусу, дії вулкану або блискавки
	Втрати через загальну аварію
	Викидання за борт або намокання
	Потрапляння морської, річкової або озерної води у судно, човен, контейнер, підйомник або в місце зберігання
Повної загибелі цілого місця вантажу, що впав за борт або упущений унаслідок навантажувально-розвантажувальних робіт на судно чи інший транспортний засіб	

“С”	Пожежі або вибуху
	Посадки на мілину, потоплення або перевертання судна
	Перевертання чи сходження з рейок наземного перевізного транспорту
	Зіткнення судна або іншого транспортного засобу з будь-якими зовнішніми об’єктами, крім води
	Розвантаження вантажу в порту, де сталося лихо
	Землетрусу, дії вулкану або блискавки
	Втрати через загальну аварію
Викидання за борт з метою врятування частини вантажу	

повідно вплине на зростання розміру тарифу та страхової премії.

Умови страхування вантажів, що перевозяться авіатранспортом, збігаються із застереженнями типу “А” морського страхування, згідно з полісом Ллойду — *Institute cargo clauses (Air)*. Винятки становлять обставини, що притаманні лише для морських перевезень (загальна аварія, змивання вантажу хвилею і т. ін.). У світовій практиці широко застосовується поліс Ллойду з перевезення вантажів наземним транспортом (*Lloyd's goods in transit policy*), що за бажання може включати і страхування відповідальності вантажоперевізника. За ним вантажі страхуються від втрати та збитку на умовах “з відповідальністю за всі ризики” на період перевезення й строк зберігання на складі до 72 годин, тобто “від складу до складу”. По суті, вони аналогічні Застереженням страхування вантажів Інституту лондонських страховиків типу “А” з морського страхування. Страховий поліс видає страховик (страхова компанія) лише від свого імені. Наявність поліса є свідченням укладення договору страхування. Вантажі страхуються на час безпосереднього транспортування, а також на час зберігання на складах з максимальним строком до 30 днів. Договір страхування набуває чинності з 00 годин дня, що є наступним за днем надходження

страхових премій до страховика, або в зазначений у страховому полісі (сертифікаті) строк.

За строком дії страхові поліси поділяються:

- на *рейсові*, тобто вантаж страхується від одного пункту до іншого;
- *строкові*, тобто укладаються на визначений період часу;
- *змішані*, коли страхування вантажу здійснюється одночасно за обома умовами.

Широкого застосування під час реалізації у зовнішньоторговельних операцій набув генеральний поліс. За угодою зі страхувальником страховик зобов'язується протягом визначеного строку (як правило, рік) страхувати всі вантажі, що їх отримує чи відсилає страхувальник. Зручність полягає в тому, що за багаторазових поставок відпадає потреба в оформленні полісу страхування за кожною окремою партією вантажу. Страховик несе відповідальність за всі вантажі, що підпадають під страхування в разі, коли страхувальник заповнив заяву на страхування вантажу і страхові премії перераховані вчасно. Окрім строку дії, у генеральному полісі зазначаються обсяг та межа відповідальності страховика, інші спеціальні умови.

Вантаж приймається на страхування в сумі (страхова сума), заявленій страхувальником, але не вищій за вартість вантажу (страхову вартість), зазначену в рахунку поставки, включаючи витрати на перевезення, якщо інше не обумовлено. Договір може передбачати страхування вантажів у повній чи частковій їхній вартості. Коли страхова сума була заявлена нижчою за дійсну вартість страхового інтересу, згідно зі ст. 251 Кодексу торговельного мореплавства, страховик відповідає за збитки пропорційно відношенню страхової суми до страхового інтересу. Якщо зазначена в договорі страхування сума перевищує страхову вартість, то договір вважається недійсним у тій частині страхової суми, що перевищує страхову вартість вантажу. При цьому сплачена зайва частина страхових премій у такому разі поверненню не підлягає.

На відміну від викладених норм вітчизняного законодавства в деяких країнах застосовуються інші підходи до визначення страхової вартості. Наприклад, у Німеччині за основу приймається вартість вантажу на момент настання страхового ви-

падку, а у Франції страхова вартість визначається як вартість вантажу під час навантаження плюс транспортні витрати, плюс очікуваний прибуток від реалізації вантажу (страховики, як правило, визначають таку величину в розмірі 10 %). Страхові тарифи зі страхування вантажів, як правило, страховики розраховують самостійно, визначаючи розмір страхових премій як відсоток вартості одиниці страхової суми з урахуванням імовірності настання страхової події за цим об'єктом страхування. Розмір ставок страхових премій залежить від інформації, що міститься в заяві страхувальника про укладання договору страхування вантажів. Основні фактори, що визначають розмір страхової премії під час реалізації міжнародних торговельних операцій, наведені на рис. 33.2.

Зазначимо, що у згаданому полісі Ллойду з перевезення вантажів наземним транспортом обумовлюється непокриття збитків у разі крадіжки, якщо вантаж було залишено без догляду. Страхове покриття буде виплачене за умови, що крадіжка була здійснена вночі (з 18.00 до 6.00) з вантажівки, яка перебувала в замкненому гаражі або на спеціально освітленому майданчику за діючої системи сигналізації або вдень за діючої системи сигналізації та вжитих заходах попередження за відсутності водія. У країнах із високим ступенем кримінальності ризик крадіжки вантажу при перевезенні автотранспортом є дуже високим. Серед європейських країн Італія вирізняється найістотнішим ступенем ризику крадіжки. Тут широко застосовується захоплення вантажу з водієм (*hi-jacking*).

Розмір страхової премії також залежить від строку страхування, розміру франшизи та ліміту відповідальності страховика. Сплата страхових премій може здійснюватись як одноразово, так і кількома внесками шляхом готівкового, безготівкового розрахунків або поштового переказу на рахунок страховика.

Зауважимо, що страхові компанії не відшкодовують збитків від пошкодження вантажу за відсутності зовнішніх пошкоджень транспортного засобу, контейнера або тенту чи за наявності цілої пломби. Причиною таких збитків може бути лише неправильне розміщення вантажу. Відповідальність за порушення правил навантаження несе перевізник, а не страховик.

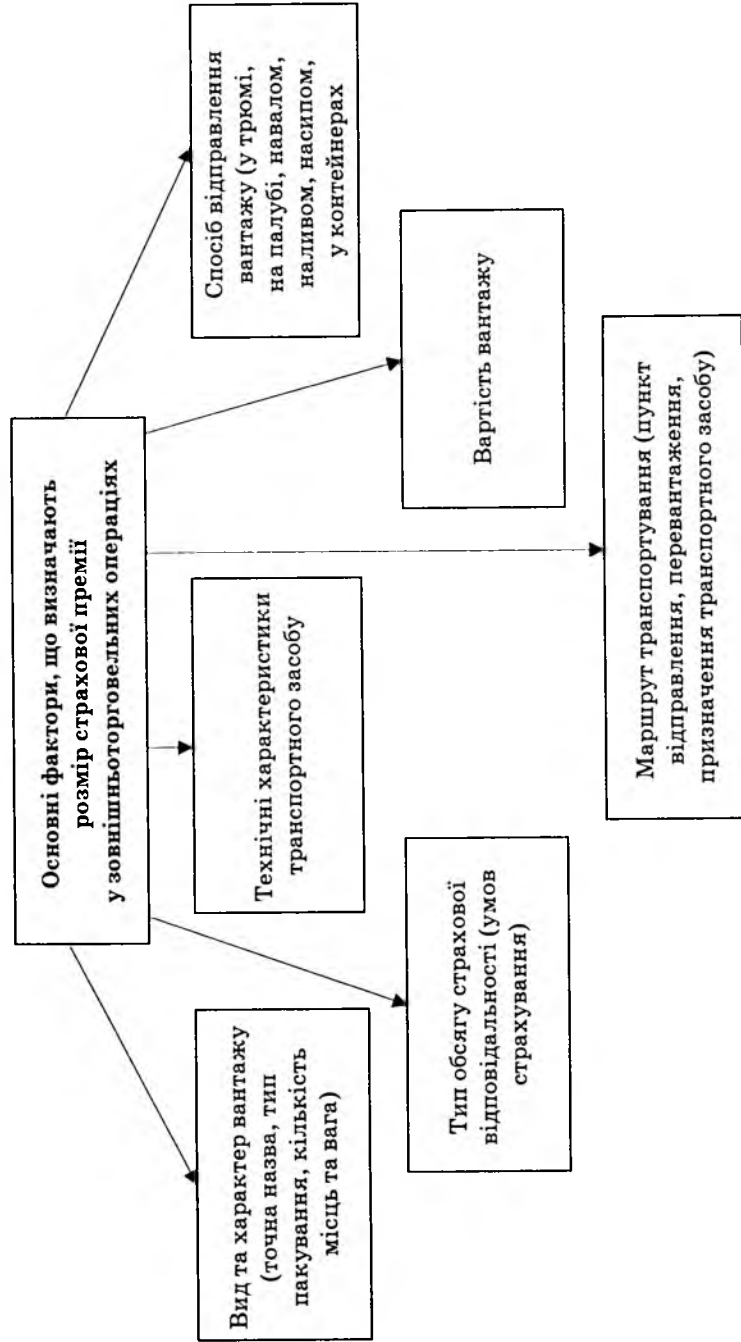


Рис. 33.2. Основні фактори, що визначають розмір страхової премії під час реалізації міжнародних торговельних операцій

Ліквідація митних кордонів у межах ЄС підвищила вимоги до тих вантажів, які перетинають митний кордон ЄС, тобто прямують з інших країн. Необхідність виконання всіх формальностей призводить до тривалих простоїв на шляхах біля митниць, а отже, і до зростання ризику крадіжки. Крім того, підвищенню ризиків, які супроводжують автотранспортні перевезення, сприяє і збільшення розмірів вантажівок, що, у свою чергу визначає і зростання вартості вантажів, які перевозяться, а відповідно, й суми збитків у разі їх втрати. Для організованої злочинності крадіжка вантажу з автотранспортного засобу є найзручнішою. Саме тому перевезення цим видом транспорту найризикованіші, а тарифні ставки — найвищі.

Одним із факторів, що можуть істотно вплинути на розмір тарифу, є наявність чи відсутність охорони під час перевезення вантажу. Перевага надається охоронним агентствам. Як доводить практика, пограбування автомобілів, що мають охоронний супровід, трапляються дуже рідко. Крім того, у разі настання страхового випадку відомості, що їх дасть охоронець як свідок, беруться до уваги як поліцією, так і страховиком. За морських та авіаперевезень ризик крадіжки, пошкодження чи втрати вантажу є найістотнішим під час навантажувально-розвантажувальних робіт та перебування вантажу на складі. Нерідко вантаж або його частину викидають з люка літака під час зльоту. Першочерговим критерієм оцінювання вантажу під час перевезення є визначення його типу, оскільки кожний тип вантажу може мати свої специфічні ризики, що зумовлюється його характеристиками. Так, горіхи, зерно, кава, цукор схильні до підмочування, псування в умовах підвищеної вологості, пошкодження комахами та гризунами; бавовна — до забруднення іншими вантажами, а також до вибуху у разі перевищення допустимого рівня густини пилу в трюмі; заморожене м'ясо — до псування при перевантаженнях у порту чи у результаті псування, ламання рефрижераторних машин. Статистика показує, що найбільша кількість аварій відбувається з морськими суднами віком понад 15 років, причому перше місце за часткою аварійності посідають танкери, газовози, ролкерні судна (ROLL-ON, ROLL-OFF, RO-RO), рудовози. Найбільше втрат та аварій морських суден припадає на судна під прапорами Ліберії, Панами, Кіпру, Гібралтару, Греції, Сен-Вінсента та

Маршаллових Островів, де вимоги до забезпечення безпеки плавання нижчі за загальноприйняті у світі. Небезпечними регіонами для морських перевезень вважаються Біскайська та Мексиканська затоки, протоки Ла-Манш та Па-де-Кале, Північноатлантична траса, моря Південно-Східної та Східної Азії, Західне узбережжя Африканського континенту, де часто сідають на мілину судна, відбуваються пожежі та вибухи. У районах Східного Африканського узбережжя та Південно-Китайського моря поширене піратство, а в Південній Африці — тероризм. Проте основним ризиком загибелі або пошкодження судна чи вантажу є несприятливі погодні умови та рівень кваліфікації екіпажу судна. Коли йдеться про перевезення вантажів залізницею, то на теренах СНД найнадійнішим визнано 20-тонний контейнер, що має лише одні двері, причому на платформу ставляться два контейнери так, щоб двері одного були навпроти дверей іншого. Оскільки оренда таких контейнерів є відносно дорогою, то за використання звичайних вагонів після завантаження страхові компанії вимагають, як правило, запаяти всі вікна, люки. Для перевезення особливо цінних вантажів (комп'ютерів, аудіо- та відеотехніки, грошей, цінних паперів, ювелірних виробів) більш придатними є поштові вагони завдяки наявності купе, де можна розмістити охорону.

Вантажі, що перевозяться під охороною в контейнерах та залізних вагонах, часто страхують за умовами “з відповідальністю за всі ризики”. Обсяг відповідальності може бути розширений або звужений аналогічно до автомобільних перевезень. Вантажі, часткове викрадення яких є малоімовірним (сировина, ліс, устаткування, труби), зазвичай перевозяться на відкритих платформах. Такі вантажі або не страхують взагалі, або на умовах “без відповідальності за пошкодження, окрім випадків загибелі”, що не включають відповідальності за крадіжку і відшкодовують збитки в разі зникнення вантажу безвісти. Небажаним ризиком для страхової компанії є перевезення автомобілів, тракторів, мотоциклів на відкритих платформах без охорони — такі вантажі найдоцільніше відправляти у вагоні-сітці.

Зазначимо, що при визначенні ступеня ризику, крім наведених вище факторів, істотний вплив має можливість його перестрахування.

Розмір збитку, що стався внаслідок страхової події, визначається представником страховика за участю страхувальника. Згідно зі світовою практикою представниками страховика (страхових компаній) є аварійні комісари та диспашери. При цьому обов'язок щодо доведення наявності страхового випадку покладається на страхувальника.

33.2.2. Страхування морських товароперевезень

При страхуванні міжнародних перевезень *морським видом транспорту* основним джерелом морського страхового права є англійський Закон про морське страхування 1906 р. (*Marine Insurance Act*).

Інтернаціональна природа в морському страхуванні простежується вже на рівні визначень. У ст. 1 англійського Закону 1906 р. йдеться, що “договір морського страхування — це договір, згідно з яким страховик бере на себе зобов'язання відшкодувати страхувальникові в порядку й розмірі, що обумовлені договором, його морські збитки, тобто випадкові збитки, яких він зазнав під час морського плавання”.

Найбільш популярним на сьогодні є розширене тлумачення сфери морського страхування (рис. 33.3), яке спирається на практику Ллойду, де всі види страхування ще недавно чітко поділялися на морські і неморські.

Термін “морське страхування” неможливо знайти в класифікаціях, пропонуєвих східноєвропейськими авторами. Пояснюється це тим, що йдеться про комплексне поняття, яке охоплює види страхування, що традиційно належать до страхування як майна, так і відповідальності. Більше того, тут — у страхуванні відповідальність судновласників — є також елементи особистого страхування.

Певні складнощі виникають у визначенні та дослідженні тих видів страхування, що розвиває ТТ клуб (*Through Transport Club*), який є одним із перших страховиків тих підприємств, які перебувають “між морем і землею” — портів, портової влади, операторів теміналів і складів, експедиторів тощо. Ці види традиційно перебувають на стику різних категорій страхування, тяжіючи все-таки до морського страхування.



Рис. 33.3. Основні види морського страхування

Необхідною умовою укладення договору морського страхування є віднесення судна до того чи іншого класу, тобто воно повинно бути класифіковане, що відповідає вимогам страховиків. Міжнародні критерії класифікації кораблів встановлювалися британським Класифікаційним застереженням 354, яке з 1 січня 2001 р. діє в новій редакції. Згідно з ним для всіх суден, крім суден каботажного плавання, прийнятними визнаються лише класи товариств — членів МАКТ (Міжнародної асоціації класифікаційних товариств — IACS). Якщо реєстр кораблів тієї чи іншої країни не належить до МАКТ, то можуть виникати труднощі щодо міжнародного страхування тих кораблів які мають клас реєстрів таких країн. Важливим зауваженням є те, що діючий клас має бути наявним не лише на момент укладення договору страхування, а й протягом усього періоду його дії.

До особливостей здійснення міжнародного морського страхування належить географічна обмеженість дії договору страхування, тобто договір страхування чинний у межах певного географічного регіону. Зокрема, Британські інститутські застереження (*Institute Warranties*) 26 від 1 липня 1976 р. забороняють плавання у певних широтах Атлантичного узбережжя Північної Америки, на Балтійському морі у певний період року, у водах Північного Льодовитого океану — північніше 70-ї широти за винятком дозволеного плавання в норвезькі порти й у Мурманськ, на російському Далекому Сході — до півночі від 46-ї паралелі та до півдня від 50-ї паралелі південної широти. Виходи за межі зазначених застережень можуть страхуватися лише за умови сплати додаткової премії, іноді дуже істотної, хоча можуть бути погоджені й інші варіанти. Норвезькі та німецькі умови визначають дещо інші географічні межі.

Стандартні умови страхування передбачають повернення частини премії за час стоянки судна в безпечному порту понад 30 днів. Проте з початку 90-х років XX ст. поширилося страхування на базі умов *Cancelling Returns Only (CRO)*, згідно з якими премія повертається лише в разі розірвання договору страхування, а не в разі простою судна. Істотним як для страховиків, так і для судновласників, є питання про мореплавність судна (*Ship's Seaworthiness*), точніше важливі ті випадки, коли

страховики визнають судно неморехідним (*unseaworthy*) і страхове відшкодування не виплачується. Судно вважається морехідним, коли воно з усіх поглядів підготовлене до того, щоб протистояти звичайним небезпекам мореплавання під час застрахованого морського походу.

Відповідність суден вимогам Міжнародного кодексу керування безпекою (МККБ, англійською — *ISM*) стало обов'язковим для частини суден з 1 липня 1998 р., а для решти — з 2002 р. Найбільш серйозно ця вимога діє у страхуванні каско, відповідальності судновласників, а також у страхуванні вантажів.

