

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Донецький національний університет економіки і торгівлі
імені Михайла Туган-Барановського

Кафедра фінансів та банківської справи

Н.О.Слободянюк, М.О. Коніна

**КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ З ДИСЦИПЛІНИ
СТРАХОВИЙ МЕНЕДЖМЕНТ**

Кривий Ріг
2017

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Донецький національний університет економіки і торгівлі
імені Михайла Туган-Барановського

Кафедра фінансів та банківської справи

Н.О.Слободянюк, М.О. Коніна

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ З ДИСЦИПЛІНИ СТРАХОВИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Затверджено на засіданні
кафедри фінансів та банківської
справи
Протокол № 13 від 03.04.2017р.

Схвалено навчально-методичною
радою ДонНУЕТ
Протокол № 7 від 30.04.2017р

Кривий Ріг
2017

УДК 005.368 (042.4)
С48

Рецензенти:

О.В. Неізнана - кандидат економічних наук, доцент;
М.Т. Шендригоренко - кандидат економічних наук, доцент.

Слободянюк Н.О., М.О. Коніна

С48 Конспект лекцій з дисципліни «Страховий менеджмент» [Текст]: для студ. спец. 072 «Фінанси, банківська справа та страхування», ступінь магістр / М-во освіти і науки України, Донец. нац. ун-т економіки і торгівлі ім. М. Туган-Барановського, каф. фінансів і банківської справи; Н.О.Слободянюк – Кривий Ріг: [ДонНУЕТ], 2017. – 98с.

У конспекті розглянуто теорію і методологічні засади управління страховими організаціями та їхніми структурними підрозділами з метою використання цих знань у процесі безпосередньої роботи в страховому бізнесі або здійсненні зі страховиками господарських, контрольних та інших відносин, притаманних відповідним суб'єктам фінансової системи.

УДК 005.368(042.4)

© Слободянюк Н.О. 2017

©Донецький національний університет
економіки і торгівлі імені Михайла
Туган – Барановського, 2017

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	5
Змістовий модуль 1. Теоретичні основи страхового менеджменту	7
Тема 1. Комерційне страхування та його розвиток в Україні	7
Тема 2. Сутність і характерні риси страхового менеджменту	15
Змістовий модуль 2. Функції страхового менеджменту	20
Тема 3. Планування страхової діяльності	20
Тема 4. Організація страхової компанії	31
Тема 5. Управління діяльністю страховика	39
Тема 6. Контроль та звітність страхової компанії	55
Змістовий модуль 3. Ключові напрямки страхового менеджменту	60
Тема 7. Управління маркетинговою діяльністю страховика	60
Тема 8. Управління ризиками страхової діяльності	69
Тема 9. Управління перестраховальною діяльністю	82
Тема 10. Управління фінансовою діяльністю страховика	87
Рекомендована література	96

ВСТУП

Ефективне функціонування страхового ринку в Україні потребує його адаптації до сучасних вимог розвитку сфери фінансових послуг та пошуку інноваційних підходів до управління страховою діяльністю, формування страхових продуктів, впровадження якісно нових методів та механізмів їх реалізації.

До головних проблем розвитку страхового ринку України відноситься відсутність цілеспрямованої державної політики у сфері страхування; недосконалість нормативно-правової бази; низький платоспроможний попит на страхові послуги; слабка розвиненість інвестиційних інструментів для довгострокового розміщення страхових резервів; недостатній рівень конкурентоспроможності страхових компаній порівняно з комерційними банками в боротьбі за залучення вільних коштів; низька прибутковість окремих видів страхування тощо.

Перманентні зміни економічних умов та вимог законодавства, політична нестабільність вимагають від майбутніх менеджерів страхових компаній здатності швидко орієнтуватись в мінливому середовищі, адекватно реагувати на проблеми, що виникають в даній сфері, та приймати ефективні рішення.

Метою вивчення дисципліни «Страховий менеджмент» є формування у майбутніх фахівців системи знань з питань теоретичної розробки та практичного застосування конкретних механізмів управління бізнес-процесами страхових компаній з метою ефективного використання наявного потенціалу та врахуванням фінансових інтересів всіх учасників страхового ринку.

Предметом вивчення дисципліни «Страховий менеджмент» є відносини, що виникають у процесі управління формуванням, розподілом та використанням фондів страхових компаній при наданні страхових послуг суб'єктам ринкової економіки.

Завдання дисципліни «Страховий менеджмент» - надати майбутнім фахівцям з фінансів, банківської справи та страхування знання щодо сутності, функцій та механізмів організації, управління, розвитку страхової компанії, регулювання страхової діяльності, планування та прийняття управлінських рішень при здійсненні страхових операцій, операцій перестрахування та інвестиційної діяльності страхових компаній, тобто сформуванню у студентів теоретичну базу та надати відповідні навички для наступного оволодіння практикою використання можливостей страхового захисту з метою успішного її застосовування в галузі страхування, в роботі, особистому житті.

В результаті вивчення дисципліни «Страховий менеджмент» студенти повинні знати: основні принципи і методи теорії управління, зокрема управління страховими організаціями та їхніми структурними підрозділами; основні проблеми та специфіку управління страховим бізнесом; місце та роль страхових відносин у загальній системі економічних відносин суспільства; базисні поняття теорії та практики страхового менеджменту; основні методи управління колективом, фінансами, бізнес-процесами в страхових компаніях; основи управління змінами у страхових організаціях; сучасний стан, основних учасників і основні тенденції розвитку вітчизняного та світового страхових ринків; порядок проектування, реєстрації й ліцензування страхових організацій, зміст державного нагляду за їх діяльністю; порядок формування резервів у страхових компаніях; шляхи збільшення доходної бази, раціонального розміщення та витрачання коштів страховиків; умови й способи підвищення фінансової надійності страхової компанії; умови оподаткування доходів страхових компаній; технологію відбору ризиків на страхування і врегулювання страхових претензій; методику опрацювання стратегічного плану розвитку страховика.