Страхування каско суден (СКС) — вид морського страхування, що забезпечує захист судновласників та інших осіб, пов'язаних з експлуатацією суден (далі — судновласників), від ризиків заподіяння збитку через загибель належних їм суден.

Обсяг покриття, що надається за договором СКС, докладно визначається відповідними умовами страхування. Проте загальноприйнятих у світовій практиці умов немає. Таким чином, умови страхування каско суден визначаються лише національними умовами цього виду страхування, хоча найпоширенішими є британські, німецькі, норвезькі, американські, французькі (табл. 33.4), а у країнах Східної Європи велика частина умов базується на Правилах страхування суден Індержстраху в редакції 1986 р., які було розроблено з урахуванням досвіду СКС на провідних страхових ринках світу.

Принциповою відмінністю між британським і континентальним підходами до страхування каско є те, що згідно з останнім страховальникові, для отримання страхового відшкодування досить повідомити страховика про факт збитків, тоді як у британській практиці страховальник повинен довести, внаслідок дії якого саме із застрахованих ризиків стався збиток. Таким чином, за британською системою для отримання відшкодування, доведення причини збитків є обов'язком страховальника, а за континентальною, у тому числі й східноєвропейською, системою страховик не буде виплачувати відшкодування, якщо доведе, що збитки сталися з однієї з причин, які не передбачалися договором страхування. Основні причини виникнення страхових випадків за британською системою представлені на рис. 33.4.

Таблиця 33.4. Найбільш поширені національні умови страхування каско суден

Умови	Визначення
Британські	Застереження Інституту лондонських страховиків (ІЛС) — об'єднання морських страховиків, яке, щоправда, з 1999 р. під цією назвою вже не існує. Є найпопулярнішими у світі
Німецькі	Загальні умови морського страхування (<i>ADS — Allgemeine Deutsche See-Versicherungs-Bedingungen</i>) та умови страхування каско (<i>DTV Hull Clauses</i>) 1978 р. зі змінами 1984 р.
Норвезькі	Норвезький план морського страхування (<i>Norwegian Marine Insurance Plan</i>) 1996 р.
Американські	<i>American Institute Hull Clauses 2/6/77</i> , що їх у Лондоні скорочено називають <i>AHF (American Hull Form)</i>
Французькі	Проформа поліса зі страхування каско від 1 листопада 1983 р. зі змінами 1984 і 1992 рр.

Страхування відповідальності судновласників (СВСВ) — вид страхування відповідальності, що передбачає створення такої системи страхового захисту власників, менеджерів, операторів, а також інших осіб, пов'язаних з експлуатацією суден, яка діє у визначених договором страхування чи передбачених законодавством випадках і стосується зобов'язань судновласників перед третіми особами, включаючи команду судна. У світовій практиці цей вид страхування відомий під назвою "P&I" (*P&I — Protection and Indemnity*), що традиційно перекладалося як "страхування захисту й відшкодування". Товариства взаємного страхування, котрі здійснюють цей вид операцій, іменуються "Клубами P&I" (*P&I Clubs*).

У світі є близько 20 страхових товариств, які здійснюють СВСВ. У більшості з них умови страхування схожі за переліком ризиків чи страхових подій, які підпадають під дію договору страхування. Загалом є близько 30 видів страхових подій, які можна поділити на кілька великих груп.

1. **Життя і здоров'я.** На судновласника можуть покладатися зобов'язання стосовно широкого кола осіб, у тому числі

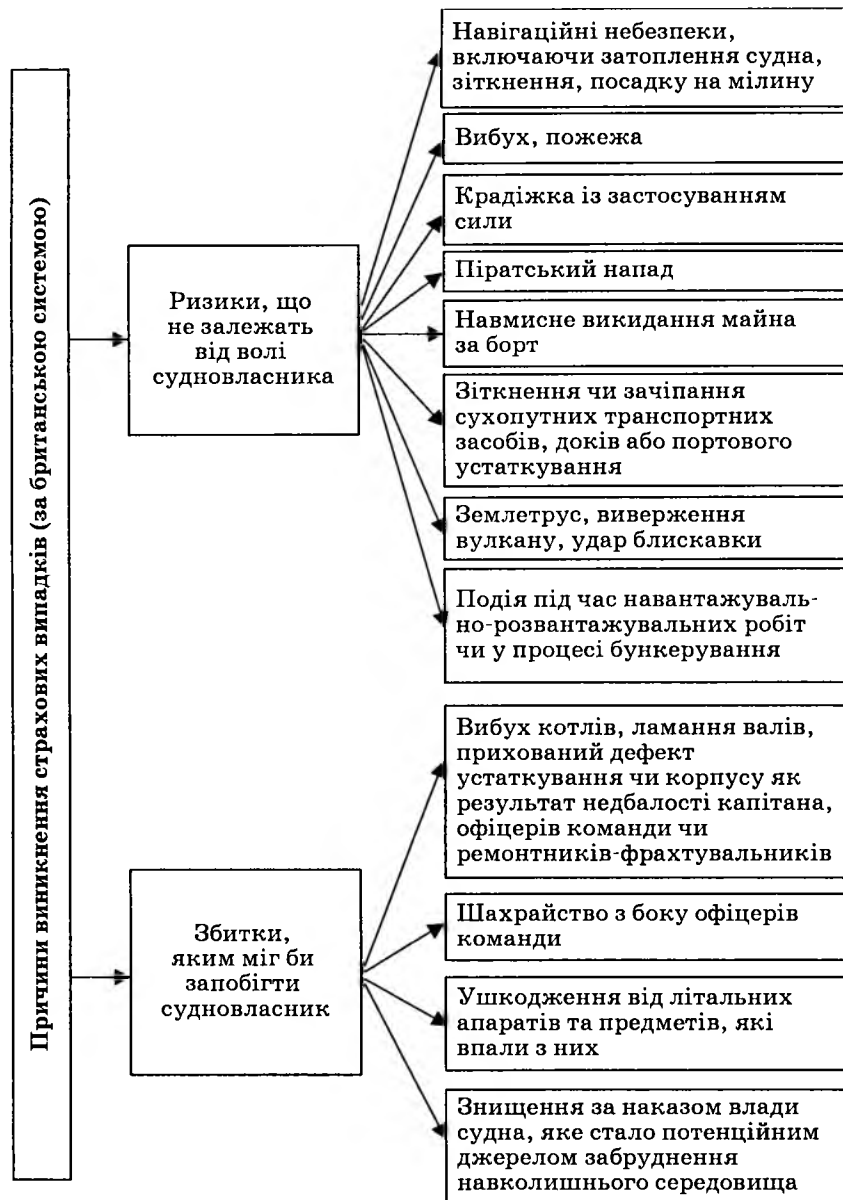


Рис. 33.4. Класифікація причин страхових подій у редакції британського Застереження 280 від 1 листопада 1995 р.

членів команди, пасажирів, лоцманів, вантажників і т. ін. Зобов'язання можуть виникати у зв'язку з такими подіями:

- смертю, травмами, захворюваннями (стосовно членів команди це нагадує звичайне групове страхування життя та від нещасних випадків);
- необхідністю здійснення певних витрат — на лікування, похорон, репатріацію, заміну померлого чи захворілого члена команди, зумовлених відхиленням від заданого маршруту з огляду на необхідність надати комусь із команди медичну допомогу.

2. Майно третіх осіб. Найширший перелік видів майна, за загибель чи ушкодження якого може відповідати судновласник, охоплює:

- інші судна, ушкоджені з вини застрахованого судна — через зіткнення, а також у разі відсутності безпосереднього контакту;
- вантажі на борту застрахованого судна та інших суден (у разі зіткнення), так само як і вантажі, що навантажуються (розвантажуються) чи готуються до навантаження (розвантаження) на борт;
- особисті речі членів команди, пасажирів та інших осіб;
- будь-які інші об'єкти на воді, суходолі чи в повітрі — причали, крани, бурові установки, засоби навігаційної безпеки.

3. Навколишнє середовище. За законодавством різних країн відповідальність може бути покладена на судновласника внаслідок забруднення довкілля різноманітними речовинами — від нафти й нафтопродуктів до сіна й соломи.

Претензії можуть стосуватися:

- витрат з очищення довкілля — збирання забруднювачів із поверхні води чи суходолу, очищення й миття постраждалих рослин і тварин;
- непрямих збитків — недоотримання доходу власниками прибережних ресторанів і рибних ферм.

4. Компетентні органи. До них належать портові адміністрації, митниці, карантинні органи тощо. Види зобов'язань:

- вилучення уламків судна — такі операції бувають до рожчими, ніж саме судно;

- різноманітні штрафи: за порушення митного та імміграційного законодавства, забруднення навколишнього середовища, невідповідність описів вантажів у різних супровідних документах;

- накладання на судна карантину.

5. **Особливі види договорів:** рятувальні, на буксирування та на перевезення пасажирів. Деякі види зобов'язань можна одночасно віднести до однієї з попередніх груп, тоді як решту можна вмістити лише в цю групу.

6. **Витрати судновласника:**

- витрати, що мають на меті запобігти збитку чи зменшити його або визначити розмір (наймання сюрвейерів, адвокатів, експертів, делегування членів команди як свідків на суд чи арбітраж);

- тільки стосовно клубів взаємного страхування — витрати, прямо не обумовлені в договорі страхування, але які по суті пов'язані з діяльністю судновласника.

Особливістю страхування відповідальності судновласників є те, що більшість операцій виконують не традиційні страхові компанії, а товариства взаємного страхування, які в цій сфері називають асоціаціями або клубами взаємного страхування (КВС). Судновласники страхують один одного не заради прибутку, а з метою забезпечення надійного страхового захисту.

КВС виникли у 1850-х роках — коли з'ясувалося, що ні традиційні страховики корпусу судна (каско), ні страховики вантажів не бралися відшкодувати судновласникам певну частку їхніх витрат, що мають випадковий непередбачуваний характер. КВС — організація, яка діє на безприбутковій основі й складається з власне клубу та компанії, котра ним керує. Учасники КВС створюють таку компанію або призначають її “зі сторони”. Учасником, членом або формальним власником клубу є кожний судновласник, який укладає з ним договір страхування. Провідні КВС, що страхують близько 90 % світового тоннажу, створили Міжнародну групу “P&I” клубів (МГК — *International Group of P&I Clubs*). Клуби — члени МГК об'єднані угодою, що обмежує конкуренцію між ними. Водночас із початку 80-х років XIX ст. операції з СВСВ стали здійснювати й звичайні комерційні страхові компанії. Нині таких страховиків СВСВ у світі налічується близько десяти.

Необхідність додаткового страхування при укладанні договорів морського страхування визначається обмеженістю подій, які будуть вважатися страховими випадками. Отже, проводячи міжнародну торговельну операцію, в якій вантаж буде транспортуватися морем, контрагенти мають можливість додатково застрахувати себе залежно від умов, на яких буде здійснюватися операція. Додаткові види страхування до страхування каско наведені у табл. 33.5.

Таблиця 33.5. Додаткові види страхування до страхування каско

Група	Вид	Зміст
А Додаткове (до стандартного страхування каско) річне страхування для звичайних суден, які плавають у нормальних умовах	A1	Страхування воєнних і страйкових ризиків
	A2	Страхування втрати фрахту (<i>Loss of Hire</i> чи <i>Loss of Earnings</i>)
	A3	Страхування особливих майнових інтересів (<i>Increased Value, Disbursements</i>)
	A4	Страхування додаткової чи незастрахованої відповідальності (<i>Excess Liabilities</i>)
	A5	Страхування майнових інтересів кредиторів (<i>Mortgagees' Interests</i>)
В Страхування на певний строк для звичайних суден, що перебувають в умовах, відмінних від нормальних	B1	Страхування на рейс
	B2	Страхування на період будівництва чи ремонту (<i>Builders' Risks</i>)
	B3	Страхування на час плавання в межах невеликої акваторії (<i>Port Risks</i>)
С Спеціалізоване страхування для “незвичайних” (специфічних) суден та іншого майна	C1	Страхування рибальських суден
	C2	Страхування яхт
	C3	Страхування контейнерів

Додаткові умови страхування каско мають такий зміст:

A1. Воєнні та страйкові ризики. Стандартне страхування каско не охоплює збитки від воєнних, страйкових ризиків і протиправних дій. Отже, потрібно укладати окремий договір страхування, що забезпечив би захист від ушкодження чи загибелі судна та інших збитків, спричинених воєнними діями, страйками, громадянськими повстаннями тощо. Необхідно зауважити, що договір страхування в такому випадку укладається на один рік за порівняно невисокою ставкою і покриває плавання суден у всіх “спокійних” районах світового океану, де небезпека виникнення зазначених збитків невелика. Коли судно повинно здійснити рейс у тих водах, або до порту, які не вважаються безпечними для судноплавства (їх перелік постійно переглядається), необхідно заздалегідь (але не пізніше ніж за тиждень) повідомити про це страхову компанію й узгодити розмір додаткової премії.

A2. Ризик втрати фрахту. Зауважимо відразу, що цей вид страхування не покриває ризику несплати фрахту. Вибір ненадійних партнерів — це комерційний ризик, який не підлягає страхуванню, за винятком існування спеціалізованих державних програм, які сприяють експорту. В більшості випадків такий вид страхування покриває збитки, які були зазначені не в результаті виникнення самої страхової події, визначеної у договорі страхування каско, а в результаті тих дій, які були наступними за страховою подією та призвели до втрати фрахту. Таким чином, договір-страхування щодо втрати фрахту (*Loss of Hire*) нерозривно пов’язаний зі страхуванням каско.

Поясненням може бути такий приклад. Стався інцидент, передбачений полісом каско: судно сіло на мілину (з подальшим рятуванням, буксируванням і ремонтом днища), в результаті чого на місяць вийшло з експлуатації. Втрата фрахту за період рятування, буксирування й ремонту покривається за погодженою до початку страхування середньою денною ставкою з відрахуванням франшизи (у цьому разі тимчасової). Наприклад, якщо ставка становить 7000 дол. на день, ремонт тривав 15 днів, а франшиза — 5 днів, то відшкодування обчислюється так: $7000(15 - 5) = 70\,000$ дол. Додатковою умовою у виді A2 вважається *страхування юридичних витрат (Freight, Demurrage and Defence)*. Це страхування є похідним від стра-

хування “P&I”. Воно пов’язане і з *Loss of Hire*, оскільки в назві також присутнє слово “фрахт” і сама сума неодержаного фрахту страхуванням не покривається.

За цим договором клуби “P&I” та комерційні страховики надають судновласникові чи фрахтувальникові кваліфіковану юридичну допомогу, якщо виникають суперечки юридичного характеру з третіми особами — практично з будь-яких питань незалежно від того, чи є судновласник позивачем або відповідачем. Зміст цього страхування передбачає, що за додаткову премію забезпечується, по-перше, надання юридичних консультацій протягом року, а по-друге, покриття всіх юридичних витрат у випадку звернення до юридичних, судових чи арбітражних установ. Отже, укладаючи договір страхування FDD, судновласник гарантує собі якісний юридичний супровід, а також звільняється від можливих арбітражних чи судових витрат.

A3. Страхування особливих майнових інтересів. Назва цього виду страхування в літературі перекладається іноді як “страхування збільшеної (підвищеної) вартості” (*Increased Value*).

Такий вид страхування зменшує розмір страхової премії, оскільки покриває лише ризик повної загибелі судна. Ставки премії в цьому випадку значно нижчі, ніж у разі страхування на повних умовах.

Розглянемо приклад, коли судно коштує 15 000 000 дол. Ставка премії зі страхування на повних умовах — 0,8 %, тобто 120 000 дол. на рік. Проте за теорією ймовірностей часткова аварія — ламання машин, посадка на мілину, рятування — не перевищує, як правило, 3/4 вартості судна. Ставка зі страхування лише від повної загибелі — 0,1 %. Логіка підказує застрахувати 3/4 вартості судна на повних умовах, а “верхню” чверть — лише від повної загибелі. Сума премії тоді становитиме $11\,250\,000 \cdot 0,008 + 3\,750\,000 \cdot 0,001 = 93\,750$ дол., тобто буде досягнуто економії в 26 250 дол.

Такий підхід дещо суперечить інтересам страховиків. Тому на британському, норвезькому та інших ринках ідуть на компроміс: судновласник може укладати договори страхування особливих майнових інтересів, але в певних межах. Частина вартості, яка страхується на умовах “від повної загибелі” (полі-

си типу А3, *Disbursements*), має не перевищувати 25 % частини вартості за повним каско. Зауважимо, що виписуються два поліси: власне страхування каско (*Hull & Machinery*) і страхування особливих майнових інтересів (*Increased Value*, або *Disbursements*).

Важливо, що страховик погоджується на укладання таких договорів лише стосовно відносно нових суден (віком до 15 років), і при цьому він повинен упевнитися, що страхова сума за полісом каско не занижена порівняно зі страховою вартістю.

А4. Незастрахована відповідальність. Зміст цього виду страхування — надати сумлінному судновласникові захист від штрафів за недостраховання, тобто заниження страхової суми порівняно зі страховою вартістю судна, яка прирівнюється звичайно до його реальної ринкової вартості. Недостраховання буває навмисним і ненавмисним. Наприклад, договір міг бути укладений, коли сума відповідала вартості, але за півроку ринкова вартість судна підвищилася. Таким чином, у випадку настання страхової події страховики каско через недостраховання, нехай і ненавмисне, виплатять відшкодування не повністю. Решту можна покрити за полісом страхування незастрахованої відповідальності.

А5. Страхування майнових інтересів кредиторів (ММІ). Цей поліс захищає інтереси банків та інших кредиторів, котрі видають кредити під заставу судна. Звичайною умовою кредиту є страхування судна на користь банку.

Нехай судно потонуло, було арештоване через ушкодження причалу або з ним сталася ще якась покрита страхуванням подія. В такому випадку страховики каско, воєнних ризиків або клуб "P&I" за полісом не платять, якщо судновласник порушив одну з істотних умов договору, наприклад, не сплатив вчасно премію. В цьому разі кредитор одержить відшкодування збитків за полісом ММІ.