Після вивчення і засвоєння програми дисципліни студенти повинні вміти: аналізувати поточні тенденції і кон'юнктуру страхового ринку; обґрунтувати економічну доцільність створення (реорганізації) страхової компанії; визначати місію, цілі й

стратегічні завдання страховика; обґрунтувати раціональну структуру компанії; складати бізнес-план страховика; забезпечити ефективність управління страховою організацією, її структурними підрозділами; організувати процес бюджетування в страховій організації;
- проводити маркетингові дослідження; здійснювати оцінку фінансового стану страхової компанії; контролювати фінансову надійність страхової компанії; визначати критерії відбору ризиків на страхування.

Дисципліна «Страховий менеджмент» базується на вивченні фінансових та економічних дисциплін: «Фінанси», «Фінанси підприємств», «Економіка підприємства» «Страхування», «Страхові послуги», «Менеджмент» та «Фінансовий менеджмент».

Змістовий модуль 1. Теоретичні основи страхового менеджменту

Тема 1. Комерційне страхування та його розвиток в Україні

План

- 1.1 Еволюція комерційного страхування.
- 1.2 Зміст основних категорій комерційного ринкового страхування.
- 1.3 Функції та принципи страхування.
- 1.4 Види діяльності страховика.
- 1.5 Тенденції розвитку комерційного страхування в Україні.

Рекомендована література: [1-19]

Основні терміни і поняття: страхування, страховий ринок, страховик, страхувальник, страхові посередники, об'єкт страхування, принципи страхування, функції страхування

1.1.Еволюція комерційного страхування.

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.

Найкраще сутнісний зміст категорії *страхування* можна зрозуміти з англійської назви цього терміну «insurance», що дослівно означає «убезпечення». Адже страхування слугує саме убезпеченню громадян та суб'єктів господарювання від матеріальних збитків, яких вони можуть зазнати в результаті настання раптових неочікуваних подій. Такі події можуть носити природний, техніко-технологічний або економічний характер.

Окремі елементи страхування були відомі ще за тисячі років до нашої ери. Археологічні знахідки дають можливість стверджувати: вже у стародавні часи різні народи добре усвідомлювали необхідність спорудження спеціальних громадських приміщень для зберігання запасів провізії на випадок можливої небезпеки.

Вважається, що первинні форми страхування зустрічалися приблизно 3 тис. рр. до н.е. Так, у шумерів (однієї із ранніх цивілізацій) торговцям видавали суми грошей у формі позики або створювали «спільні каси» для захисту їхніх інтересів на випадок втрати вантажу під час перевезення. Відомі перші колективні угоди: фінікійських купців (власники торгових суден) про колективну компенсацію збитків при загибелі або ушкодженні судна, у Палестині – власників худоби, яка перевозила вантажі – на випадок її крадіжки або загибелі. У законах вавілонського царя Хаммурапі (2 тис. рр. до н.е.) передбачалося укладення угоди між учасниками торгового каравану про те, щоб разом відшкодувати збитки, яких зазнав хтось з них у дорозі від нападу розбійників, пограбування і т.п.

Дійшли свідчення про відносно поширене взаємне страхування ритуальних витрат в Стародавньому Римі. Римляни нагромаджували потрібні кошти на похоронні процесії і спорудження пам'ятників у професійних колегіях і спілках. Лише особа, зазначена в заповіті, могла отримати такі кошти і витратити їх тільки на ритуальні заходи. На страхові

суми не поширювалися претензії будь-яких кредиторів. Навіть рабовласник (якщо він не значився в заповіті) не мав права на страхову суму раба. У середньовіччі страхування поступово поширювалося й на інші ризики. Воно здійснювалось через гільдії (братства) та цехи. Згодом гільдії почали спеціалізуватися за окремими професіями, з'явилися й захисні гільдії, що мали завданням охорону особи й майна від різних зазіхань.

Принцип взаємодопомоги закріплювався у статуті гільдії. Поступово формувався перелік страхових подій та уточнювався розмір внесків і виплат. Існують різні версії з приводу заснування першого страхового товариства. В одних джерелах є посилання на те, що це сталося в XIII віці в Ісландії у формі об'єднання селян від втрат на випадок вогню або загибелі худоби. Інша думка, що поява страхових товариств пов'язана насамперед із морським транспортом та торгівлею. Тут початковий період страхування будувався на договорі бодмереї – кредитор виплачував страхову суму наперед, і коли нічого не траплялося, то ця сума поверталася, плюс премія за бодмерею (страхування навпаки). Її збільшення попиту на страховий захист зумовило перехід до продажу страхових полісів з подальшим відшкодуванням збитків.

Перший морський поліс був виданий у 1347 році. Через 121 рік після цього з'явився Венеціанський кодекс морського страхування. Далі ініціатива в морському страховому законодавстві переходить до Англії. Прийнятий ще у 1774 році закон про страхування життя лишається в складі чинного законодавства Англії й досі.

У 1779 році члени асоціації «Лондонський Ллойд» прийняли «підписаний формуляр Ллойда» (формуляр договору морського страхування), ряд положень якого донині застосовуються у міжнародній практиці.

У 17 ст. в багатьох європейських країнах виникли акціонерні страхові компанії (1602р. створене голландське Ост-Індське товариство).

Страхові компанії Англії, Німеччини, Франції займались морським страхуванням, страхуванням на випадок пожежі, у сільській місцевості – страхуванням посівів від знищення або пошкодження.

У XIX ст. у страховій справі з'являються картелі і концерни. Один із великих концернів був створений у Берліні в 1874 році. Він діяв як міжнародний і складався з 16 страхових товариств, а через 50 років концерн об'єднував уже 230 товариств.

Особливо інтенсивно розвиваються всі форми і види страхування в XX столітті.

Страхування в сучасному світі стало невід'ємним атрибутом ринкової економіки. Розвиток страхування в Україні відбувався згідно з економічними, соціальними та правовими умовами, що існували у відповідний період у Київській Русі, царській Росії, а згодом – у колишньому СРСР.

Відомо, що, починаючи з XIII століття і до появи залізниці, на теренах сучасної України вантажі на далекі відстані перевозились чумаками, які зусиллями всього гурту відшкодовували збитки (загибель чи поломку візка, смерть вола чи втрату вантажу) потерпілому. Тут ще не завжди вдавалися до попередньої сплати регулярних внесків на створення і поповнення резервного фонду, але це не заважало виконанню зобов'язань щодо відшкодування збитків.