В1. Страхування на рейс. Нагадаємо, що додатковий вид страхування А4 передбачає розширення стандартних умов страхування. Але всі додаткові види страхування передбачають укладання незалежних договорів, крім стандартного договору каско. Вони укладаються на будь-які нестандартні випадки які не охоплені звичайним страхуванням на певний строк.

Різниця між умовами страхування на один рейс та стандартними умовами (Застереження 280) дуже незначна.

В2. Страхування на час побудови суден. Умовами страхування покриваються корпус, машини та устаткування судна, а на початку будівництва — їх складові. Оскільки сума майна, що піддається ризику, зростає поступово, страховикові важливо знати, як розподіляється вартість за суднами та за часом. Наприклад, у перші 3 міс. робіт поставляється й збирається близько 10 % залишкової вартості, причому йдеться лише про деталі корпусу, у наступні 4 міс. — 30 % вартості корпусу, а ще 30 % припадає на двигуни, які зберігаються на верфі, тощо.

Премія розраховується на основі кінцевої контрактної ціни і залежить від тривалості будівництва, типу судна, досвіду суднобудівного заводу. Умови договору дуже широкі: страхується практично все, що може відбутися із судном, у тому числі й не з вини заводу. Зокрема страхується ризик помилок у проєкті (*Faulty Design*), тобто у випадку виявлення помилок у проєкті до закінчення строку договору виплачується сума витрат з усунення дефекту (але не вартість самої дефектної частини). На останній стадії побудови судна, під час ходових випробувань, воно вже є цілком застрахованим, якщо не віддаляється більш ніж на 200 миль від верфі. До того ж застрахована відповідальність перед третіми особами, водночас збитки від землетрусів і вивержень вулканів, які охоплюються звичайним страхуванням каско, в цьому випадку не покриваються. Це пояснюється тим, що зазначений вид страхування містить певний елемент неморських видів страхування.

В3. Портові ризики. Для суден, які ходять у межах акваторії, — суден портофлоту, землечерпалок тощо, застосовується страхування на базі британських Застережень 311 і 312 від 20 липня 1987 р. *Institute Time Clauses Hulls Port Risks* (страхування каско суден на строк — портові ризики). Покриваються такі самі ризики, як і передбачені стандартним Застереженням 280. Виняток, як і в разі будівельних ризиків, становлять землетруси й виверження вулканів. Головна характерна особливість — за цими умовами, так само, як і за умовами страхування рибальських суден, покривається не лише відповідальність за зіткнення, а й чимало інших ризиків із традиційного портфеля "P&I".

С1. Страховання рибальських суден. У британській практиці застосовуються умови *Institute Fishing Vessel Clauses* — Застереження 346 від 20 липня 1987 р. (про страхування рибальських суден). Важливо, що так само, як і в разі страхування портових ризиків, є спільні умови страхування ризиків каско та майже всіх ризиків відповідальності перед третіми особами. Виняток становить відповідальність за забруднення вод, за вантажі та деякі інші ризики. Слід зазначити, що повністю покривається відповідальність стосовно зіткнень. Власне, страхування здійснюється за умовами, майже тотожними стандартним (Застереження 280).

С2. Страховання яхт. У цілому умови страхування, яке здійснюється на підставі Застереження 328 від 1 листопада 1985 р. *Institute Yacht Clauses* (про страхування яхт), подібні до передбачених стандартним Застереженням 280.

С3. Страховання контейнерів. Від самого початку контейнерної революції, яка припала на 70-ті роки ХХ ст., було вирішено, що контейнер — це не частина судна і не упакування вантажу, а тому страхуватися він має за окремими умовами. Найбільш поширені британські умови *Institute Container Clauses-Time* (Застереження 338 від 1 листопада 1987 р. про страхування контейнерів на строк, 339 — те саме, тільки від повної загибелі, загальної аварії, рятування і витрат, а також 340 — за воєнними ризиками). Страхуються тільки фізичні збитки. Покривається все, що не виключено. Випадки неясного зникнення контейнерів страхуванням не покриваються.

33.2.3. Страхування перевезень авіаційним транспортом у міжнародній торгівлі

Авіаційне страхування — це загальна назва комплексу майнового, особистого страхування та страхування відповідальності, яка впливає з експлуатації повітряного транспорту і захищає майнові інтереси юридичних та фізичних осіб у разі настання певних подій, визначених договором страхування або законодавством.

Розрізняють обов'язкове та добровільне авіаційне страхування. Обов'язкове авіаційне страхування обумовлене міжнародними конвенціями з цивільної авіації, до яких приєдналася Україна, та внутрішніми законодавчими актами.

Добровільні види авіаційного страхування — це широкий спектр в основному страхування майна та страхування відповідальності різних підприємств і організацій, котрі беруть участь у функціонуванні цивільної авіації.

Основними чинниками, які визначають особливості порядку та умов різноманітних видів авіаційного страхування, є:

- авіаційне страхування має справу з особливими, відмінними від інших видів майна ризиками;
- значний розмір страхових сум передбачає узгодження дій страховиків і перестраховиків;
- авіаційні ризики можуть тягти за собою катастрофічні та кумулятивні збитки;
- авіаційне страхування тісно пов'язане з міжнародним страховим ринком;
- авіаційне страхування регулюється як національним, так і міжнародним правом;
- для проведення операцій з авіаційного страхування потрібна розвинена спеціалізована інфраструктура;
- авіаційні ризики висувають високі вимоги до професійної підготовки фахівців, які здійснюють їх страхування.

При укладанні договорів авіаційного страхування потрібно мати на увазі, що в цивільній авіації дуже поширені оренда, лізинг, застава повітряних суден та обмін повітряними суднами між авіаексплуатантами. Така практика вимагає від усіх учасників страхової угоди точного визначення, хто саме та в яких випадках несе відповідальність і яку частку страхової суми отримає у разі настання страхового випадку. Виникає поняття співстрахувальника або додатково застрахованого (*additional insured*). У будь-якому випадку страхувальник повинен інформувати страховика про передачу повітряного судна іншій авіакомпанії та зміну відповідальності. Наприклад, авіакомпанії А і В уклали договір про перевезення пасажирів таким чином, що авіакомпанія А перевозить пасажирів, які придбали авіаквитки також авіакомпанії В. Авіаквиток — це договір пассажира з авіакомпанією В на перевезення його за вказаним

маршрутом, і саме авіакомпанія *B* несе відповідальність за виконання цього договору. Але фактично застраховані пасажирські крісла в літаку авіакомпанії *A*, що надала літак. Тому в договорі оренди між авіакомпаніями *A* і *B* обов'язково має бути поділено відповідальність та визначено всі страхові аспекти.

Особливістю практики авіаційного страхування є те, що поліс або сертифікат — це лише документ, що підтверджує факт страхування, але не є самим договором страхування. Згідно з Повітряним кодексом поліс страхування є обов'язковим бортовим документом. Звичайно, він не повинен бути об'ємним і повинен мати “міжнародно визнану форму”, що передбачає відповідний текст англійською мовою (саме англійська є міжнародно визнаною авіаційною мовою) з обов'язковим зазначенням страховика та перестраховального брокера. Як правило, авіаційні ризики розміщуються на національному та міжнародному страховому ринку через міжнародних страхових/перестраховальних брокерів. Найвідоміші та найбільші міжнародні брокери в авіаційному та космічному страхуванні — це MARSH, AON та “Willis Faber”. В авіаційному страхуванні застосовуються єдині правила страхування з метою визначення єдиного підходу при укладанні договорів авіаційного страхування, визначення термінології, страхових ризиків, страхових випадків та страхових виплат.

Умови (правила), на яких укладається договір страхування, та умови, на яких авіаційні ризики перестраховуються, безперечно, мають бути абсолютно однаковими, особливо коли ризики перестраховуються на міжнародному страховому ринку. У міжнародній практиці авіаційного страхування застосовуються уніфіковані умови та застереження міжнародного страхового ринку (AVK 1B, Zurich Re 1995 EE). Слід звернути увагу, що згідно з Чиказькою конвенцією всі аварійно-рятувальні роботи та розслідування авіаційної події здійснюються виключно державними авіаційними властями тієї країни, на території якої сталася ця подія.

Таким чином, основними особливостями авіаційного страхування є:

- комплектність (майнове, особисте, відповідальності);
- великі розміри страхових сум, визначених у валюті різних країн;

— дія полісів усередині країни та за її межами, тобто авіаційне страхування має міжнародний характер за визначенням;

- значна акумуляція ризиків;
- необхідність перестраховання ризиків на міжнародному страховому ринку.

З метою регулювання міжнародного ринку авіаційного страхування в світі існує велика кількість міжнародних конвенцій, основні з яких представлені в табл. 33.6.

Таблиця 33.6. Основні конвенції у сфері авіаційного страхування

Назва конвенції	Рік	Основний зміст
Варшавська конвенція та поправки до неї, відомі як Гаазький протокол	1929 1955	Є першою конвенцією у сфері авіаційного страхування, містить основні поняття та принципи діяльності. Гаазький протокол передбачає збільшення ліміту відповідальності за смерть чи тілесні ушкодження від 125 до 250 тис. золотих франків. Офіційною мовою Конвенції є французька
Гвадалахарська конвенція	1961	Встановлює відповідальність між фактичним авіаперевізником та перевізником за договором і особливо важлива в разі врегулювання питань страхових відшкодувань при спільній експлуатації літака кількома авіаперевізниками
Римська конвенція		Установлює ліміти відповідальності перед третіми особами всіх авіаперевізників
Монреальські протоколи ICAO — 1, 2, 3, 4 (International Civil Aviation Organization — Міжнародна організація цивільної авіації) та Монреальська конвенція	1999	Замінили золотий франк на Спеціальні права запозичення (SDR — Special Drawing Right); її мета — повністю замінити систему Варшавської конвенції. Конвенцію ICAO підписали 53 держави, а набере вона чинності після того, як її ратифікують 30 держав

До найважливіших правових актів належать також різноманітні резолюції IATA 600a, 6006 (*International Aviation Transport Association*) із питань вантажних авіаперевезень.

При страхуванні та перестрахованні вживаються єдині або уніфіковані умови страхування, які мають юридичну силу лише англійською мовою. Переклади цих умов будь-якими іншими мовами мають лише інформаційну функцію, тобто під час розгляду спірних питань у суді пріоритет має англійська версія цього документа.

33.3. Роль держави в організації страхування міжнародних торговельних операцій

Необхідно зазначити, що провідна роль у страхуванні міжнародних торговельних операцій у розвинених країнах належить державним установам та приватним страховим компаніям, які користуються державною підтримкою. Серед них слід особливо відзначити Міністерство економіки, торгівлі та промисловості Японії та Японську компанію страхування експорту та інвестицій (*Nippon Export and Investment Insurance* — (NEXI)) та *Експортно-Імпортний банк США (Ex-Im Bank)*. У Великій Британії операції торгового страхування забезпечуються Відділом гарантій експортних кредитів при Міністерстві торгівлі та промисловості — ECGD (*Export Credits Guarantee Department*), у США — Ексімбанком — EXIM Bank (*Export-Import Bank*), в Німеччині — HERMES та у Франції — COFACE.

Можна назвати такі причини здійснення перестраховування державою.

- У більшості випадків страховикам необхідно сплачувати великі суми страхових компенсацій, тобто страховик повинен мати у розпорядженні необмежені ресурси для покриття збитків.
- Необхідність проведення міжнародних переговорів на національному рівні.
- Торгове страхування може розглядатись як один із найефективніших засобів стимулювання зовнішньої торгівлі на рівні країни.

Основними типами страхування в межах торгового є:

- страхування експортних кредитів;
- страхування кредитів покупця;
- торгове страхування для виробників;
- страхування експортних кредитів для малого та середнього бізнесу;
- страхування іноземних позик, що були отримані для фінансування діяльності, пов'язаної з експортом;
- страхування іноземних інвестицій;
- страхування експортних рахунків;
- страхування експортних гарантій;
- страхування попередньої оплати імпорту.

Страхування експортних кредитів.

• *Страхування експорту готової продукції та експортної посередницької діяльності.* Цей вид страхування покриває збитки, які виникли в результаті неможливості здійснювати експортну або посередницьку діяльність внаслідок:

- форс-мажорних обставин, таких як війна, революція, імпорتنі обмеження або заборони, тероризм або природні катастрофи;
- банкрутства контрагента (імпортера).

Такий вид страхування також покриває збитки в результаті неможливості отримати платіж експортером після здійснення поставки у зв'язку з виникненням зазначених вище обставин.

Схематично дія цього виду страхування представлена на рис. 33.5.

- *Страхування експорту ліцензій.* Страхування ліцензування інтелектуальної власності, започатковане в жовтні 2003 р., покриває збитки, які виникають за експорту патентів, ноу-хау, авторського права та ін. у результаті неможливості отримати ліцензійні платежі, такі як роялті, через форс-мажорні обставини, такі як війна, або банкрутство, або затримка платежу контрагентом (рис. 33.6).

Страхування кредитів покупців (рис. 33.7) покриває можливі збитки національних комерційних банків, які видають позики іноземним покупцям для придбання товарів та послуг, що виробляються національними виробниками. Причинами, які призводять до збитків національних банків, є неможливість

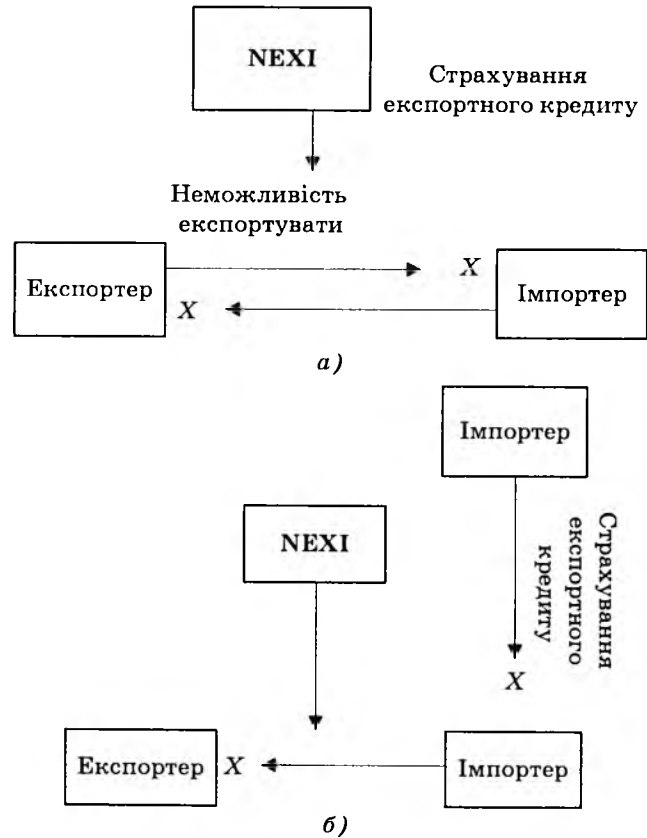


Рис. 33.5. Страхування експортних кредитів: а) для експортера; б) для посередника

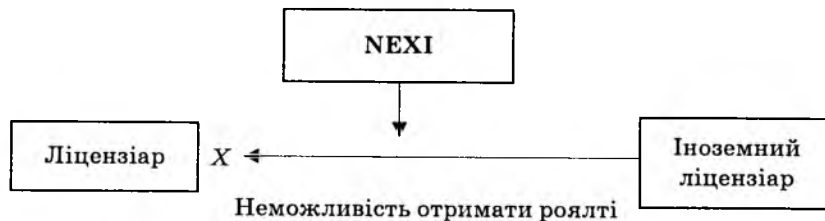


Рис. 33.6. Страхування торгівлі інтелектуальною власністю



Рис. 33.7. Страхування позики покупця

отримати повернення кредитів внаслідок війни, революції, введення валютних обмежень, призупинення можливостей репатріації прибутків або форс-мажорних обставин, таких як природні катастрофи та ін., а також внаслідок банкрутства та дефолту імпортера.

Необхідно також зауважити, що національні комерційні банки надають позики іноземним імпортерам за підтримки державних органів, які забезпечують реалізацію заходів, спрямованих на стимулювання експорту. Зокрема в Японії є спеціальний банк, який називається Японський банк міжнародного співробітництва (*Japan Bank for International Cooperation*).

Приклад

Проект будівництва заводу з виробництва добрив у Омані / Сохар.

Проект з будівництва заводу з виробництва добрив у Промисловій портовій зоні Сохар (*Sohar Industrial Port Area*) з щоденною потужністю виробничих потужностей 3500 т. Ініціатором проекту є «Сухал Бахван Груп» (*Suhail Bahwan Group*) — один із найбільших конгломератів в Омані, а підрядником — «Мітсубіші Хеві Індустрі» (*Mitsubishi Heavy Industries Ltd.*) у

співробітництві з “Сожітс корпорейшин” (*Sojitz Corporation*). Оскільки Оман стимулює розвиток промисловості на основі наявних у країні газових ресурсів, то це проект є одним із найбільших та найважливіших з тих, що здійснюється керівництвом Оману, з погляду співвідношення витрат газових ресурсів на одного зайнятого. Загальний бюджет проекту становить 46 млрд дол. США, що надаються Японським банком міжнародного співробітництва та комерційним банком. Розмір страхування, що забезпечується NEXI, становить 23 млрд дол. (частина позики, що надається комерційним банком).

Торгове страхування для виробників. На відміну від страхування експортних кредитів, цей вид кредитування надається виключно національним виробникам, які експортують свою продукцію або здійснюють посередницькі операції з експорту (рис. 33.8). Страховик покриває збитки, які виникають, коли експортери не можуть або здійснити поставку, або отримати платіж. Претендент на отримання такого виду страхування може подавати заявки на кожну окрему операцію. У випадку настання страхового випадку з конкретним контрагентом страхове відшкодування буде виплачуватися в межах заздалегідь визначеної суми для конкретного покупця.