У пам'ятці давньоруського права – «Русской правде» – є цікаві відомості про тогочасне законодавство. «Бели кто убьет княжеского мужа совершив на него нападете, и убийца не будеш поиман, то платиш за него 80 гривен та округа, где найден убитыш. Если же убит простой человек, то округа платиш 40 гривен.» (Гривна – злиток срібла, який слугував грошовою та ваговою одиницею Київської Русі). До Росії епохи капіталізму класичне страхування прийшло із Західної Європи ще в 18ст. На той час у Петербурзі та Москві з'явилися філії англійських страхових компаній. Але вже у 1786 році була встановлена державна монополія на страхову діяльність.

Царицею Катериною II в 1781 р. було видано «Статут купецького судноплавства», який містив положення про морське страхування, а через 5 років спеціальним Маніфестом було введено 7 норми страхування від вогню. Маніфест «Про заснування державного

позичкового банку» дозволяв операції зі своїми клієнтами. З цією метою при банках створювалися страхові економії. Найбільш поширеним страховим ризиком за тих часів була пожежа. Тому у 1827р. було створено Перше російське страхове товариство від вогню, а до 1913р. вже понад 300 страховиків, у тому числі 13 акціонерних товариств здійснювали такий захист.

З відміною кріпосного права активізується розвиток страхової справи, орієнтованої на село. Створюється система земського страхування. У другій половині XIX ст. спектр страхових послуг уже був досить широким, приймалися на страхування будівлі, тварини, посіви, меблі, одяг, засоби транспорту, вантажі, певного розвитку набуло страхування життя.

У дореволюційні часи одним із важливих центрів страхування Росії була Одеса. Тут існували самостійні страхові товариства, а також контори філій провідних страхових компаній Петербурга й Москви, іноземних страховиків. Особисте страхування виникло в 30-х роках минулого сторіччя. У 1906р. був прийнятий закон про проведення страхування життя державними ощадними касами.

Отже, у дореволюційній Росії існували майже всі відомі на ті часи види страхування та форми страховиків. Події 1917р. внесли багато змін і у страхову справу. Уже через рік вона була оголошена державною монополією. Всі страхові операції здійснювались органами Головного управління державного страхування при Міністерстві фінансів. Початок 90-х років ознаменувався в Україні великими політичними та економічними змінами, переходом до ринкової економіки. Новою частиною нового господарського механізму, як і у цивілізованих державах ринкової орієнтації, стає ефективна система страхування, яку треба ще приводити у відповідність до світових стандартів.

1.2. Зміст основних категорій комерційного ринкового страхування.

Страхування – це спосіб захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб в умовах ринкової економіки.

Страхування є *економічною категорією*, що перебуває в тісному взаємозв'язку з категорією фінансів. Як і фінанси, страхування зумовлено рухом грошових форм вартості при формуванні та використанні цільових фондів грошових коштів у процесі розподілу й перерозподілу грошових доходів і накопичень.

До *основних ознак*, що визначають специфічність страхування як економічної категорії відносять:

- 1) випадковий характер настання страхової події;
- 2) надзвичайність нанесеного збитку;
- 3) необхідність відшкодування втрат.

Економічна суть страхування полягає в утворенні спеціалізованими організаціями – страховиками грошового (страхового) фонду, який формується із внесків страхувальників із метою відшкодування їх збитків, спричинених страховими подіями, передбаченими договором страхування або чинним законодавством.

Головними суб'єктами страхування є страховики й страхувальники.

Страховики — юридичні особи (акціонерні, повні, командитні товариства або товариства з додатковою відповідальністю), що одержали в установленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності. Вони розробляють правила добровільного страхування і пропонують страхові послуги страхувальникам.

Страхувальники — юридичні особи й дієздатні громадяни, які уклали із страховиками договори щодо страхування власного інтересу чи інтересу третьої особи, сплачують страхові премії та мають право (за договором або за законом) на отримання компенсації (відшкодування) при настанні страхового випадку.

Закон України «Про страхування» визначає *об'єкти страхування* як майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані:

- з життям, здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією страхувальника чи застрахованої особи (особисте страхування);
- з володінням, користуванням і розпорядженням майном (майнове страхування);
- з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі (страхування відповідальності).

Страхуванню властива *специфічна термінологія*. До ключових понять у страхових відносинах належать такі: «страхова сума», «страховий платіж», «збиток», «страхове відшкодування». Важливо знати сутність цих понять, оскільки вони є основними складовими страхового договору.

Страхова сума (S) — грошова сума, на котру страхується об'єкт за законом чи за договором. Страхова сума не може бути вищою за вартість об'єкта, що підлягає страхуванню. Це обсяг відповідальності страховика перед страхувальником, максимальна грошова сума, в межах якої здійснюється страхове відшкодування в разі настання страхової події.

Страховий внесок (премія, платіж) (SP) — плата за страхування, сума, яку сплачує страхувальник страховикові за зобов'язання відшкодувати збитки в разі настання страхового випадку.

Страховий платіж визначається як добуток страхової суми (S) і страхового тарифу (T), який, як правило, встановлюється у відсотках.

Внесення страхових платежів здійснюється на основі страхових тарифів — розміру плати з одиниці страхової суми. Страхові тарифи відображають ціну страхування.

Збиток (Z) — фактична сума втрати (шкоди), яку зазнав страхувальник в результаті настання страхового випадку, що підлягає відшкодуванню страховиком.

Страхове відшкодування (Q) — грошова компенсація, котру повинен виплатити страховик страхувальнику в обсязі збитків та в межах страхової суми з настанням страхового випадку.

У страхуванні застосовують кілька *систем страхування та франшизи*.

Вибір системи залежить від співвідношення величини страхової суми та вартісної оцінки об'єкта страхування. При цьому, найбільш поширеною є *система страхування за дійсною вартістю об'єкта страхування*, яка визначається як фактична на день підписання договору. За цією системою страхова сума дорівнює обсягу вартості об'єкта страхування і, в разі настання страхового випадку, має місце повне покриття збитків страхувальника страховиком.