Страхування експортних кредитів для малого та середнього бізнесу. Цей вид страхування був започаткований лише нещодавно (в Японії лише у квітні 2005 р.) з метою підтримки експортних можливостей виключно малих та середніх підприємств (рис. 33.9). Такий вид страхування покриває збитки, які виникають у зв'язку з неможливістю отримання експортерами дебіторської заборгованості. Простота процедури подання заявки на отримання страхування та швидкість відшкодування відповідають потребам малого та середнього бізнесу. Крім того, така страховка може бути використана як гарантія для отримання позики у банку і може бути придбана у банках, які мають відповідну угоду з NEXI.

Страхування іноземних позик, що були отримані для фінансування діяльності, пов'язаної з експортом (*Overseas United Loan Insurance — OULI*).

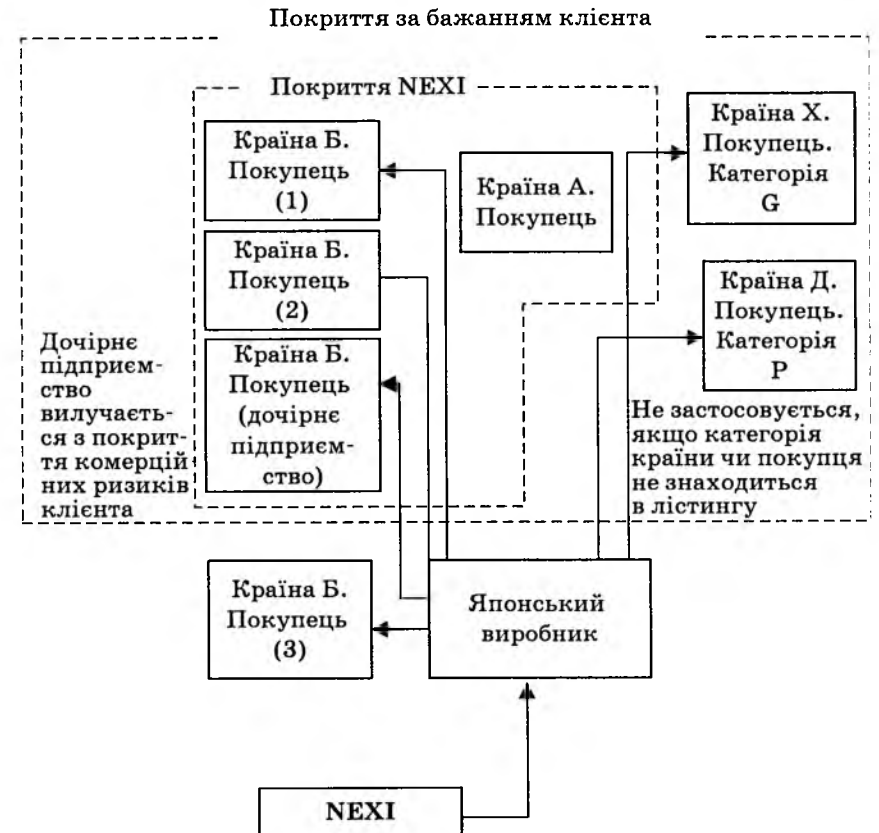


Рис. 33.8. Торгове страхування для виробників

- *Страхування позик* покриває збитки, які можуть виникнути у національних комерційних банків або компаній, що надають довгострокові позики іноземним урядам або іноземним компаніям для закупівлі товарів та послуг у національних виробників (рис. 33.10). Збитки покриваються, коли національний суб'єкт господарювання (компанія або комерційний банк) не спроможні повернути основну суму боргу та відсотки за ним внаслідок воєн, революцій, обмежень або заборон на конверсійні операції, обмежень щодо можливостей репатріації прибутків, форс-мажорних обставини, банкрутства/дефолту боржника.

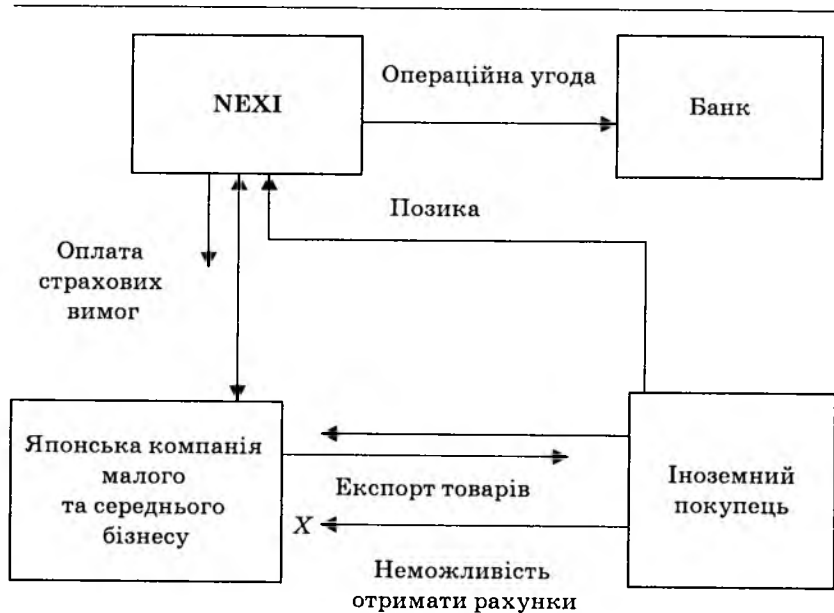


Рис. 33.9. Банківські позики, забезпечені страхуванням експортних кредитів для малих та середніх підприємств



Рис. 33.10. Страхування зв'язаних іноземних кредитів

Приклад

Бразилія (Petrobras) PDET-проект з транспортування нафти у басейні Кампос.

Метою проекту PDET є збільшення потужностей транспортування нафти з басейну Кампос.

“Petroleo Brasileiro S.A. (Petrobras)”, яка є найбільшою бразильською нафтовою компанією, прагне побудувати інфраструктуру з транспортування нафти, в тому числі нафтоховища для збирання нафти з басейну Кампос для подальшого її транспортування танкерами. Загальна вартість проекту становить 910 млн дол. США, з яких 328 млн дол. США надаються комерційними банками через синдикований кредит, менеджментом якого виступає “Mizuho Corporate Bank”. NEXI надає страхування іноземного зв'язаного кредиту для підтримки комерційних банків, які надають таку позику для фінансування бразильського проекту. Крім того, дві японські корпорації “Mitsubishi Corporation” і “Marubeni Corporation” є основними акціонерами цього проекту.

- Страхування гарантій виконання зобов'язань покриває можливі збитки японських компаній або комерційних банків, які надають гарантійні листи своїм іноземним підрозділам або іноземним компаніям/урядам для отримання позик (рис 33.11). Втрати можуть виникнути, коли гарант виконає свої зобов'язання внаслідок неможливості позичальника погасити позику в результаті війни, революції, неможливості провести відповідну валютну операцію, призупинення грошових переказів або форс-мажорних обставин, таких як природні катаклізми та ін., а також банкрутства.

Страхування іноземних інвестицій.

- Страхування інвестицій (інвестиції в статутний капітал, придбання акцій) покриває можливі збитки, які спричинені іноземним підрозділом японської компанії, або спільним підприємством за участю японської корпорації (рис. 33.12). Збитки, які покриває NEXI, з'являються в іноземного підрозділу, коли він не може проводити свою економічну діяльність у результаті війни, тероризму або форс-мажорних обставин, таких як природні катастрофи, або немож-

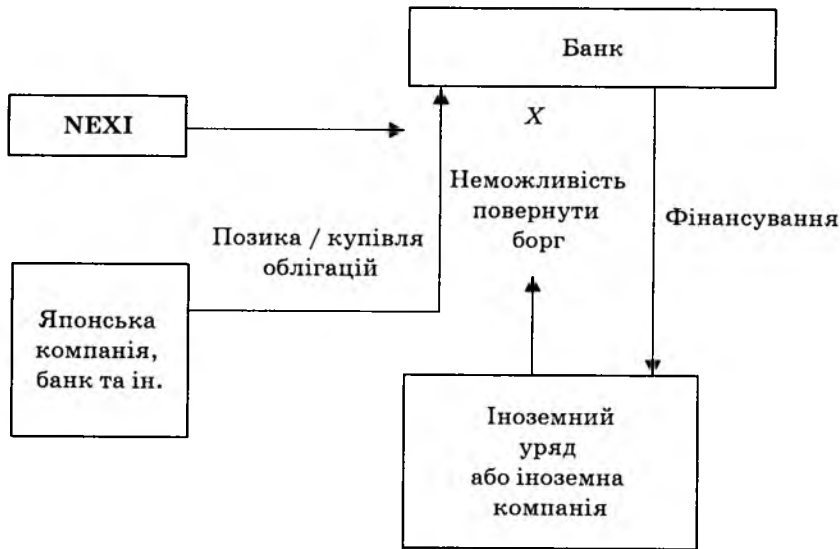


Рис. 33.11. Страхування гарантій



Рис. 33.12. Страхування іноземних інвестицій

ливості переказу прибутків від іноземних підрозділів до материнської компанії у зв'язку з введенням заборон на валютні операції або призупинення переказів.

• Страхування прав та отриманих прибутків (нерухомість та ін.) відшкодовує збитки тим японським компаніям, які провадять іноземну господарську діяльність без створення іноземного підрозділу. Втрати можуть виникнути при придбанні нерухомості, прав на видобування корисних копалин або завезення японського обладнання для проведення діяльності через форс-мажорні обставини. Крім того, така страховка покриває збитки японської компанії, яких вона зазнала в результаті продажу закордонної власності та неможливості переказу отриманого доходу на батьківщину.

Страхування експортних рахунків. Такий вид страхування покриває збитки японського комерційного банку, які можуть виникнути під час проведення розрахунків за міжнародними торговельними операціями, в результаті використання тратти, яка не має акредитивного забезпечення (рис. 33.13). Збитки можуть виникнути, коли банк стикається з несплатою векселя в результаті: 1) війни, революції, неможливості провести відповідну валютну операцію, призупинення грошових переказів або форс-мажорних обставин, таких як природні катаклізми та ін.; 2) банкрутства іноземного імпортера. Існування такого

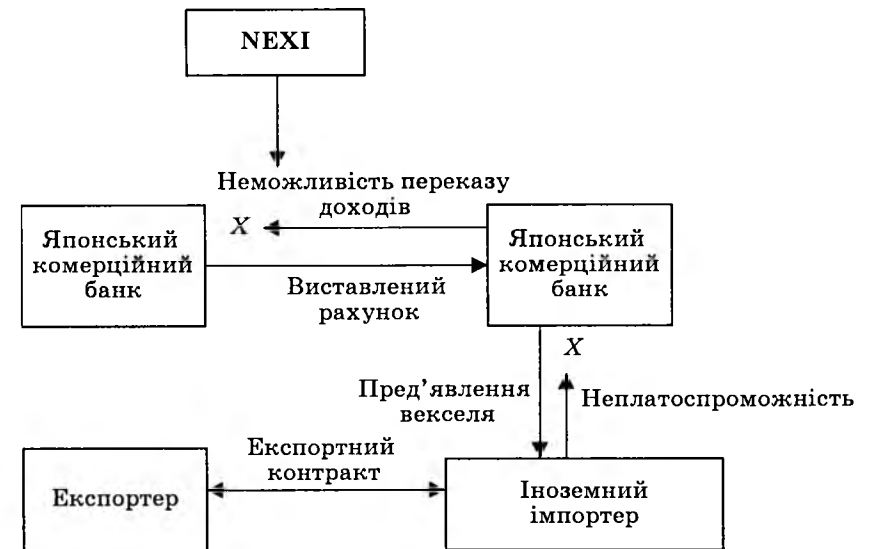


Рис. 33.13. Страхування експортних рахунків

виду страхування полегшує можливості використання тратти без акредитивного забезпечення у міжнародному торговельному обороті.

Страхування експортних гарантій покриває втрати японських комерційних банків та ін., які видають гарантійні листи (гарантія пропозиції та гарантії виконання контракту) для японських експортерів. Такі збитки можуть виникнути, коли японський комерційний банк тощо, виконав свої зобов'язання перед несумлінним іноземним імпортером.

Страхування попередньої оплати імпорту покриває збитки тих японських імпортерів, які провели попередню оплату імпортних поставок, але так і не змогли вчасно отримати товар. Такі збитки можуть бути зазнані коли імпортер не може повернути аванс внаслідок: 1) воєн, революцій, неможливості провести відповідну валютну операцію, призупинення грошових переказів або форс-мажорних обставин, таких як природні катастрофи та ін.; 2) банкрутства іноземного контрагента.

Американський уряд пропонує компаніям США страхування як експортних операцій через уповноважений ЕКСІМ-банк, так і міжнародних інвестицій через ОПІК (Корпорація закордонних приватних інвестицій). Страхове покриття включає втрати від неплатежу, неконвертованості валюти, експропріації активів та політичних ризиків.

Страхування експортних операцій.

Страхування експортних кредитів передбачає фінансування експортних операцій американських компаній та уникнення ризику неплатежу. Процедури, які пропонуються ЕКСІМ-банком США, дають змогу компанії запропонувати кредит своєму іноземному покупцю та збільшити обсяг оборотних коштів. Основною перевагою страхування експортних кредитів для компанії є надання низки інструментів для стимулювання експортної діяльності національних товаровиробників (табл. 33.7).

Страхування, здійснюване ЕКСІМ-банком, поділяється на коротко- та середньострокове. Короткострокове страхування передбачає, що продукція, яка відвантажується з США, повинна містити не менше 50 % компонентів, вироблених у Спо-

Таблиця 33.7. Використання страхування як інструменту для створення додаткових переваг експортерів

Назва інструменту	Зміст
Інструмент зниження ризику	Знижує ризик неплатежу в результаті комерційних ризиків (банкрутства покупця) та деяких видів політичних ризиків (війна або неконвертованість валюти). Страхівка ЕКСІМ-банку може зменшити або взагалі зробити непотрібним застосування таких інструментів, як попередня оплата, акредитив та ін.
Маркетинговий інструмент	Надає можливість розширити кредитні умови для покупців, наприклад, можна розширити експортні можливості, надаючи розрахунок "за відкритим рахунком"
Фінансовий інструмент	Збільшує грошовий потік шляхом трансформування дебіторської заборгованості у дебіторську заборгованість, гарантовану урядом США, що дає змогу експортувати на нові ринки з більшою впевненістю

лучених Штатах. Короткострокові страховки покривають широке коло товарів, сировинних матеріалів, запчастин, компонентів та більшість послуг на строк до 180 днів. Також здійснюється страхування капітальних товарів, споживчих товарів тривалого користування та масові сільськогосподарські товари. У виняткових ситуаціях строк страхування експорту останніх може бути збільшений до 360 днів.

Середньострокове страхування (експортерам та позичальникам) (*Medium-term Insurance (Exporters and Lenders)*), що надається ЕКСІМ-банком, спрямоване на захист довгострокового фінансування іноземних покупців капітальних товарів або послуг, покриваючи одну або декілька поставок.

Фінансування за цією програмою може бути подовжено до п'яти років (до семи років у виняткових випадках) та має розмір до 10 млн дол.

ЕКСІМ-банк вимагає від покупця здійснити грошову оплату експортера розміром до 15 % від контрактної вартості. Страхуванню буде підлягати решта 85 % від чистої контрактної вартості або та частина контракту, яка постається експортером зі США.

Дуже часто фінансовий заклад вже є застрахованим та виплачує кошти експортеру після підтвердження страхового випадку. ЕКСІМ-банк буде розглядати документацію лише після представлення вимоги про відшкодування збитків. Така вимога буде оплачуватися лише після надання відповідної документації у повній формі та у визначені строки.

Розмір страхових премій визначається на основі існуючої шкали, яка складається з урахуванням якості та типу покупця і країни покупця.

Середньострокове страхування покриває до 85 % чистої контрактної вартості США (якщо іноземні компоненти становлять більше 15 %, то ЕКСІМ-банк покриє лише частку США). Основні програми страхування, які пропонуються урядом США через ЕКСІМ-банк США з метою стимулювання експортного потенціалу країни, наведені у табл. 33.8.

Таблиця 33.8. Основні програми страхування, що надаються ЕКСІМ-банком США

Назва програми	Особливості програми
<i>Програма страхування для малого бізнесу (small business policy)</i>	Створена спеціально для невеликих, фінансово життєздатних компаній, які лише починають експортувати свою продукцію або експортують її час від часу. Дає змогу збільшити міжнародні обсяги продажу, полегшуючи умови кредитування порівняно з конкурентами, одночасно мінімізуючи свій ризик. Для тих підприємств, що відповідають визначенню "малого бізнесу" Адміністрації малого бізнесу США та мають обсяг експорту, що не перевищує 5 млн дол. США ЕКСІМ-банк надає посилений страховий захист та покриття. Основними характерними ознаками є спрощена система нарахування премій, додатковий захист (для визнаних експортерів), що становить привабливий

Продовження табл. 33.8

Назва програми	Особливості програми
	фінансовий інструмент, який дає можливість кредиту приймати як забезпечення застраховану дебіторську заборгованість з обмеженим рівнем ризику
<i>Програма страхування іноземних покупців (multi-buyer policy)</i>	Надає можливість експортерам з США зменшити рівень ризику експортних операцій, що здійснюються на умовах кредитування покупців, шляхом страхування дебіторської заборгованості від дефолту або неплатежу. Така програма дає змогу збільшити експорт шляхом розширення можливостей для надання кредитів іноземним покупцям, зменшуючи одночасно їх ризикованість. Згідно з цією програмою страхування покриває збитки від дефолту покупця в результаті комерційних ризиків на 90—95 % та від політичних ризиків на 95—100 %. Крім того, експортер має можливість передачі дебіторської заборгованості кредиту в обмін на фінансування своєї діяльності. Премії сплачуються лише на фактичні поставки. Страхові премії розраховуються на основі терміну дебіторської заборгованості, типу покупця та країни покупця. ЕКСІМ-банк залишає за собою право встановлення "дискримінаційних" кредитних обмежень щодо експортерів, які є суб'єктами міжнародних кредитних відносин, до отримання позитивної інформації щодо кредитної історії та проведення розрахунків
<i>Програма короткострокового страхування іноземного покупця (short-term single buyer policy)</i>	Дає можливість експортеру обрати та застрахувати конкретну короткострокову дебіторську заборгованість від втрат через комерційні або визначені політичні ризики. Надає захист кредитам, які отримує іноземний покупець протягом 12 міс. Розмір премій буде визначатися якістю та типом покупця та країною покупця. Ця програма

Продовження табл. 33.8

Назва програми	Особливості програми
	ма буде покривати одну або декілька поставок одному іноземному покупцю, надає 90 % покриття від ризику неплатежу покупця, містить чітко визначену процедуру для отримання покриття ЕКСІМ-банку після 90-денного періоду (що є корисним для представлення покупцю під час проведення переговорів щодо угоди), збільшує можливості для отримання позики, дозволяючи передавати майбутні застраховані платежі від експортера кредиторю
<i>Програма банківських акредитивів</i>	Захищає банки, розташовані в США, від збитків (тобто від неспроможності іноземного банку-емітента провести платіж або здійснити відшкодування) за безвідкличним акредитивом, що був відкритий для фінансування експорту з США. Покриття здійснюється на 95 % для приватного сектору, на 100 % — для державних банків та 98 % для масових сільськогосподарських товарів. Премії розраховуються на основі фіксованої шкали для кожного типу, якості позичальника та країни покупця. Відсотки покриваються на розмір базової ставки мінус 0,5 % . Основними перевагами для позичальника є селективне страхування акредитиву, покриття також поширюється на платежі з рефінансування банком-емітентом відповідно до умов безвідкличного акредитива
<i>Програма захисту фінансових інституцій, що надають кредити іноземним покупцям (Financial Institution Buyer Credit Policy)</i>	Захищає кредиторів, які фінансують іноземних покупців американських товарів та послуг, здебільшого строком до 180 днів (в окремих випадках до 360 днів для масових сільськогосподарських товарів та капітальних товарів). Може бути застосована для одноразової або декількох поставок від одного або декількох експортерів одному і тому самому покупцю.