Якщо об'єкт страхування застраховано не на повну його вартість, тобто страхова сума дорівнює лише певній частині цієї вартості, то такий об'єкт може бути застрахованим за такими системами страхування:

- 1) системою пропорційної відповідальності;
- 2) системою «першого ризику».

При цьому, *система пропорційної відповідальності* передбачає виплату страхового відшкодування, яке розраховується за формулою 1.1.

$$Q = Z \times S/W, (1.1)$$

де Q — страхове відшкодування;

S — страхова сума за угодою (договором);

W — вартісна оцінка об'єкта страхування;

Z — фактична сума збитків.

Така система страхування, як правило, застосовується при страхуванні майна підприємств і організацій, якщо інше не вказано в договорі і 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» застосовується найчастіше при страхуванні особистого майна громадян і передбачає виплату страхового відшкодування в

розмірі збитків, але в межах страхової суми.

Під «першим ризиком» у страховій справі розуміють ризик, вартісна оцінка которого не перевищує страхової суми.

Крім вищевказаних систем страхування страховики застосовують й інші.

Особиста участь страхувальника в покритті збитків виражається через *франшизу* (фр. *franchise* — пільга). Вона може бути встановлена у відсотках чи в абсолютних величинах стосовно страхової суми, вартісної оцінки об'єкта або розміру збитків.

Найчастіше страховики застосовують умовну (інтегральну) та безумовну (ексцедентну) франшизи.

Умовна франшиза звільняє страховика від відповідальності за збитки, обсяги яких не перевищують установлені франшизи, і зобов'язує його покривати збитки повністю, якщо розмір їх перевищує франшизу.

Безумовна франшиза теж звільняє страховика від компенсації збитків, які не перевищують безумовну франшизу. Якщо обсяг збитків перевищує розмір безумовної франшизи, то страхове відшкодування дорівнює різниці між обсягом збитків та безумовної франшизи.

1.3. Функції та принципи страхування

Сутність і призначення страхування проявляється через його *функції* (рис. 1.1).



Рис. 1.1 Функції страхування

В межах *відновлювальної* функції відбувається розподіл грошової форми вартості серед учасників процесу страхування у зв'язку з наслідками страхових подій.

Попереджувальна (превентивна) функція страхування проявляється у фінансуванні заходів по зменшенню страхового ризику за рахунок частини коштів страхового фонду.

Ощадна функція страхування виявляється при страхуванні життя.

Контрольна функція страхування полягає в цільовому формуванні та використанні коштів страхових фондів.

Страхова діяльність базується на певних *принципах* (рис. 1.2), сутнісний зміст яких наступний:

1) вільний вибір страхувальником страховика, а страховиком – виду страхування;

2) страховий ризик (не може бути предмета для страхової угоди, якщо її сторони не несуть жодного ризику матеріальних або фінансових утрат за несприятливого перебігу подій);

3) страховий інтерес (кожний власник зацікавлений у тому, щоб його кошти не були втрачені через стихійне лихо, пограбування, нещасний випадок тощо);

4) максимальна сумлінність (сторони, що вступають у страхові відносини, повинні довіряти одна одній);

5) відшкодування в межах реально завданих збитків (згідно зі ст. 10 Закону України «Про страхування», страхове відшкодування не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнав страхувальник, тобто приносити страхувальнику прибуток);

6) франшиза (від англ. *franchise* – право, привілей) – це визначена договором

страхування частина збитків, котра в разі страхового випадку не підлягає відшкодуванню страховиком. Розрізняють такі види франшизи:

- пряма (безумовна);
- привілейована (умовна) – найчастіше застосовується в особистому страхуванні;
- зникаюча (зустрічається дуже рідко) – встановлює відповідальність страхових компаній, яка збільшується пропорційно збитку, поки франшиза не зникне;
- 7) суброгація – передача страхувальником страховикові права на стягнення заподіяної шкоди з третіх (винних) осіб у межах виплаченої суми;
- 8) контрибуція – право страховика звернутися до інших страховиків, котрі за проданими полісами несуть відповідальність перед одним і тим самим страхувальником, із пропозицією розділити витрати з відшкодування збитків. (Цей принцип не дає змоги страхувальникам застраховувати одне й те саме майно кілька разів із метою наживи);
- 9) перестрахування і співстрахування:
 - перестрахування – це вторинний перерозподіл ризиків з метою забезпечення фінансової стійкості страховика;
 - співстрахування – це страхування об'єкта за одним спільним договором та за згодою страхувальника кількома страховиками;
- 10) диверсифікація:
 - одночасний розвиток незалежних один від одного видів страхування;
 - поширення діяльності страхових компаній за рамки основного бізнесу.