Продовження табл. 33.8

Назва програми	Особливості програми
	Покриття здійснюється на 95 % для приватного сектору, на 100 % — для державних банків та 98 % для масових сільськогосподарських товарів. Премії розраховуються на основі фіксованої шкали для кожного типу, якості позичальника та країни покупця. Відсотки покриваються на розмір базової ставки мінус 0,5 %
<i>Програма захисту фінансових інституцій, що надають кредити американським експортерам (Financial Institution Supplier Credit Policy)</i>	Спрямована на захист кредиторів, що фінансують або викупають дебіторську заборгованість, яка формується експортними поставками на необоротній основі. Цей вид страхування має покриття на 90—95 % для приватного сектору, 100 % — для державних установ та 98 % — для масових сільськогосподарських продуктів
<i>Програма страхування іноземних дилерів (Foreign Dealer Insurance Policy)</i>	Створена з метою забезпечення гнучкої та конкурентної підтримки для фінансування експорту капітальних товарів американських виробників через іноземних дилерів. Така програма може бути особливо корисною малим та середнім американським експортерам, яким необхідне фінансування своїх іноземних дилерів. Особливістю є здатність покривати фінансування, яке поєднує короткострокове фінансування запасів, які акумулюються для перепродажу, з можливістю подовження кредиту (тобто рефінансування) на більш тривалий період з метою кращого задоволення вимог щодо фінансування, які висуваються дилером. Програма страхування іноземних дилерів також доступна і фінансовим інститутам
<i>Програма страхування лізингових операцій (lease insurance policy)</i>	Надає можливість збільшити обсяги міжнародних лізингових операцій лізинговим компаніям, забезпечуючи страхування обох фінансових потоків лізингової угоди: лізингових платежів та справедливих

Закінчення табл. 33.8

Назва програми	Особливості програми
	<p>вої ринкової ціни предмета лізингової угоди.</p> <p>ЕКСІМ-банк пропонує дві програми страхування лізингу — операційного і фінансового лізингу, кожна з яких має особливу систему. Вибирається програма власне орендодавцем та визначається структурою кожної конкретної операції. Орендодавцем може бути будь-яка лізингова компанія, виробник, банк, траст, партнерство або інша особа, іноземна чи американська, яка надає в лізинг або бере участь в угоді з надання у лізинг обладнання та послуг, вироблених у США, іноземним орендарям</p>

Висновки

1. Страхування зовнішньоторговельних операцій — це міжнародні економічні відносини щодо захисту майнових інтересів суб'єктів господарювання при настанні певних подій (страхових випадків) за рахунок грошових коштів, які формуються на основі сплати страхових внесків (премій). Страхування зовнішньоторговельних операцій включає страхування майна та страхування відповідальності.

2. Коло ризиків, у тому числі специфічних, які необхідно враховувати, а отже, і страхувати, значно ширше ніж у разі здійснення торговельної операції всередині однієї країни.

3. Найдавнішим видом страхування у міжнародній торгівлі є страхування міжнародних товароперевезень. Причому з моменту виникнення найпоширенішим видом транспортного страхування залишається страхування вантажів, що транспортуються морем, оскільки саме морем перевозиться переважна частина торгових вантажів.

4. При здійсненні страхування міжнародних товароперевезень необхідно враховувати і специфічні фактори та ризики,

пов'язані з необхідністю проходження транспортних вузлів у різних країнах світу, що буде додатково впливати на визначення страхової премії та страхових відшкодувань.

5. Уряди розвинених країн надзвичайно активно підтримують своїх експортерів, у тому числі страхуючи експортні ризики. Для реалізації цього завдання уряд може створити урядову страхову компанію або надати повноваження приватним компаніям реалізовувати урядові програми з підтримки національних експортерів.

6. Розширення кола компаній, які беруть участь у здійсненні операцій міжнародної торгівлі, а також збільшення переліку державних програм зі страхування, якими можуть скористатися національні товаровиробники, а також іноземні покупці. Зокрема, створюються спеціалізовані програми для страхування міжнародних операцій малого бізнесу.

Навчальний тренінг

Основні терміни і поняття

Страхування зовнішньоторговельних операцій; експортер; імпортер; ІНКОТЕРМС-2000; брокери зі страхування вантажів; транспортно-експедиторська компанія; страхування експортних кредитів; торгове страхування; страхування вантажів; що транспортуються морем; правила морського страхування (CARGO); Інститут лондонських страховиків; ТТ-клуб; договір морського страхування; міжнародні критерії класифікації кораблів; страхування каско суден; страхування відповідальності судновласників; авіаційне страхування, ЕКСІМ-банк США; урядові страхові програми; японська компанія страхування експорту та інвестицій.

Контрольні запитання, завдання, тести

1. У чому полягають особливості страхування міжнародних торговельних операцій порівняно зі страхуванням внутрішніх торговельних операцій?
2. Які основні види ризиків супроводжують експортно-імпортну угоду? Як вони можуть бути мінімізовані?
3. Який вид страхування вантажоперевезень є найбільш популярним при реалізації міжнародної торговельної угоди?
4. У чому полягають сутність та цілі розробки застереження Лондонського інституту страховиків?
5. Які класифікації полісів морських перевезень ви знаєте?
6. Назвіть основні фактори, що визначають розмір страхової премії при міжнародних товарних перевезеннях?
7. Які основні ризики страхують під час здійснення міжнародних товароперевезень?
8. Що означає поняття ТТ-клуб (*Through Transport Club*)?
9. Як, на вашу думку, вплинуло розширення ЄС на розвиток страхування міжнародних товароперевезень?
10. Назвіть основні чинники, що визначають особливості порядку та умов різноманітних видів авіаційного страхування.
11. Як державні органи управління можуть сприяти розвитку міжнародної торгівлі через систему страхування?
12. Як можна використовувати страхування як інструмент для створення додаткових переваг експортерів?

Література

1. *Базилевич В.Д. Базилевич К.С.* Страхова справа. — 4-те вид., перероб. і доп. — К.: Знання, 2005. — 351 с.
2. *Артюх Т.М.* Страхові послуги. — К.: КНЕУ, 2002.
3. *Безуглова М.А.* Транспортные услуги в международной торговле. — Мурманск, 2001.
4. Глобальна торгова система: розвиток інститутів, правил, інструментів СОТ / Кер. авт. кол і наук. ред. Т.М. Циганкова. — К.: КНЕУ, 2003.

5. *Дідківський М.І.* Зовнішньоекономічна діяльність підприємства: Навч. посіб. — К.: Знання, 2006.

6. Страховання: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С.С. Осадець. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — 599 с.

7. *Циганкова Т.М., Петрашко Л.П., Кальченко Т.В.* Міжнародна торгівля. — К., 2001.

8. *Gianturco D.E.* Export Credit Agencies: The Unsung Giants of International Trade and Finance Quorum Books (June 30, 2001). — 208 p.

9. *Nelson C.A.* Import/Export: How to Get Started in International Trade McGraw-Hill. — 3 ed. (August 4, 2000). — 340 p.

10. *Skipper Harold J.* Insurance in the General Agreement on Trade in Services (AEI Studies on Services Trade Negotiations) AEI Press (January 25, 2001). — 82 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Зміна стратегії поведінки страхових компаній на міжнародному ринку з урахуванням збільшення кількості природних катастроф

Якщо рівень світового океану підвищиться тільки на чотири метри, то на земній кулі будуть затоплені майже усі приморські міста.

*Population Reference Bureau:
www.prb.org, 2006*

Природні катастрофи виникають під впливом стихійних сил природи. Аналіз даних за останнє століття свідчить, що кількість та масштаби природних катастроф закономірно зростають. Так, до стратегічних природних ризиків відносять ті, що пов'язані з розвитком небезпечних природних явищ (землетруси, повені, урагани, смерчі, буревії, шторми, виверження вулканів, провали та опускання поверхні Землі, аномальні температури, лісові пожежі, зсуви, снігові лавини тощо).

Екологічні катастрофи виникають у вигляді локальних або планетарних дисфункцій біосфери під впливом соціуму на середовище його проживання, а також за рахунок використання та споживання природно-ресурсного потенціалу Землі.

Зміна стратегії поведінки страхових компаній на міжнародному ринку

Зростаючий тиск людини на природу унеможливорює відновлювальні функції біосфери, руйнує основні харчові ланцюги та біогеохімічні цикли. І, врешті-решт, викликає локальні екологічні катастрофи, що створюють умови для катастрофи глобальної.

Техногенні (технологічні) катастрофи також можуть мати соціальне походження, адже створюють та керують технічними системами люди. Енергетичні, ядерні, транспортні та інші аварії і катастрофи виникають внаслідок порушення взаємодії елементів людино-машинних систем. У таких катастрофах з розвитком техніки величезну роль відіграє людський чинник (прийняття необґрунтованих рішень на всіх рівнях, інженерні помилки, прорахунки персоналу, неефективна допомога рятувальних служб). Зростання масштабів та потужності технічних систем призводить до збільшення людських, матеріальних та екологічних втрат.

Безпека техногенної сфери взагалі має два взаємозалежні та взаємодоповнювальні аспекти: *техногенна безпека* визначає ступінь захищеності людини, господарських об'єктів і довкілля від загроз, джерелом яких є створені та діючі складні технічні системи, у разі виникнення та поширення аварійних і катастрофічних ситуацій; *технологічна безпека* визначає ступінь захищеності людини, господарських об'єктів і довкілля від загроз, пов'язаних з необґрунтованим створенням чи відсутністю технічних систем, технологічних процесів і матеріалів.

За ступенем потенційної небезпеки стосовно катастроф як глобального, так і об'єктового масштабів розглядають об'єкти ядерної, хімічної, металургійної та гірничої промисловості, унікальні інженерні споруди (греблі, естакади, нафто-, газосховища), транспортні системи (аерокосмічні, надводні, підводні, наземні), магістральні нафто-, газопродуктопроводи. До них також належать небезпечні об'єкти військового та оборонного комплексу. Аварії та катастрофи на зазначених об'єктах можуть ініціюватися небезпечними природними явищами — землетрусами, буревіями, штормами тощо.

Як приклад впливу лише окремих природних катастроф на галузь страхування можна навести урагани “Катріна”, “Рита” та “Вілма” у 2005 р. Так, збитки, яких було зазнано в резуль-

таті лише цих катастроф одним із найбільших страхових ринків Ллойд, становили 2,9 млрд фунтів стерлінгів, тобто синдикати втратили 25 % капіталу та сформованих страхових резервів.

Страхова галузь має робити більше, щоб реально оцінити ризик, пов'язаний зі змінами клімату, та активно керувати ним (рис. 1).

Поточні природні катастрофи вимагають розробки нових моделей ціноутворення й обчислення капіталу в страхуванні, які мають регулярно уточнюватись і оновлюватись з урахуванням прогнозів кліматичних ризиків, а не лише минулого досвіду.

Буревії та урагани матимуть реальний вплив на економічну діяльність і страхування. Беручи до уваги лише циклічний характер, можна очікувати, що в наступні десять років руйнівні наслідки ураганів тільки зростатимуть. Страховики мають врахувати, що кліматичні зміни призведуть до вищої частоти екстремальних погодних умов протягом більшого сезонного періоду на більшій географічній території. До уваги треба брати короткострокові погодні прогнози, а не спиратись лише на довгострокові характеристики.

Зміни клімату означають, що змінюються фактори природного впливу, з'являються нові ризики. Страховики мають постійно аналізувати і переглядати умови страхування з урахуванням параметрів взятого ризику й докласти більше зусиль щодо інформування своїх клієнтів про зміни у факторах зовнішнього впливу з метою зменшення ризиків (рис. 2).

Страховикам треба готуватись до того, що зміни клімату негативно впливатимуть на вартість основних фондів і тому акцент діяльності має зміститись на страхування прибутків.

На сьогодні одним із чисел, що викликають занепокоєння науковців, є 0,6. Саме на таку величину, за розрахунками вчених, зросла температура на планеті протягом ХХ ст. Деякі з них припускають, що підвищена концентрація аномальних природних явищ, як-от повені, посухи, які відбуваються в різних куточках планети, за оцінками, забрали життя понад 6 млн людей, а ще більша кількість втратила здоров'я. Завдані матеріальні збитки точно оцінити практично неможливо. У 2007 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) запла-

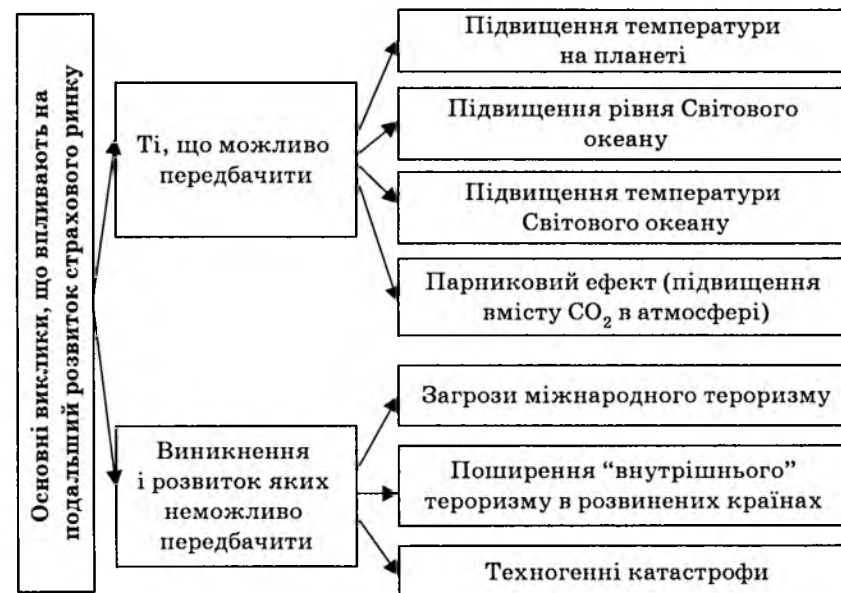


Рис. 1. Найважливіші проблеми, що впливають на розвиток страхового ринку

нувала провести широкомасштабне дослідження, яке б визначило ступінь впливу кліматичних змін на здоров'я людини. За приблизними оцінками фахівці ВООЗ називають цифру в 300 тис. життів щорічно. Основною причиною називають підвищення температури. Проте необхідно пам'ятати, що підвищення температури на планеті стає причиною різких коливань температури, порушення водного балансу, повеней, буревіїв та торнадо, виникнення нових вірусів та поширення епідемій різних захворювань, проти яких ще не існує ліків.

Однак серед учених є й інша думка — підвищення температури відбувається не в результаті діяльності людини, а є наслідком циклічного розвитку планети, яка переживає періоди підвищення та зниження температури на планеті. Суперечки точаться навколо причин підвищення температури, темпів її підвищення у майбутньому. Разом з тим ніхто не заперечує той факт, що температура підвищується і це призводить до багатьох негативних наслідків для життя та здоров'я людини.