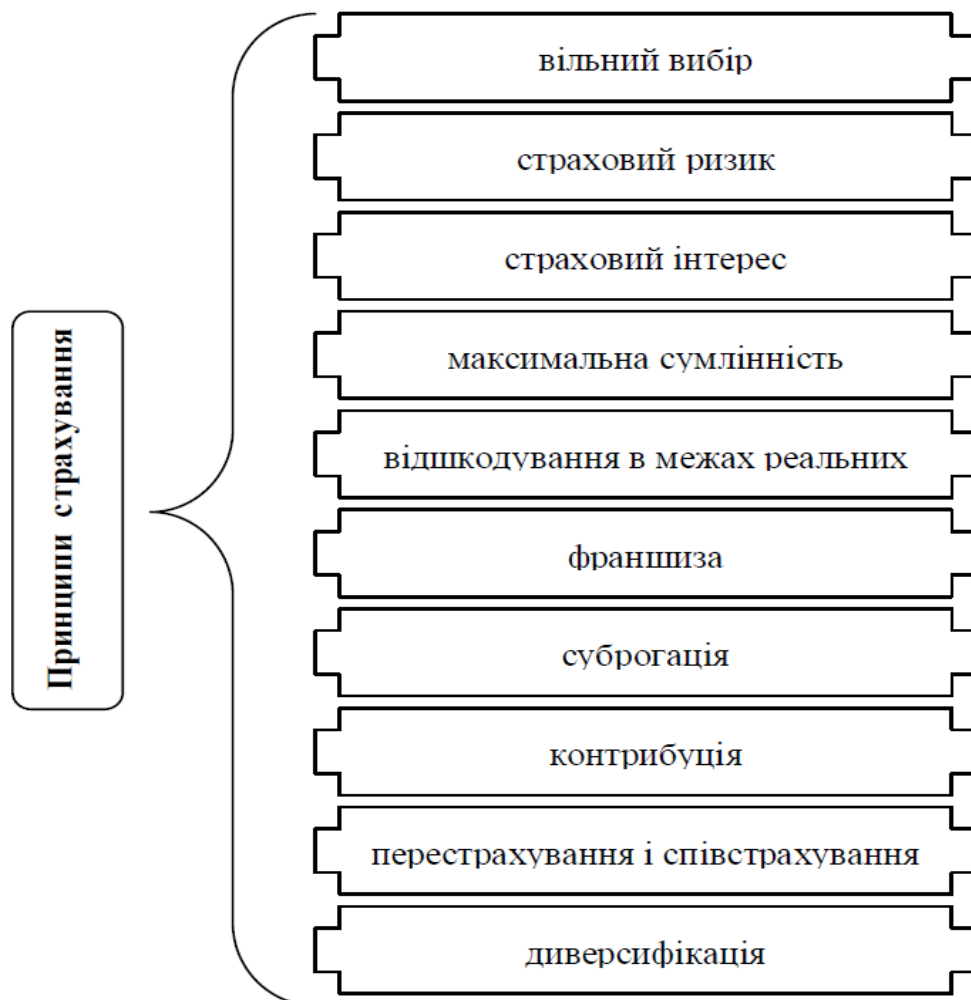


Рис. 1.2 Принципи страхування

1.4. Види діяльності страховика

Страховиками визнаються фінансові установи, які створені у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств з додатковою відповідальністю згідно з Законом України "Про господарські товариства" з урахуванням особливостей, передбачених цим Законом, а також одержали у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності.

Учасників страховика повинно бути не менше трьох. Страхова діяльність в Україні здійснюється виключно страховиками - резидентами України.

В окремих випадках, встановлених законодавством України, страховиками визнаються державні організації, які створені і діють відповідно до цього Закону. У цьому разі використання слів "державна", "національна" або похідних від них у назві страховика дозволяється лише за умови, що єдиним власником такого страховика є держава.

Слова "страховик", "страхова компанія", "страхова організація" та похідні від них дозволяється використовувати у назві лише тим юридичним особам, які мають ліцензію на здійснення страхової діяльності.

Загальний розмір внесків страховика до статутних фондів інших страховиків України не може перевищувати 30 відсотків його власного статутного фонду, в тому числі розмір внеску до статутного фонду окремого страховика не може перевищувати 10 відсотків. Ці вимоги не поширюються на страховика, який здійснює види страхування інші, ніж страхування життя, у разі здійснення ним внесків до статутного фонду страховика, який здійснює страхування життя.

При створенні страховика або збільшенні зареєстрованого статутного фонду статутний фонд повинен бути сплачений виключно в грошовій формі. Дозволяється формування статутного фонду страховика цінними паперами, що випускаються державою, за їх номінальною вартістю в порядку, визначеному спеціальним уповноваженим центральним органом виконавчої влади у справах нагляду за страховою діяльністю (далі - Уповноважений орган), але не більше 25 відсотків загального розміру статутного фонду.

Забороняється використовувати для формування статутного фонду векселі, кошти страхових резервів, а також кошти, одержані в кредит, позику та під заставу, і вносити нематеріальні активи.

Предметом безпосередньої діяльності страховика може бути лише страхування, перестраховування і фінансова діяльність, пов'язана з формуванням, розміщенням страхових резервів та їх управлінням.

Дозволяються виконання зазначених видів діяльності у вигляді надання послуг для інших страховиків на підставі укладених цивільно-правових угод, надання послуг (виконання робіт), якщо це безпосередньо пов'язано із зазначеними видами діяльності, а також будь-які операції для забезпечення власних господарських потреб страховика.

Страховики, які здійснюють страхування життя, можуть надавати кредити страхувальникам, які уклали договори страхування життя.

Порядок, умови видачі та розміри кредитів і порядок формування резерву для покриття можливих втрат встановлюються Уповноваженим органом за погодженням з Національним банком України.

Юридичні особи, які не відповідають вимогам, не можуть займатися страховою діяльністю.

Підприємства, установи та організації не можуть стати страховиками шляхом внесення змін до статутних документів за умови, що вони попередньо займалися іншим видом діяльності.

Законодавством України може бути визначено уповноважених страховиків для здійснення тих чи інших видів страхування, у разі якщо здійснення тих чи інших

правовідносин передбачає використання бюджетних коштів, валютних резервів держави, гарантій Кабінету Міністрів України.

Обов'язковою умовою для визначення уповноважених страховиків має бути проведення відкритого тендеру з оприлюдненням у засобах масової інформації його умов і результатів та участь представників добровільних об'єднань страховиків. В інших випадках забороняється будь-яке уповноваження страховиків для здійснення окремих видів страхування з боку держави.

1.5. Тенденції розвитку комерційного страхування в Україні

Наявна в Україні економічна криза негативно вплинула на весь вітчизняний страховий сектор, який, починаючи з 2013 року переживає період стагнації і не показує істотного зростання. Одним із чинників є те, що уряд не здійснив необхідні реформи, як у сфері законодавства, так і на страховому ринку в цілому.

Також іншими важливими чинниками, які гальмують розвиток страхового ринку України є:

- відсутність чіткої політики в області державного регулювання і ефективного нагляду за діяльністю суб'єктів ринку, що сприяє тінізації операцій, збільшенню фінансових схем, відпливу капіталу за рубіж;
- зниження попиту на страхові послуги в умовах зниження платоспроможності населення, низького рівня довіри до фінансових установ;
- дисбаланс страхових портфелів у бік корпоративного страхування;
- відсутність механізмів податкового стимулювання інвестиційної активності страхових компаній, низький рівень розвитку ринку довгострокового страхування життя;
- низька якість і вузький спектр страхових послуг, демпінг цін;
- нерозвиненість системи рейтингової оцінки страховиків, непрозорість ринку, відсутність дієвих механізмів захисту прав страхувальників;
- нерозвиненість інфраструктури, відсутність затвердженої державної концепції розвитку страхового ринку, державних програм підготовки страхових посередників (брокерів, андерайтерів, аварійних комісарів і ін.);
- слабкий фондовий ринок, як наслідок – відсутність фінансових інструментів для інвестування, низька якість активів в покриття страхових резервів;
- недостатній розвиток регіональних страхових ринків, які мають помітні територіальні диспропорції.