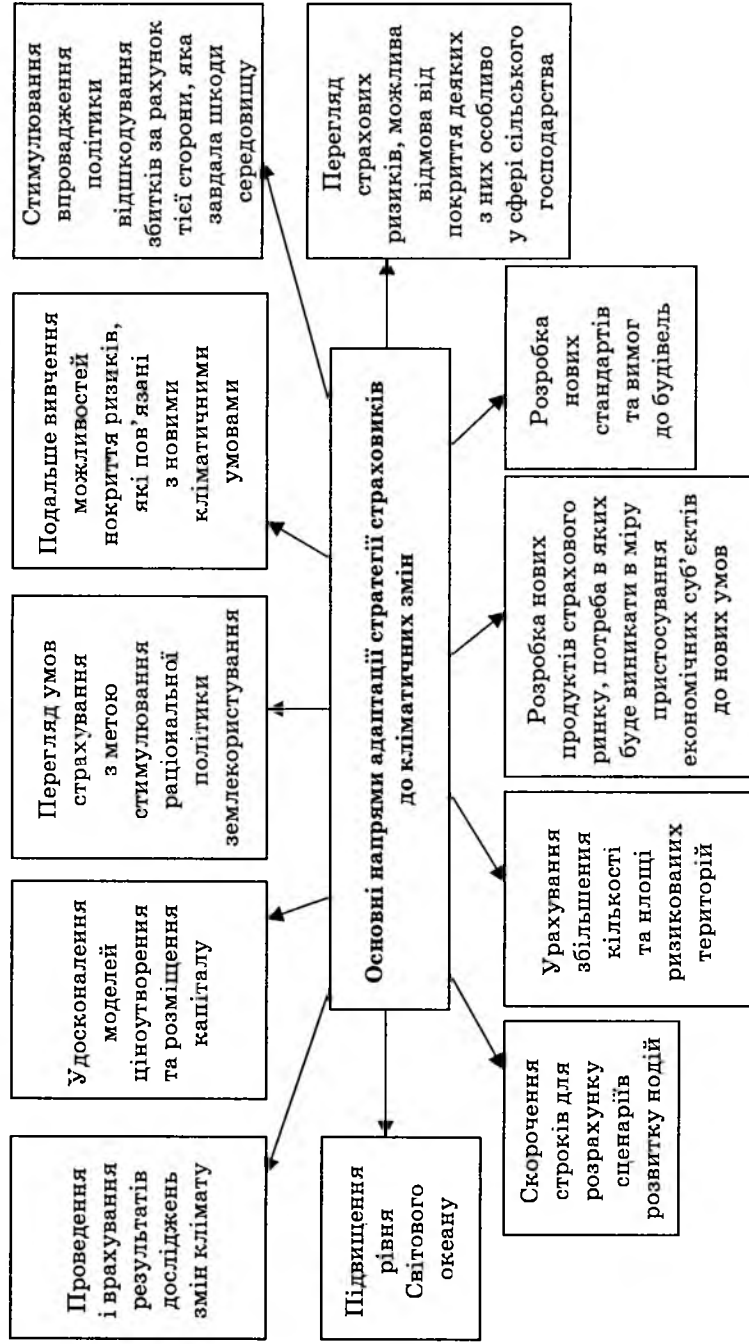


Рис. 2. Врахування кліматичних змін при розробці стратегії страховими компаніями

Зміна стратегії поведінки страхових компаній на міжнародному ринку

Експерти ВООЗ прогнозують поширення посух, смертельно небезпечних теплових хвиль, повеней, штормів та цунамі, активізацію комах, які є носіями інфекцій, мутацію хвороботворних бактерій та вірусів. Особливу увагу необхідно звернути на те, що збільшення смертності від раку шкіри, теплових ударів, поширення епідемій різноманітних хвороб на всіх континентах прогнозується вже на 2010 р. Саме дослідження містило прогноз до 2025 р.

Лише тепла хвиля 2003 р., яка спостерігалася на Європейському континенті, забрала життя 35 тис. осіб. Водночас, за прогнозами Європейської комісії, до 2025 р. половину населення ЄС будуть становити люди, старші за 60 років, тобто категорія найбільш метеочутливих людей. Така ситуація може розглядатися керівництвом країн ЄС як надзвичайно загрозна.

Додатковою загрозою потепління для здоров'я людей є формування вторинних речовин, які забруднюють атмосферу. Комбінація дій підвищення температури та забрудненого повітря має синергетичний ефект, тобто коли вони діють разом, а отже, такі наслідки значно небезпечніші, ніж окремих вплив підвищення температури або забруднення повітря.

Лише в минулому столітті було зафіксовано декілька випадків масового отруєння людей забрудненим повітрям, що викликало велику кількість захворювань та смертей. Зокрема, у 1930 р. в районі долини Маас (Бельгія) загинуло 63 особи та захворіло 6 тис. осіб, в 1948 р. у Донорі (штат Пенсильванія, США), загинуло 20 осіб, 1190 осіб — половина населення міста — захворіли; в 1952 р. у Лондоні (Велика Британія) від отруєння загинуло 8 тис. осіб. Причиною таких випадків було викиди сірки у повітря та висока температура. Викиди сірки в повітря є результатом використання вугілля з високим вмістом сірки для виробництва електроенергії та опалення. Спалювання органічного палива призводить до викидів крім вуглекислого газу ще й канцерогенних речовин, які провокують у людей серцево-судинні та респіраторні захворювання. Необхідно зазначити, що ризик горіння підвищується ще також тим, що скупчення висотних будинків, дорожнього покриття призводить до утримання високих температур протягом більш тривалого часу.

Посилення тривалості теплових хвиль, на думку багатьох вчених, може призвести до зміни режиму опадів, що означати-ме збільшення кількості та масштабів посух та повеней.

Пилок рослин, спори пліснявих грибів, таргани та пилові кліщі тощо — все це фактори ризику виникнення та розвитку багатьох захворювань верхніх дихальних шляхів, алергій і активізуються такі фактори саме з підвищенням температури повітря.

Вчені зазначають, що стихійні лиха вражають усі континенти, зокрема такі, де донедавна подібні лиха або не реєструвалися, або не були такими масштабними. Так, у 1998 р. ураган “Мітч” спричинив смерть 7500 осіб у Гондурасі, Нікарагуа, Гватемалі та Сальвадорі. Після повені в Мозамбіку у 2000 р. втратили домівки 300 тис. осіб і загинуло 500 осіб.

Починаючи з 1970 р. реєструють збільшення частоти виникнення такого природного феномену як “Ель-Ніньйо”, що спостерігається кожні два — сім років. “Ель-Ніньйо” — це аномальне потепління води, яке вважається причиною численних посух та ураганів по всьому світу, супроводжується голодом та епідеміями й забирає життя тисячі осіб. З його настанням у країнах Тихоокеанського регіону, зокрема Індонезії, Філіппінах, Австралії, починаються тривалі посухи, натомість країни Латинської Америки потерпають від тривалих дощів. “Ель-Ніньйо” впливає на погодні умови країн Тихого, Атлантичного, Індійського океанів. Вважають, що у 1997—1998 рр. через дію “Ель-Ніньйо” загинуло 24 000 осіб.

Одна з найбільших небезпек наслідків повеней — це брудна та заражена вода, яка стає безпосереднім джерелом розповсюдження інфекційних захворювань, зокрема таких важких, як дизентерія, сальмонельоз, гепатит А та ін.

З початку 80-х років в Європі реєструють випадки захворювань, що викликані тими організмами, які раніше вважалися такими, що не можуть переносити інфекції у воді, в тому числі лямблійоз, цистоз, діарея. Більше того, в 60 % випадків взагалі не вдалося виявити збудника захворювання.

Такі глобальні зміни призводять до того, що змінюються географія, напрямки та швидкість розповсюдження збудників інфекцій, а отже, епідемій. Як приклад — зсунення епідеміологічних областей захворювання на малярію до північних час-

тин Африки, Азії та Латинської Америки. На думку фахівців Американського центру контролю та попередження захворювань в Атланти (США), до середини ХХІ ст. більше 60 % населення буде проживати на територіях, де виникають епідемії малярії. За спостереженнями вчених цього центру, вже сьогодні кліщі, москіти та інші комахи, що є носіями таких небезпечних захворювань, як малярія, енцефаліт, сипний тиф, тропічна лихоманка та ін., переміщуються до тих регіонів, які раніше вважалися дуже холодними для них.

Наступною небезпекою, яка підстерігає людство, є підвищення рівня океану. Так, за прогнозами вчених ВООЗ, рівень океану до 2100 р. підвищиться на 88 см, що призведе до значних ускладнень забезпечення людей питною, а в деяких регіонах взагалі будь-якою водою. Найбільше ризикують прибережні території. Жителі таких областей з підвищенням рівня океану ризикують залишитися без питної води, оскільки джерела прісної води поступово змішуються з морською. Вже зараз у штаті Флорида (США) будують заводи з опріснення морської води, оскільки для цього штату проблема майбутнього забезпечення населення питною водою є нагальною.

Крім того, підвищення температури вод Світового океану, а також його рівня та кислотності води можуть призвести до того, що збудники таких захворювань, як холера, які “дрімають” у прибережному зоо- та фітопланктоні, почнуть активізуватися, що неминуче призведе до спалаху холери.

Основними факторами, які дають змогу пом’якшити негативний вплив на життя та здоров’я людей змін клімату — це адаптивний механізм людини, який дає можливість їй пристосовуватися до різноманітних змін навколишнього середовища. Крім того, знання про майбутні зміни дадуть змогу людству вжити заходів із мінімізації втрат від кліматичних змін. Ще давнє латинське прислів’я стверджує “*Præmonitus, præmunitus*” (Хто попереджений, той — озброєний).

Визначення найважливіших проблем, що пов’язані зі змінами клімату в планетарному масштабі, вимагає від страхових компаній зміни стратегій діяльності з метою адаптації до умов, які постійно змінюються. Необхідно також зазначити, що адаптація до наслідків кожної з зазначених вище проблем буде

мати свої особливості щодо розробки майбутніх стратегічних планів.

На зміни температур на земній кулі впливає рівень концентрації парникових газів, головним чином CO₂, менше — накопичення метану та інших газів. За останні 150 років концентрація CO₂ зросла з 280 до майже 380 проміле, в основному внаслідок виробничої діяльності. Концентрація CO₂ в атмосфері досягла найвищого рівня за останні щонайменше 650 тис. років. У минулому приблизно половина викидів двоокису вуглецю поглиналася екосистемою та океаном. Донедавна вважалося, що цей процес буде продовжуватись. Однак останні дослідження свідчать, що це не дуже справедливе припущення. Температура, що підвищується, може спричинити зворотний процес, і деякі із систем, що поглинають гази, в майбутньому можуть стати джерелом викиду двоокису вуглецю. Концентрація метану, який теж є одним з парникових газів, неспинно зростає, і з початку індустріальної революції збільшилася на 151%. Метан — найнебезпечніший з парникових газів. Він поглинає тепло, а далі випромінює більшу його частину назад на планету, що збільшує температуру Світового океану й провокує додаткове виділення метану з дна океану та вічної мерзлоти. Можливі викиди газу з цих джерел можуть бути величезними, що призведе до пришвидшення кліматичних змін.

Незважаючи на те, що наукові дискусії продовжують точитися, зростає обсяг переконливих наукових доказів щодо наявності парникових газів та неминучості кліматичних змін. Навіть за умови негайного припинення викидів парникових газів, ще десятиліття тривало би підвищення температури через інерцію кліматичної системи. Треба сподіватись, що ми ще не пройшли “точку неповернення”, проте дані свідчать, що на певному рівні зміни вже відбулися й будуть відбуватися і, можливо, набагато швидше, ніж вважалося колись.

Основними напрямками адаптації стратегії страховиків до кліматичних змін, які визначаються підвищенням вмісту двоокису вуглецю, є такі.

1. Збільшення інвестицій у наукові дослідження, для виконання робіт, пов'язаних з конвертуванням наукових прогнозів у практичні рекомендації страховикам, наприклад із питань

оцінки фінансових наслідків від змін клімату. У цьому контексті необхідно виділити діяльність британської неурядової організації *Лайтхілл ризк нетуорк (Lighthill Risk Network)*, яка ставить за мету знайти науково обґрунтовані рішення для питань економічної діяльності і членами якої є, в тому числі, й великі страхові компанії, а також *Інститут страхової інформації (Insurance Information Institute)*, який досліджує зміни клімату та екстремальні погодні явища з погляду перспектив британського бізнесу страхування й перестрахування.

2. Розробка нових підходів у страхуванні, які б спиралися не на історичний досвід, а на дані наукових передбачень. Моделі ціноутворення й розміщення капіталу мають постійно оновлюватись з урахуванням новітніх наукових даних, а не лише в екстремальних випадках, як це було в минулому, наприклад, після урагану “Катрина”. З цієї позиції слід напружувати відповідну нормативну базу. Британський фінансовий мегарегулятор (*Financial Services Authority*) чітко вимагає від керівництва галузі брати на себе відповідальність: капітал страхування має бути адекватним щодо кліматичних ризиків на конкретний відрізок часу, а не лише “у середньому” на невизначений тривалий строк.

3. Вивчення та оцінка ризику, пов'язаного з погодними змінами, з метою адекватної оцінки можливостей страховиків покривати збитки у випадку дій різноманітних природних катастроф.

Ключовою причиною формування штормів є підвищення температури морів. “Сезони ураганів” та “сезони тайфунів” існують саме тому, що декілька місяців кожного року температура морів сягає величин, які спричиняють формування штормів. Середня температура поверхні Світового океану за останні сто років зросла з 0,2 °C до 0,6 °C. Спираючись лише на теорію природних циклів, можна очікувати, що наступні двадцять років стануть періодом руйнівних ураганів.

Дослідження свідчать, що природні ритми відіграють суттєву роль в Північній Атлантиці. У 50-ті роки минулого століття активність ураганів в Атлантиці була надзвичайною, а у 90-ті роки ми вступили в новий цикл ураганної активності. Оскільки минулий період ураганів тривав 30 років, можна очікувати новий цикл активності ураганів протягом щонайменш

такого ж періоду. Роберт Вайсберг (*Robert Weisberg*) та Йотіка Вірмані з університету Південної Флориди (*University of South Florida*, США) висунули нову версію потужних ураганів, що обрушилися у 2004 та 2005 рр. на США. Вони пов'язують стихійні лиха з підвищенням температури поверхні Світового океану. Незвичайно висока температура встановилася восени 2004 р. й не зменшилася взимку, як це звичайно буває. Навесні 2005 р. вона помітно перевищувала нормальну. За даними вчених, урагани звичайно призводять до зниження поверхневої температури океану, однак незвичайні умови 2004 р., навпаки, призвели до більш раннього та більш значного за силою розвитку ураганів в 2005 р. Подібні випадки вже траплялися в 1958, 1969, 1995 та 1998 рр., але в 2005 р. ця ситуація набула екстраординарного масштабу. Найпотужніший з останніх ураганів, "Катріна", обрушився на південне узбережжя США, затопивши Новий Орлеан. Відкриття вчених з Південної Флориди підтверджує дані Всесвітньої метеорологічної організації, що досліджує феномени "Ель-Ніньйо", та "Ла-Ніна" (відповідно "хлопчик" та "дівчинка" іспанською), що описують зміну температури поверхні Тихого океану. Вони змінюють один одного циклічно, що викликає то посуху, то повені. Останніми роками інтенсивність феноменів різко зросла, що пов'язується з антропогенними процесами.

Усе разом взяте дає підстави стверджувати з великим ступенем упевненості, що зміни температури морів, які спостерігаються, зумовлені в тому числі й діяльністю людини. Особливе занепокоєння викликає вплив підвищеної температури Атлантики на економіку Північної Америки, а з нею і на страхову галузь. Поточні надвисокі температури побили рекорди минулих спостережень і, здається, незабаром настане період зворотного температурного циклу. Дуже важливо здійснювати постійний моніторинг кліматичних змін й вести бізнес паралельно з новими досягненнями науки.

Основними напрямками адаптації стратегії страховиків до кліматичних змін, які визначаються підвищенням температури Світового океану, є такі.

1. Визначення наявності чи відсутності безпосереднього зв'язку збільшення кількості штормів та ураганів з кліматичними змінами. Проте необхідно враховувати, що, приміром,

рівень моря і температура в Мексиканській затоці вищі, ніж минулому, що дає можливість зробити висновок про те, що, руйнівні урагани в Атлантиці матимуть місце в найближчий і середній перспективі.

2. Врахування у розробці цінової політики та стратегії того факту, що в разі підвищення температури Світового океану будуть зростати кількість і частота руйнівних штормів й рекордних сезонів тайфунів в інших частинах світу, зокрема в Азії.

3. Підвищення температури не тільки створює умови для формування штормів, а й, що вірогідно, подовжить строки сезонів штормів і тайфунів, а тим самим збільшить щорічні періоди підвищеного ризику для страхового бізнесу. Наприклад, тропічний циклон "Моніка", який ударив по Австралії, був одним із найпотужніших циклонів в історії у Південній півкулі й при цьому мав місце тоді, коли традиційний сезон дощів уже звичайно закінчувався.

4. Розширення географії ризику для страхового бізнесу. Наприклад, у 2004 р. ураган уперше пройшов територією узбережжя Бразилії, а перший в історії тропічний шторм 2005 р. спричинив зсуви на Піренейському півострові. Хоча ці події самі по собі можуть і не свідчити про кліматичні зміни, але вони ясно показують, що колись безпечні у штормовому відношенні території стають ризикованими.

5. Розробка моделей та сценаріїв розвитку подій кожного найближчого сезону, спираючись на більш точні наукові дані. Це означає зміни в методиці формування ціни з урахуванням катастрофічних ризиків, яка раніше будувалася на основі довготривалих тенденцій.

Зміни рівня Світового океану важко контролювати й прогнозувати. За оцінками експертів ООН, рівень Світового океану до 2100 р. може піднятися на 59 см. Вчені не виключають, що вода підніметься й вище, якщо тануть льоди Гренландії й Антарктики. Разом з тим не можна виключити великих обсягів танення, а точніший прогноз неможливий у зв'язку з невивченістю льодів у Антарктиці й Гренландії.

Дані, отримані з супутника, показують, що з початку 1990-х років рівень Світового океану зростає в середньому на 3,3 мм щороку. Причому рівень Світового океану протягом останніх

20 років зростав на 25 % швидше порівняно з будь-яким іншим 20-річним періодом минулого століття, але припускається, що це могло статися через природні коливання Світового океану протягом десятирічних періодів. У інших дослідженнях висловлюється припущення, що рівень зростання Світового океану протягом ХХ ст. не був однорідним і зростав у середньому більш ніж на 2 мм щороку протягом першої половини століття і менш ніж на 1,5 мм протягом другої.

Була розроблена комп'ютерна модель змін, які відбудуться на Землі в результаті того, що рівень Світового океану збільшуватиметься на 3 мм щорічно. Затоплення насамперед загрожує островами державам і Бангладеш. За найнесприятливішим сценарієм рівень моря підвищиться на 115 см до 2100 р. Ураховуючи динаміку підвищення рівня моря, до 2050 р. швидкість підйому може наблизитись до 10 мм/рік. У будь-якому випадку до 2050 р., а тим більше до 2100 р., необхідні будуть широкомасштабні заходи для захисту прибережних ресурсів.