На сучасному етапі найбільший вплив, як негативний так і позитивний, на розвиток українського страхового ринку мають такі чинники:

1. Збільшення внутрішнього перестраховування, яке у період кризи не дає гарантії отримання виплат своєчасно і в повному обсязі, тобто втрачається сам сенс використання даної фінансової операції. Крім того, збільшення обсягів внутрішнього перестраховування призводить до концентрації ризиків на території однієї держави, що також є негативною тенденцією.

2. Державні перевірки діяльності страховиків. Безумовно вони мають сприяти збільшенню їх платоспроможності, підвищенню якості страхових послуг. Але необхідно приймати до уваги й те, що ділова репутація страхової компанії має велике значення як для її страхувальників, так і для можливих іноземних інвесторів. Тому владі неможна безпричинно займатися публічним відбиранням у страховиків – лідерів ліцензій на масові види страхування, вирішуючи свої питання контролю над ринком. Такі дії державних органів призводять до компрометації всієї фінансової системи країни перед вітчизняною та міжнародною спільнотою та мають край негативний вплив на інтеграційні процеси.

3. Зміни у структурі страхового ринку унаслідок втрати територій на півдні та сході України. Через військові дії у східних регіонах країни страховики зазнають великих збитків, а нові договори в цих регіонах практично не укладаються. Але, незважаючи на наявність суперечних моментів щодо покриття договорами страхування ризиків

військових дій, страхові компанії повинні працювати в цих складних умовах на перспективу, робити все можливе для зміцнення свого іміджу та ділової репутації в очах страхувальників. Додатковою гарантією збереження платоспроможності страховиків повинні стати спеціальні резервні фонди (катастроф, коливань збитковості), порядок обчислення яких передбачено Правилами формування страхових резервів зі страхування життя і видів страхування, відмінних від страхування життя.

Посприяти подоланню кризових тенденцій на страховому ринку та значно поліпшити фінансовий стан страхових компаній, як у короткостроковій так і у довгостроковій перспективі, повинні такі заходи:

- внесення змін в порядок надання звітності страховиками, що дасть можливість посилити нагляд за якістю і структурою активів;
- стимулювання страховиків до отримання міжнародних рейтингів фінансової стійкості, сприяння інформаційній відкритості страхового бізнесу шляхом постійного моніторингу якості страхових послуг різних компаній у засобах масової інформації;
- формування системи саморегулювання, удосконалення податкового, антимонопольного, кримінального та цивільного законодавства, що регулюють сферу страхування;
- приділення більшої уваги вдосконаленню механізму страхування виробників сільськогосподарської продукції, яке в перспективі зможе позитивно вплинути на економічні показники країни;
- приділення уваги мінімізації можливості зловживання державною владою при контролі над діяльності страховиків, посилення контролю за операціями вихідного перестраховування та впровадження змін щодо порядку оподаткування страховиків з метою мінімізації фінансових схем.

Тема 2. Сутність і характерні риси страхового менеджменту

План

- 2.1. Сутність та функції страхового менеджменту.
- 2.2. Цілі і завдання страхового менеджменту.
- 2.3. Правові основи страхового менеджменту.

Рекомендована література: [1-19]

Основні терміни і поняття: страховий менеджмент, цілі страхового менеджменту, принципи страхового менеджменту, функції страхового менеджменту, система правового регулювання страхової діяльності.

2.1. Сутність та функції страхового менеджменту

Страховий бізнес, як і будь-яка інша підприємницька діяльність, потребує управління в плануванні, організації, регулюванні і контролі. При цьому йдеться про діяльність, пов'язану з формуванням і використанням ресурсів страхового фонду, що обертаються у сфері товарно-грошових відносин.

Ресурси страхового фонду формують і використовують страхові організації, серед яких вирішальна роль належить акціонерним страховим компаніям.

Діяльність акціонерної страхової компанії в умовах ринкової економіки вимагає високого рівня організації, без якого неможливе досягнення мети, що стоїть перед цим страховиком, забезпечення його конкурентоспроможності і ефективності діяльності. Цими міркуваннями обумовлена необхідність страхового менеджменту. Специфіка сфери управління в страховому бізнесі зумовлює необхідність виділення в менеджменті його особливого напрямку – страхового менеджменту. У найбільш загальній формі об'єктом

управління в страховому менеджменті виступає сукупний страховий фонд, призначений для відшкодування можливого збитку. Страховий менеджмент системи страхування, що діє в країні, включає інституційні суб'єкти, які формують і використовують фінансові ресурси страхового фонду (недержавні пенсійні фонди, акціонерні страхові компанії, товариства взаємного страхування, страхові пули).

Страховий менеджмент – це управління діяльністю акціонерної страхової компанії, що функціонує в умовах конкурентного економічного середовища, яке включає постановку цілей, вибір засобів і розробку методів їх досягнення.

Ефективний менеджмент створює основу для економічного процвітання страхової компанії акціонерного типу. Виходячи з наявних страхових інтересів, страхова компанія створює певний пакет страхових продуктів, орієнтований на задоволення запитів страхувальників. При цьому розвиток страхової справи шляхом активізації системи продажів страхових полісів і по інших напрямках є головним завданням менеджменту в страховій компанії.

Таким чином, під *страховим менеджментом* слід розуміти професійне управління страховою діяльністю страхової компанії, яке здійснюється в умовах ринкових відносин і спрямоване на отримання максимального прибутку при раціональному використанні всіх наявних ресурсів. Страховий менеджмент вивчає найбільш раціональні технології управління страховими компаніями, а також управління іншими професійними учасниками страхового ринку.

Суть страхового менеджменту розкривається в його функціях. Під функціями страхового менеджменту слід розуміти конкретні види управлінської діяльності, які здійснюються спеціальними прийомами і способами, а також відповідна організація роботи і контроль діяльності страхової компанії.