Якщо температура повітря на Землі значно зросте до 2080 р., то це призведе до критичної нестачі води в Китаї, Австралії та частині Європи й Америки, як наслідок — більшість населення цих країн залишиться без їжі. Підвищення рівня Світового океану внаслідок танення льодовиків може позбавити житла близько 7 млн родин.

Основними напрямками адаптації стратегії страховиків до кліматичних змін, які визначаються підвищенням температури рівня Світового океану, є такі.

1. Більш ретельне вивчення ступеня ризику в приморських районах й врахування його. Навіть незначне зростання рівня Світового океану зменшує захисні можливості інженерних прибережних споруд, що спостерігалось на прикладі катастрофи в Нью-Орлеані.

2. Постійний перегляд своїх можливостей надання страхування з урахуванням розвитку ситуації. Не виключено, що будуть змушені обмежити або призупинити покриття сільськогосподарського ризику в найбільш небезпечних, "гарячих точках".

3. Визначення можливостей зменшення зростання кількості населення в найбільш небезпечних прибережних районах. Цього можна досягти лише спільними зусиллями урядо-

вих структур, суспільства і страхових компаній. Результатом має стати відповідна політика землекористування, за якої б не заохочувалося будівництво в ризикованих районах, а страховики, за рахунок умов і строків, спонукали страхувальників до зваженого управління ризиком.

4. Створення та розвиток майбутніх страхових структур, що відіграють організаційну роль на страховому ринку, разом з урядовими і регулюючими органами різних країн світу. Досвід показує, що ринки функціонують більш організовано, коли їм надається більша свобода. Разом із цим правилом є і винятки, наприклад, функціонування ринку і фактор тероризму. Але на відміну від загрози тероризму, ризик природних катастроф можна врахувати зі зростаючою точністю, що і має стати повсякденною практикою в управлінні страховим ризиком.

Експерти ООН розглянули кілька сценаріїв розвитку екологічної ситуації на планеті в контексті підвищення загальної температури на поверхні Землі. Відповідно до найоптимістичнішого з них, до 2100 р. середня температура на планеті збільшиться на 1,8—4 градуси порівняно з останніми двадцятьма роками минулого століття. Найпесимістичніший сценарій припускає, що підвищення середньої температури становитиме 6,4 градуса. 90-ті роки ХХ ст. стали найтеплішим десятиліттям за останні тисячу років.

Уперше побудована реалістична модель еволюції глобального клімату, яка з належною точністю описує дані спостереження за останнє століття. На її підставі передбачено зміни клімату в найближчі два століття.

Глобальне потепління стало в останні роки незаперечним фактом. Дані спостережень свідчать про підвищення середньої на планеті температури порівняно з кінцем ХІХ ст. більш ніж на півградуса, причому основне зростання припало на останні десятиліття.

Півградуса — величина, здавалося б, дуже невелика, особливо порівняно з такими регулярними катаклізмами, як льодовикові періоди, коли середньорічна температура знижувалася на десять градусів. Але льодовикові періоди наступають і відступають у масштабі тисячоліть, а ці півградуса — за кілька десятків років. Досить підвищити середню температуру на

Землі ще на градус, і арктична полярна шапка стане влітку повністю танути. Підвищення температури на 2—3 градуси призведе, як тепер вважається, до глобальних кліматичних змін, наслідки яких будуть не менш драматичними, ніж від настання льодовикового періоду. І, нарешті, земний клімат має велику теплову інертність, тому найбільша реакція на антропогенні зміни настає не відразу, а через кілька десятиків років.

Підвищення температур в найближчі десятиліття означає, що сільське господарство може стати неможливим у багатьох районах світу. Запаси води мільйонів і навіть мільярдів людей можуть закінчитися. Підвищення рівня морів може зруйнувати прибережні зони в таких країнах, як Бангладеш, у момент бурхливого зростання чисельності населення. Чисельність екологічних біженців паралізує можливості усіх служб і навіть всіх країн, тоді як сучасна міська інфраструктура підпадає під спустошливе руйнування в результаті погодних явищ, подібних до урагану “Катріна”.

Основними напрямками адаптації стратегії страховиків до кліматичних змін, які визначаються підвищенням температури, є такі.

1. Тісна співпраця з кліматологами, які повинні забезпечити точними даними, на яких саме територіях зростає ризик наслідків від підвищення глобального потепління. Моніторинг територій на предмет ризику виникнення лісових пожеж зростає для коригування страхування нерухомості на таких територіях. Слід визначати території, які найімовірніше постраждають через посушливе літо.

2. Зростання вірогідності того, що завдані природними явищами збитки будуть безпосередньо пов'язані з впливом господарської діяльності людини на зміни клімату. Такий підхід надасть судам можливість безпосередньо покладати відповідальність за відшкодування збитків внаслідок природних катастроф. На судочинство в цей час здійснюється великий тиск з боку законодавців і вчених, які б хотіли, щоб суди керувалися тим самим принципом, як і в судових позовах до тютюнових корпорацій. Якщо така практика буде застосована, то почнеться пошук “великої кишені”, з якої будуть черпатися відшкодування збитків, а у цьому випадку страхові компанії не залишаться поза увагою.

3. Урахування збільшення кількості страхових позовів внаслідок збоїв економічної діяльності з форс-мажорних обставин у майбутньому. Разом з тим глобальне потепління відкриє для страховиків нові можливості у зв'язку з виникненням нових технологій, викликаних необхідністю адаптації до глобальних змін. Суспільство намагатиметься пристосуватися до нових умов і потребуватиме інноваційних рішень, що створить нові ринки для страхової справи.

З великою вірогідністю є зв'язок між глобальною зміною клімату та порушенням *календаря опадів*, тобто сезонів та масштабів опадів, що має потенційну загрозу для довкілля та людства. Дренажні системи міст та селищ будувалися з урахуванням історично традиційних кліматичних показників і не зможуть витримати майбутніх випробовувань, що неминуче призведе до зростання кількості страхових позовів.

Останніми роками зросли кількість та інтенсивність сильних снігопадів і дощів у середніх та північних широтах. Ілюстраціями цього можуть бути аномальні снігопади в Італії взимку 2005 р., літні повені в Європі 2002 р., а також тропічні зливи та повені у Великій Британії.

Дослідження свідчать, що слід очікувати зростання кількості випадків з екстремальним випаданням снігу та дощу швидше, ніж змінюється тренд для опадів у цілому, оскільки зміна клімату впливає на характер погоди і робить її часто непередбачуваною. У різних частинах світу слід очікувати випадків аномальних опадів. Так, у Великій Британії прогнозується збільшення кількості та інтенсивності дощів у зимовий період.

З іншого боку, дослідження свідчать, що зросте кількість екстремальних посух у різних країнах світу, де нестача води призведе до загрози життю населення та негативно вплине на економічний розвиток.

Основними напрямками адаптації стратегії страховиків до змін календаря опадів є такі.

1. Прогнозується зростання тиску на уряди та страхову галузь з вимогами відшкодування збитків. Надзвичайно важливо тісно співпрацювати з владою під час планування страхування від природних факторів.

2. Урахування зростання ризику повеней у районах, де очікується зростання кількості опадів. У багатьох випадках науково обґрунтована інформація доступна і повинна активно використовуватися.

3. Нещодавні катаклізми свідчать, що значну частку шкоди від опадів завдає руйнування будівель. Страхова галузь разом із владою повинна розробити більш жорсткі будівельні стандарти. Має бути також підвищена увага до ризику при страхуванні старих будівель.

Суттєву частину нових викликів, яких зазнає страхова галузь, — це ризики, які виникають через фактори, вплив яких непередбачуваний. До таких факторів належать загрози міжнародного тероризму та техногенні катастрофи.

Загрози міжнародного тероризму. За оцінками Ллойду, 20 % атак міжнародного тероризму спрямовано на підриг економічної діяльності. Ділові кола світу все більше турбує проблема так званого ризику насильств з політичних мотивів (*political violence risk*), загроза якого не тільки реальна, а й стрімко зростає. На нинішньому етапі ризик насильств із політичних мотивів не лише збільшується, а й еволюціонує. Окреслилися чотири основні типи загроз для економічної діяльності: руйнування каналів постачання, напади кібернетичних терористів, дії терористів вітчизняного походження, а також атаки на хімічно, біологічно або радіаційно небезпечні та ядерні об'єкти.

Загроза сучасного ризику “насильств з політичних мотивів” для економіки світу оцінюється сумою в 1 трлн дол. США.

Воєнні конфлікти та політична нестабільність є головною перешкодою для прямих закордонних інвестицій. Акції тероризму з політичних мотивів примусили 37 % найбільших корпорацій світу утриматись від закордонних інвестувань. Для Європи, яка звикла до загроз з боку традиційних терористів і сепаратистів, стало несподіванкою виникнення груп джихаду, сформованих з громадян, що народилися й вирости в країнах Європейського союзу. Більше 40 % великого і 26 % компаній середнього бізнесу визнають, що потенційні загрози від груп вітчизняного джихаду вже значно впливають на характер та

швидкість прийняття управлінських рішень. Більше 40 % керівників компаній стверджують, наприклад, що тепер намагаються уникати розташування свої головних офісів у великих населених пунктах.

Зростаючі ризики, такі як зміна клімату, загострення нестачі природних ресурсів, тільки підсилюють загрози актів насильства з політичних мотивів.

Бізнес почав усвідомлювати реальність ризику політичного тероризму. Тільки за останні шість років у Європі кількість випадків корпоративного страхування від загроз тероризму зростає у два рази.

Техногенні катастрофи. За даними ООН, техногенні катастрофи займають третє місце серед усіх видів стихійного лиха, що призводять до людських жертв. Технічний прогрес збільшує вірогідність техногенних катастроф, причиною яких усе частіше стає так званий людський фактор. Серед техногенних подій, що спричиняють загибель людей, найбільш нищівними є гідрометеорологічні катастрофи — повені або цунамі, за ними йдуть геологічні катастрофи — землетруси, виверження вулканів тощо.

Міжнародний центр досліджень виникнення катастроф (*Center for Research on the Epidemiology of Disasters, CRED*) протягом десятиліть складає базу даних стихійних подій, з яких катастрофою визнається така, що відповідає хоча б одному з критеріїв: кількість загиблих більше 10; кількість постраждалих більше 100; місцева влада запроваджувала надзвичайний стан і країна, де трапилася подія, звернулася за допомогою до міжнародної спільноти.

Статистичні дані свідчать, що кількість техногенних катастроф у світі почала стрімко зростати з кінця 70-х років минулого століття. Особливо почастишали транспортні катастрофи, насамперед морські та річні, причому кількість загиблих від них найбільша в країнах Африки та Азії, хоча транспортна інфраструктура там не така насичена, як на інших континентах.

За період з 1994 по 2003 р. смертність внаслідок техногенних катастроф в індустріально розвинених країнах становила 0,9 загиблих на 1 млн населення, тоді як у країнах, що розви-

ваються, цей показник був втричі більшим — 3,1 на 1 млн населення.

Кожна техногенна катастрофа унікальна, але вчені виявили й деякі закономірності, загальні для так званого людського фактора, який найчастіше стоїть серед причин техногенних катаклізмів. Донедавна ці фактори позиціонували у такий послідовності: дурість, недбалість і користь. Тепер з'явилася нова велика загроза ініціювання техногенних катастроф — тероризм.

Щорічні виплати страхових компенсацій постраждалим від техногенних катастроф у період з 1970 по 2004 р., як правило, не перевищували 10 млрд дол. США. Винятком став 2001 р., коли ці виплати сягнули 27 млрд дол., оскільки терористичні акти, що відбувалися 11 вересня 2001 р. у США, вважають рукотворними й відносять також до категорії техногенних катастроф. Виплати страхових компенсацій, пов'язаних з трагедією 11 вересня, продовжувались із 2002 по 2004 р. і становили ще 5 млрд дол.

За різними оцінками, у 2004 р. трапилося 330 природних та рукотворних катастроф, сумарні втрати від яких становили 123 млрд дол. США. Страховики мусили виплатили 49 млрд дол. страхових компенсацій постраждалим, причому найбільшу частину становили компенсації втрат внаслідок катастрофічного цунамі в Індійському океані.

Вчені дотримуються думки, що вірогідність техногенних катастроф менша, час виникнення може бути відстрочений, а наслідки їх мінімальні там, де найбільш високі освітній рівень населення та його громадянська активність й відповідальність. Велике значення має також готовність компаній та державних структур до дій у надзвичайних ситуаціях.

Література

1. Козьменко С.Н. Экономика природы катастроф (инвестиционные аспекты). — К: Наук. думка, 1997.
2. Матеріали Групи з управління ризиком, пов'язаним зі змінами клімату (www.acclimatise.uk.com).

3. <http://www.abi.org.uk/BookShop/ResearchReports>
4. http://www.lloyds.com/About_Us/What_is_Lloyds/at_a_glance.htm
5. <http://www.lloyds.com/search/Search.aspx?q=Lloyds%20Annual%20Report%202006>
6. *Climate Change Adapt or Bust* — <http://www.lloyds.com/rdonlyres/38782611-5ED3-4FDC-85A4-5DEAA88A2DA0/0/FINAL360climatechangereport.pdf>

Основні міжнародні організації та об'єднання, що діють на страховому ринку

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
Міжнародна асоціація актуаріїв	International Actuarial Association (IAA)	http://www.actuaries.org	1895	Оттава (Канада)	Включає 49 дійсних і 25 асоційованих членів з 67 країн світу (близько 29 000 осіб), які є дійсними членами цих асоціацій. Реалізація міжнародного співробітництва та координація діяльності національних асоціацій актуаріїв різних країн. Сприяння науковим дослідженням у сфері страхової математики та ін.

Продовження дод. Б

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
Міжнародна асоціація компаній взаємного страхування	Association Internationale des Sociétés d'Assurance Mutuelle (International Association of Mutual Insurance Companies) (AISAM)	http://www.aisam.org/	1964	Амстердам	Координує діяльність, обмін досвідом та інформацією між спілками взаємного страхування з різних країн (більше 200 спілок з 26 країн)
Міжнародна асоціація класифікаційних товариств	International Association Of Classification Societies (IACS)	http://www.classification-society.org	1985	Лондон	Координує діяльність національних класифікаційних товариств, аналізує статистику аварійності кораблів у Світовому океані та ін. Класифікаційне товариство — спеціалізована установа, яка визнається урядами різних країн; займається класифікацією кораблів, технічним наглядом під час будівництва та експлуатації. Стандарти та

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
					правила вимог класифікаційного товариства є обов'язковими для дотримання судновласниками та капітанами торгових кораблів
Міжнародна асоціація страхування та страхування кредитів	International Credit Insurance & Surety Association (ICISA)	www.icisa.org	1928, 1946	Париж, Цюрих	Вивчає проблеми страхування кредитів, захищає інтереси членів асоціації, обмінюється досвідом, здійснює зв'язки з компаніями, які займаються страхуванням короткострокових експортних кредитів (від 3 до 12 міс.). Офіційна назва: Друга міжнародна асоціація зі страхування кредитів, оскільки перша функціонувала з 1928 по 1939 р. у Парижі

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
Міжнародна асоціація страхового права	International Association of Insurance Law (AIDA)	http://www.aida.org.uk	1962	Люксембург	Вивчає науково-практичні проблеми розвитку страхової справи. Публікує доповіді, проводить збори та конференції. Сприяє формуванню єдиного страхового ринку в країнах ЄС. Кожні 4 роки проводиться світовий конгрес у різних містах світу. Останній у 2006 р. проходив у Буенос-Айресі
Міжнародна асоціація власників сучовантажних кораблів	International Association of Dry Cargo Shipowners (INTERCARGO)	http://www.marisec.org	1980	Лондон	Забезпечує інформаційну, технічну, комерційну та операційну підтримку і представляє інтереси власників сучовантажів

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
Женевська асоціація з вивчення страхової справи (Женевська асоціація)	International Association for Study of Insurance Economics	http://www.genevaas-sociation.org	1973	Женева	Основна мета цієї організації — вивчення зростаючої ролі страхування у сучасному світі у всіх сферах діяльності. Діє як форум для її членів та надає детальну інформацію щодо перспектив розвитку страхової справи. Максимальна кількість членів — 80 керівників страхових організацій
Міжнародна асоціація страхових наглядових органів	International Association of Insurance Supervisors (IAIS)	http://www.iaisweb.org	1994	Базель	Об'єднує 180 органів, що здійснюють регулювання страхової діяльності. Визначає міжнародні принципи, стандарти, директиви для забезпечення підготовки кадрів та підтримки заходів регулювання страхової діяльності, організовує зустрічі та семінари для

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
					керівників органів влади, що здійснюють нагляд за страховими інститутами
Міжнародна асоціація незалежних власників танкерів	International Association of Independent Tanker Owners (Intertanko)	http://www.intertanko.com	1934	Лондон	Стимулює власників танкерних кораблів ліквідувати забруднення від розлитої нафти, надаючи їм можливість покривати витрати на очищення через страхові відшкодування
Асоціація страхування та ризик-менеджменту	Association of Insurance and Risk Management (AIRMIC)	http://www.airmic.com/		Лондон	Вивчає практику та поширює інформацію щодо розвитку ризик-менеджменту в країнах Європи. Налічує більше 1000 учасників, у тому числі 75 % компаній, що формують FTSE 100
Міжнародна федерація кооперативного страхування	International Cooperative Mutual Insurance Federation (ICMIF)	http://www.icmif.org/	1922	Велика Британія	Об'єднує кооперативні страхові організації 70 країн. Сприяє міжнародній співпраці між ними у сфері страхування та перестраховання, у обміні інформацією, спеціалістами та ін.

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
Федерація європейських асоціацій страхування та перестраховування	European Insurance and Reinsurance Federation (CEA)	http://www.cea-assur.org		Париж, Брюссель	Сприяє вирішенню стратегічних проблем європейських страховиків, фокусуючись на регуляторних аспектах страхування. Членами є 33 країни: 30 повних членів (25 країн ЄС, Ісландія, Ліхтенштейн, Норвегія, Швейцарія, Туреччина), 3 асоційованих члени (Болгарія, Хорватія, Румунія) та 3 спостерігачі (Росія, Україна, Ассам)
Міжнародний союз авіаційного страхування	International Union of Aviation Insurance (IUAI)	http://www.iuai.org	1934	Лондон	Об'єднує страхові компанії, які займаються авіаційним страхуванням. Сприяє обміну інформацією і т. ін.