Найбільш загальними функціями є *планування, організація, мотивація і контроль*. Реалізація сукупності цих функцій представляє суть процесу управління страховою компанією. Функції забезпечуються двома типами з'єднувальних процесів – інформаційними комунікаціями і ухваленням управлінських рішень.

Планування є початковим етапом процесу управління. Його реалізація передбачає ухвалення рішення про те, що, як, коли і кому потрібно зробити. За допомогою функції планування досягається єдність і координація зусиль персоналу страхової компанії. Решта функцій забезпечує реалізацію встановленого плану.

Функція організації полягає в підготовці всього необхідного для реалізації плану. Організація роботи передбачає з'єднання в єдине ціле матеріально-технічної і фінансової бази із трудовими ресурсами страхової компанії. Передбачає делегування повноважень (має право ухвалювати рішення і використовувати ресурси страхової компанії) конкретними страховими працівниками, а також пристосування організаційної структури страхової компанії до завдань, які повинна вирішувати страхова організація.

Функція мотивації означає чітко сформоване у страхових працівників бажання виконати встановлені вимоги керівництвом страхової компанії в повному обсязі з потрібною якістю. Забезпечується оптимізацією процесу дії: підтримка найкращого співвідношення між результатом і витратами на його досягнення. Основні засоби мотивації – це накази і розпорядження, що стосуються виконання роботи.

Функція контролю забезпечує зіставлення запланованого і реально одержаного результату. Під контролем розуміється процес управління, спрямований на виявлення кількісних і якісних відхилень від запланованих показників. Найважливішими компонентами контролю слугують встановлення стандартів, зіставлення досягнутого за деякий період із тим, що було заплановане, а також вказівка на способи виправлення помилок.

Існує декілька форм контролю. Розрізняють *повний і вибірковий контроль*. Повний контроль використовується в тих ситуаціях, коли необхідно перевірити діяльність всіх працівників, наприклад, звітність всіх страхових агентів. *Вибірковий контроль*

застосовують, коли повний контроль з яких-небудь причин неможливий. Крім того, прийнято розрізняти такі форми контролю як *попередній, поточний і наступний*.

У теперішній час всього більшого і більшого поширення набуває концепція контролінгу. У відповідність з цією концепцією функція контролю покладається на особливий підрозділ, який забезпечує систему постійної оцінки діяльності страхової компанії загалом.

Всі функції управління, що відображають сутність страхового менеджменту тісно взаємозв'язані і взаємозалежні. Специфіка страхового менеджменту обґрунтовується особливостями страхової діяльності. Процес продажу страхових полісів завжди передбачає безпосередній контакт із майбутнім страхувальником, унаслідок чого операційні технології піддаються стандартизації. Робота страхового агента, на якого, в основному, лягає навантаження по укладенню договорів страхування вимагає творчого підходу, а її результативність багато в чому визначається його особистими якостями, знаннями страхової справи, а також психології спілкування із потенційними страхувальниками. Страхові посередники виступають ланкою, що зв'язує страхувальника і страховика відповідним договором страхування, і тому володіють найбільшим обсягом інформації про страхові інтереси і переваги клієнтури. Це зумовлює можливість виникнення нових організаційних форм продажу страхових полісів, сприяє формуванню страхової пропозиції, що відповідає наявним запитам клієнтури і є привабливим для потенційних страхувальників. Останнім часом намітилася нова тенденція надання додаткових сервісних послуг страхувальникам, що уклали договір страхування конкретного виду. Все це посилює конкурентоспроможність страхових компаній і забезпечує рішення задач щодо розвитку страхування.

2.2. Цілі і завдання страхового менеджменту.

Цілі страхового менеджменту обумовлені цілями функціонування акціонерної страхової компанії в умовах певного економічного середовища (страхового ринку). Можна виділити **загальні (економічні) і специфічні (соціальні) цілі** страхового менеджменту.

Загальні (економічні) цілі пов'язані з головними причинами створення акціонерної страхової компанії. Такі цілі відбиваються в статуті страховика. Вони формулюються як захист майнових інтересів юридичних і фізичних осіб шляхом здійснення страхової діяльності, спрямованої на отримання прибутку на вкладений капітал на користь акціонерів страхової компанії.

Страхова діяльність – це відносини, які формуються з приводу захисту майнових інтересів юридичних і фізичних осіб при настанні певних подій (страхових випадків) за рахунок грошових фондів, що формуються із сплачуваних ними страхових внесків (страхових премій).

Найважливішою економічною метою акціонерної страхової компанії, виступаючої як комерційна організація, є забезпечення максимального прибутку. Власники акціонерної страхової компанії, формуючи статутний капітал, орієнтуються на прибуткове розміщення коштів, що дає їм постійний дохід у вигляді дивідендів. У отриманні прибутку зацікавлені також клієнти акціонерної страхової компанії, тобто страхувальники, оскільки фінансовий успіх страховика свідчить про надійність і стійкість страхової організації, із якою вони мають справу. Спільну зацікавленість в прибутковій роботі акціонерної страхової компанії виявляє трудовий колектив акціонерної страхової компанії, включаючи вищих менеджерів.

Максимізацію прибутку акціонерної страхової компанії часто розуміють однозначно: збільшення обсягів надходжень страхових платежів за рахунок зростання продажів страхових полісів і одночасне зниження витрат, пов'язаних з утриманням страхової компанії і процесом обслуговування укладених договорів страхування. У такому розумінні вказана мета не орієнтує на довгострокове функціонування акціонерної

страхової компанії.

У ширшому плані економічна мета страхового менеджменту повинна полягати не в орієнтації на максимізацію поточного прибутку акціонерної страхової компанії, а на максимізацію вартості акціонерної страхової компанії, що включає отримання довгострокового прибутку, потенційне зростання обсягів страхових операцій, прийняття страхових ризиків відносно оцінених об'єктів страхування, підвищення ринкової вартості акцій акціонерної страхової компанії і стабільні дивіденди.