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
Міжнародний союз морського страхування	International Union of Marine Insurance (IUMI)	http://www.iumi.com	1874	Берлін, з 1946 — Цюрих	Представляє, охороняє інтереси та розвиток морського страхування. Захист та розвиток інтересів морського страхування, формування міжнародної політики страхування міжнародної діяльності та ін. Об'єднує національні асоціації морського страхування з більше ніж 45 країн світу. Основною метою є сприяння розвитку морського страхування шляхом обміну інформацією, проведення щорічних конференцій, організація обміну інформацією, використання та розробка заходів з попередження збитків

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
Міжнародний союз страховальників кредитів та інвестицій — Бернський союз	International Union of Credit and Investment Issuers (Bern Union)	http://www.bernunion.org.uk/	1934	Засновано у Берні, секретаріат знаходився у Парижі, а з 1970 — у Лондоні	Застосовує узгоджені умови кредитування міжнародної торгівлі, гарантує експортні кредити, обмін досвідом та інформацією зі страхування експортних кредитів, які надаються на строк від 1 до 5 років
Міжнародне товариство страхових компаній	International Insurance Society (IIS)	http://www.iisonline.org	1965	Нью-Йорк	Забезпечує зв'язки між страховиками світу, організовуючи зустрічі та семінари. Основна мета — надання та поширення інформації про страховий ринок серед компаній та зацікавлених осіб

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
Міжнародний морський комітет	Baltic and International Marine Council (BIMC)	http://www.bimco.org	1905	Копенгаген	Сприяє уніфікації міжнародного морського та торговельного права та практики шляхом підготовки проєктів відповідних міжнародних угод, розробляє правила морського страхування, реєстрації кораблів, відносин із демереджу та диспатчу в морських перевезеннях та ін.
Інститут лондонських страховиків	Insurance Institute of London (IIL)	http://www.iilondon.co.uk	1907	Лондон	Вивчає, поширює інформацію щодо розвитку світового страхового ринку серед зацікавлених осіб
Міжнародна система "Зеленої карти"	Green Card System	http://www.cobx.org	1949	Лондон	Координує діяльність національних бюро "Зеленої карти". Організовує контроль за наявністю страхування при перетині кордону та ін.

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
Міжнародне товариство з аналізу ризику	Society for Risk Analysis (SRA)	http://www.sra.org/	1981	США	Розробляє та застосовує методологію з аналізу ризику для цілей оптимізації рішень у різних сферах науково-практичної діяльності. Ідентифікує різні види небезпек, розробляє методи зниження ризиків
Міжнародна страхова фундація	International Association of Insurance Receivers (IAIR)	http://www.iair.org	1991	Вашингтон	Неприбуткова освітня організація, яка сприяє розвитку страхових ринків у країнах, що розвиваються. Співпрацює з державними органами влади, міжнародними агенціями та приватними компаніями
Інститут інформації про страхування	Insurance Information Institute (III)	http://www.iii.org	1965	Нью-Йорк	Вивчає, поширює інформацію щодо розвитку ризик-менеджменту серед зацікавлених осіб

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
Міжнародне страхове товариство	International Insurance Society (IIS)	http://www.iisonline.org/	1965	США	Сприяє у здійсненні освітніх та наукових програм з питань страхування, обмін страховою інформацією, займається видавничою справою
Міжнародні конгреси актуаріїв	International Congress of Actuaries	http://www.ica2006.com	1895 (перший), 2006 (останній)	Бельгія	Міжнародні форуми спеціалістів-актуаріїв різних країн. Перший конгрес відбувся у 1895 р. у Бельгії. Останній (28-й) конгрес відбувся у 2006 р. у Парижі
Інститут ризик-менеджменту	The Institute of Risk Management (IRM)	http://www.theirm.org/	1986	Лондон	Вивчає, поширює інформацію щодо розвитку ризик-менеджменту серед зацікавлених осіб. Налічує понад 1600 членів по всьому світу

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
Організація економічного співробітництва та розвитку. Підрозділ з фінансових ринків, страхування та пенсійного забезпечення	OECD, Financial Markets, Insurance and Pensions	http://www.oecd.org	1961	Париж	Діяльність ОЕСР у сфері страхування фокусується на лібералізації страхових ринків, приватного пенсійного забезпечення, приватного страхування життя, регулювання страхового ринку, освіта у сфері фінансів, зниження та компенсація високих ступенів ризику, в тому числі ризику тероризму, моніторинг страхового ринку та його регуляторна структура, поширення статистичної інформації та співробітництво з країнами, що не є членами організації

Назва інституції		Web-сторінка	Рік заснування	Розташування штаб-квартири	Функції, цілі, завдання та інші характеристики
Міжнародна торговельна палата	International Chamber of Commerce (ICC)	http://www.iccwbo.org	1919	Париж	Сприяє вільній торгівлі та приватному підприємству в торгівлі та страхуванні. Надає практичну допомогу комерсантам у виконанні урядових функцій для бізнесу на урядовому та міжнародному рівнях
Світовий банк — Багатостороння агенція гарантій інвестицій (БАГІ)	Multilateral Investments Guarantee Agency (MIGA)	http://www.miga.org	1988	Вашингтон	Забезпечення страхування міжнародних інвестицій, які здійснюються до країн, що розвиваються, від політичних ризиків, а також ризиків експропріації, введення валютних обмежень, війни та громадянських заворушень, порушення умов договору

Провідні страхові компанії України та світу

Таблиця 1. Топ-10 глобальних страхових компаній, 2005 р.¹

№ з/п	Назва	Тип	Рік заснування	Головний офіс	Виручка від реалізації, млрд дол. США ²	Напрями діяльності
1	ING Group	Відкрите акціонерне товариство	1991 (у результаті злиття страхової компанії "Nationale-Nederlanden" та "NMB Postbank Group")	Нідерланди	138,2	Страхування життя та здоров'я
2	AXA	Відкрите акціонерне товариство	1985	Франція	129,8	Страхування життя та здоров'я
3	Allianz	Відкрите акціонерне товариство (європейське акціонерне товариство)	1890	Німеччина	121,4	Страхування майна та нещасних випадків
4	American International Group (AIG)	Відкрите акціонерне товариство	1919	США	108,9	Страхування майна та нещасних випадків
5	Assicurazioni Generali (Generali Group)	Відкрите акціонерне товариство	1831	Італія	101,4	Страхування життя та здоров'я

Продовження дод. В

№ з/п	Назва	Тип	Рік заснування	Головний офіс	Виручка від реалізації, млрд дол. США ²	Напрями діяльності
6	Aviva	Відкрите акціонерне товариство	2002 (у результаті злиття "Norwich" та "Union CGU")	Велика Британія	92,6	Страхування життя та здоров'я.
7	Berkshire Hathaway Inc	Відкрите акціонерне товариство, холдинг	1967 (холдингом була придбана перша страхова компанія)	США	81,7	Страхування майна та нещасних випадків
8	Prudential	Відкрите акціонерне товариство	1848	Велика Британія	74,7	Страхування життя та здоров'я
9	Zurich Financial Services	Відкрите акціонерне товариство	1872	Швейцарія	67,2	Страхування майна та нещасних випадків
10	Nippon Life Insurance Company	З обмеженою відповідальністю	1889	Японія	61,2	Страхування життя та здоров'я

¹ Топ-10 складено шляхом аналізу компаній з "Global Fortune 500", включає акціонерні товариства та товариства взаємного страхування.

² Виручка включає премії, відсотки та дохід від інвестиційної діяльності, приріст чи втрати капіталу, але не включає депозити; включає консолідовані активи дочірніх компаній, але не включає податки.

Складено за: <http://money.cnn.com/magazines/fortune/>

Таблиця 2. Топ-10 страхових компаній Європи, 2005 р.

№ з/п	Назва	Тип	Рік заснування	Головний офіс	Чисті премії, млрд євро	Напрями діяльності
1	Allianz	Відкрите акціонерне товариство (європейське акціонерне товариство)	1890	Німеччина	81,3	Страховання майна та нещасних випадків
2	AXA	Відкрите акціонерне товариство	1985	Франція	66,2	Страховання життя та здоров'я
3	Prudential	Відкрите акціонерне товариство	1848	Велика Британія	58,4	Страховання життя та здоров'я
4	Assicurazioni Generali (Generali Group)	Відкрите акціонерне товариство	1831	Італія	53,7	Страховання життя та здоров'я
5	Aviva	Відкрите акціонерне товариство	2002 (у результаті злиття "Norwich" та "Union CGU")	Велика Британія	44,4	Страховання життя та здоров'я
6	ING Group	Відкрите акціонерне товариство	1991 (у результаті злиття страхової компанії "Nationale-Nederlanden" та "NMB Postbank Group")	Нідерланди	41,2	Страховання життя та здоров'я

Продовження дод. В

№ з/п	Назва	Тип	Рік заснування	Головний офіс	Чисті премії, млрд євро	Напрями діяльності
7	Zurich Financial Services	Відкрите акціонерне товариство	1872	Швейцарія	36,8	Страховання майна та нещасних випадків
8	Legal & General	Відкрите акціонерне товариство	1836	Велика Британія	32,3	Страховання життя та здоров'я; пенсійне страхування
9	Aegon	Відкрите акціонерне товариство	1983	Нідерланди	31,3	Страховання життя; пенсійне страхування
10	CNP	Відкрите акціонерне товариство	1959 (у результаті злиття "Caisse nationale d'assurance en cas d'accident" та "Caisse nationale d'assurance sur la vie")	Франція	20,7	Особисте страхування

Складено за даними Європейського комітету з нагляду за страхуванням та професійними пенсійними схемами (CEIOPS).

Таблиця 3. Топ 10 страхових компаній Росії, 2006 р.

№ з/п	Назва	Тип	Рік Заснування	Головний офіс	Внески, млрд руб.	Напрями діяльності
1	Група компаній "Росгосстрах"	Холдинг	1992 (правонаступник Держстраху РРФСР)	Росія	44,5	Страховання майна; ОСАЦВ ¹ ; особисте страхування
2	Група "Ингосстрах"	Відкрите страхове акціонерне товариство	1947	Росія	34,6	Страховання майна; ОСАЦВ; особисте страхування
3	Група "Согаз"	Холдинг	1993	Росія	28,2	Страховання майна; особисте страхування; страхування життя
4	"РЕСО-Гарантия"	Відкрите акціонерне товариство	1991	Росія	22,2	Страховання майна; особисте страхування
5	РОСНО	Відкрите акціонерне товариство	1992	Росія	20,1	Страховання майна; особисте страхування
6	"Страховой дом ВСК"	Відкрите акціонерне товариство	1992	Росія	15,4	Обов'язкове державне страхування військово-службовців; страхування майна

Продовження дод. В

№ з/п	Назва	Тип	Рік Заснування	Головний офіс	Внески, млрд руб.	Напрями діяльності
7	Страхова група "КапиталЪ"	ТОВ "Страхование", ЗАТ "КапиталЪ Медицинское страхование", ЗАТ "КапиталЪ Перестрахование" та ЗАТ "КапиталЪ Страхование Жизнь"	1996	Росія	11,7	Страховання майна; страхування життя; особисте страхування
8	Согласие	Товариство з обмеженою відповідальністю	1993	Росія	11,2	Страховання майна та відповідальності
9	Група "УралСиб"	Закрите акціонерне товариство	1993	Росія	9,9	Страховання майна та відповідальності; особисте страхування
10	Група "АльфаСтрахование"	ТОВ "АльфаСтрахование", ВАТ "АльфаСтрахование", ТОВ "АльфаСтрахование-Жизнь"	1992	Росія	9,0	Страховання майна; особисте страхування

¹ОСАЦВ — обов'язкове страхування автоцивільної відповідальності.Складено за: <http://www.raexpert.ru/>

Таблиця 4. Топ 10 страхових компаній України, 2006 р.

№ з/п	Назва	Тип	Рік заснування	Головний офіс	Страхові премії, млн грн	Напрямки діяльності
1	Лемма	Закрите акціонерне товариство	1994	Україна	610,1	Страхування та перестрахування фінансових та експортно-імпорتنних ризиків
2	Оранта	Відкрите акціонерне товариство	1993 (правонаступник Укрдержстраху)	Україна	479,6	Страхування майна
3	Земська страхова компанія	Закрите акціонерне товариство	2002	Україна	448,9	Страхування майна
4	Дженералі-Гарант (Гарант-Авто)	Відкрите акціонерне товариство	1992	Україна	360,6	Страхування майна та відповідальності
5	Аванте	Закрите акціонерне товариство	1993	Україна	329,1	Страхування фінансових ризиків; страхування майна; страхування відповідальності
6	Інго Україна	Закрите акціонерне товариство	1990 (правонаступник "Інгосстрах" в Україні)	Україна	267,0	Страхування майна; особисте страхування

Продовження дод. В

№ з/п	Назва	Тип	Рік заснування	Головний офіс	Страхові премії, млн грн	Напрямки діяльності
7	Українська пожежно-страхова компанія	Акціонерне товариство	1992	Україна	222,2	Страхування майна; особисте страхування
8	Кремень	Закрите акціонерне товариство	1996	Україна	217,6	Страхування майна; особисте страхування
9	АСКА	Закрите акціонерне товариство	1990	Україна	215,8	Страхування майна; особисте страхування
10	Догмат-Страхування	Закрите акціонерне товариство	2005	Україна	192,7	Страхування майна

Навчальне видання

Серія “Київському національному університету
імені Тараса Шевченка 175 років”

*БАЗИЛЕВИЧ Віктор Дмитрович,
БАЗИЛЕВИЧ Катерина Степанівна,
ПІКУС Руслана Володимирівна та ін. автори*

СТРАХУВАННЯ

Підручник



Підп. до друку 28.01.2008. Формат 60×90 1/16.
Папір офс. Друк офс. Гарнітура SchoolBook.
Ум. друк. арк. 64. Обл.-вид. арк. 62,9. Зам. 8-72.

Видавництво “Знання”.
01034, м. Київ, вул. Стрілецька, 28.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 1591 від 03.12.2003.

Тел.: (044) 234-80-43, 234-23-36
E-mail: sales@znannia.com.ua
http:// www.znannia.com.ua

ЗАТ «Книга»
04053, Київ-53, Артема, 25.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру виготівників
Серія ДК № 2325 від 25.10.2005 р.

В Україні книгу можна придбати за адресами:

- м. Київ, вул. М. Грушевського, 4, маг. “Наукова думка”, тел. (044) 278-06-96;
- м. Київ, вул. Хрещатик, 44, маг. “Знання”, тел. (044) 234-22-91;
- м. Київ, просп. Московський, 6, маг. “Будинок книги та медіа”, тел. (044) 464-49-70;
- м. Вінниця, вул. Привокзальна, 2/1, маг. “Кобзар”, тел. (0432) 61-77-44;
- м. Дніпропетровськ, Театральний б-р, 7, маг. “Світ книжок”, тел. (0562) 33-77-85;
- м. Донецьк, вул. Артема, 147А, “Будинок книги”, тел. (062) 343-89-00;
- м. Житомир, вул. Київська, 17/1, маг. “Знання”, тел. (0412) 47-27-52;
- м. Запоріжжя, просп. Леніна, 142, маг. “Спеціальна книга”, тел. (0612) 13-85-53;
- м. Івано-Франківськ, Вічовий майдан, 3, маг. “Сучасна українська книга”, тел. (03422) 3-04-60;
- м. Кіровоград, вул. Набережна, 13, маг. “Книжковий світ”, тел. (0522) 24-94-64;
- м. Кривий Ріг, пл. Визволення, 1, маг. “Букініст”, тел. (0564) 92-37-32;
- м. Луганськ, вул. Радянська, 58, маг. “Глобус-книга”, тел. (0642) 53-62-30;
- м. Луцьк, просп. Волі, 41, маг. “Знання”, тел. (0332) 77-00-46;
- м. Львів, просп. Шевченка, 16, маг. “Ноти”, тел. (0322) 61-19-64;
- м. Львів, просп. Шевченка, 8, маг. “Українська книгарня”, тел. (0322) 72-16-30;
- м. Миколаїв, просп. Леніна, 122, маг. “Кобзар”, тел. (0512) 55-20-51;
- м. Одеса, вул. Буніна, 33, маг. “Будинок книги”, тел. (0482) 32-17-97;
- м. Одеса, вул. Дерибасівська, 27, маг. “Дім книги”, тел. (048) 728-40-13;
- м. Полтава, вул. Шевченка, 29, маг. “Будинок книги та медіа”, тел. (0532) 61-26-76;
- м. Рівне, вул. Соборна, 57, маг. “Слово”, тел. (0362) 26-94-17;
- м. Тернопіль, вул. Й. Сліпого, 1, маг. “Дім книги”, тел. (0352) 43-03-71;
- м. Тернопіль, вул. Чорновола, 14, маг. “Книжкова хата”, тел. (0352) 52-24-33;
- м. Ужгород, пл. Корятовича, 1, маг. “Кобзар”, тел. (03122) 3-35-16;
- м. Харків, вул. Пушкінська, 74, маг. “Лексика”, тел. (057) 717-60-16;
- м. Харків, вул. Сумська, 51, маг. “Books”, тел. (057) 714-04-70, 714-04-71;
- м. Херсон, вул. Леніна, 14/16, маг. “Книжковий ряд”, тел. (0552) 22-14-56;
- м. Хмельницький, вул. Подільська, 25, маг. “Книжковий світ”, тел. (0382) 79-25-59;
- м. Черкаси, вул. Б. Вишневецького, 38, маг. “Світоч”, тел. (0472) 36-03-37;
- м. Чернівці, просп. Незалежності, 90, маг. “Будинок книги та медіа”, тел. (03722) 3-42-70;
- м. Чернівці, просп. Миру, 45, маг. “Будинок книги”, тел. (04626) 9-92-62.

Книготорговельним організаціям та оптовим покупцям
звертатися за тел.: (044) 537-63-61, 537-63-62; факс: 235-00-44.
E-mail: sales@znannia.com.ua