Крім того, акціонерна страхова компанія є особливим комерційним підприємством, яке акумулює крупні грошові кошти своєї клієнтури у фінансові ресурси страхового фонду, призначені для забезпечення узятих перед клієнтами зобов'язань за укладеними договорами страхування. Виражаючи економічні розподільчі відносини у сфері обігу страховий фонд, керований менеджментом акціонерної страхової компанії, бере участь загалом відтворювальному процесі. Зважаючи на специфіку страхового фонду, страховий менеджмент повинен бути орієнтований на забезпечення збереження ресурсної бази страхового фонду, маючи на увазі повне забезпечення зобов'язань перед страхувальниками, передбачених умовами укладених договорів страхування. Реалізація даної мети передбачає створення акціонерною страховою компанією системи управління поточною ліквідністю, збалансованістю активів і зобов'язань акціонерного страховика по термінах і сумах, наявністю відповідних страхових резервів і системи оцінки страхових ризиків.

Специфічні (соціальні) цілі страхового менеджменту передусім пов'язані з необхідністю якнайповнішого задоволення страхових потреб клієнтури страхової компанії, а також створення оптимального набору страхових продуктів, адекватно тим, що відповідають наявним страховим інтересам.

Одночасно повинні бути забезпечені відповідний страховий захист вказаних майнових інтересів, а також належний рівень обслуговування клієнтури акціонерної страхової компанії. Для цього система управління повинна мати в своєму розпорядженні маркетингові дослідження продуктового і цінового страхового ринку, відповідні інформаційні розробки, учбові програми, що дозволяють розвивати навички фахівців (і особливо страхових агентів) в спілкуванні з потенційними клієнтами акціонерної страхової компанії.

Соціальний аспект цілей страхового менеджменту полягає також в конкретних економічних гарантіях малому і середньому бізнесу, а також створенні нових робочих місць у сфері страхування (страхова експертиза, страховий маркетинг, аквізиція тощо). У широкому економічному контексті акціонерна страхова компанія є громадським інститутом, який покликаний тісно пов'язувати свою діяльність із загальним господарським розвитком і тим самим зміцнювати ресурсну основу подальшого розширення власних операцій.

Економічні і соціальні цілі акціонерної страхової компанії визначають **завдання** страхового менеджменту. Серед **основних завдань страхового менеджменту** можна виділити наступні:

- **Створення економічного механізму управління прибутковістю акціонерної страхової компанії** – управління обсягом і структурою активних і пасивних операцій страхової компанії, вартістю акцій, а також доходами і витратами страховика;
- **Управління ліквідністю при оптимізації обсягу прибутку** – управління грошовими потоками, організація контролю за станом високоліквідних активів, прогнозування ліквідної позиції страхової компанії;
- **Управління ризиками, властивими конкретним об'єктам страхування**, відносно яких відбувається укладення відповідних договорів страхування – розробка методології оцінки різних страхових ризиків, ведення статистики страхових випадків і супроводжуючих їх ризикових обставин, стандартизація управлінських процедур відносно наявних страхових ризиків;

- **Управління персоналом акціонерної страхової компанії** – забезпечення максимальної реалізації його потенційних можливостей. Передбачає організацію внутрішньофірмового навчання, впровадження ефективної системи оплати праці і моральних стимулів, внутрішнього контролю (аудиту) тощо. Цілеспрямована дія на людську складову, орієнтована на відповідність можливостей персоналу страхової компанії обраним цілям, стратегії і умовам розвитку страхової організації.

2.3. Правові основи страхового менеджменту.

Правове забезпечення страхування становлять законодавчі та нормативні акти, що регулюють страхову діяльність як у цілому, так і за окремими її напрямками.

Система правового регулювання страхової діяльності містить норми, визначені:

- * Конституцією України;
- * міжнародними угодами, які підписала й ратифікувала Україна;
- * Цивільним кодексом України;
- * Законами та постановами Верховної Ради України;
- * Указами та розпорядженнями Президента України;
- * декретами, постановами та розпорядженнями Уряду України;
- * нормативними актами (інструкції, методики, положення, накази), котрі ухвалено міністерствами, відомствами, центральними органами виконавчої влади та зареєстровано в Міністерстві юстиції України;
- * нормативними актами органу, який згідно із законодавством України здійснює нагляд за страховою діяльністю;
- * нормативними актами органів місцевої виконавчої влади у випадках, коли окремі питання регулювання страхової діяльності було делеговано цим органам за рішенням Президента або Уряду України.

Конституція України, ухвалена 28 червня 1996 року, визначила, що виключно законами України встановлюються засади створення й функціонування фінансового ринку (стаття 92), а Кабінет Міністрів України забезпечує здійснення фінансової політики (стаття 116).

Отже, Конституція України встановила загальні норми правового регулювання фінансової політики, однією зі складових якої є забезпечення розрахунку страхової справи.

Законодавче регулювання страхової діяльності в Україні має певну історичну специфіку, яка відчутно позначається на всій системі правового забезпечення.

У колишньому Радянському Союзі не було базового закону, який регулював би порядок здійснення страхової діяльності. Оскільки страхову діяльність здійснювали виключно установи Держстраху та Індержстраху, що не мали повністю самостійного статусу, то не було потреби визначати законодавчі норми стосовно прав та обов'язків цих суб'єктів. Окремі аспекти страхової діяльності регулювалися Постановами ЦК КПРС та Ради Міністрів СРСР, нормативними документами Держстраху СРСР та Укрдержстраху.

Протягом 1992-1993 років у більшості незалежних держав, котрі утворилися після розпаду колишнього СРСР, було ухвалено законодавчі акти з питань страхування.

Улітку 1992 року Укрдержстрах за участю провідних страхових компаній, утворених у період 1990-1992 років, подав до Кабінету Міністрів України перший проект Закону «Про страхування», спрямований на узгодження позицій кількох причетних до страхової справи міністерств і відомств. У грудні 1992 року цей проект після узгодження повторно було внесено на розгляд Кабінету Міністрів України. Оскільки згідно з рішенням Верховної Ради України в цей період Уряд дістав право видавати декрети, які мали статус законів, зазначений проект було прийнято як декрет у травні 1993 року.

Декрет Кабінету Міністрів України «Про страхування» став фактично першим базовим законодавчим актом, який забезпечив системне правове регулювання страхової діяльності. Цей Декрет визначив базові терміни й поняття, пов'язані зі страховою

діяльністю (ринком страхових послуг). Декрет «Про страхування» міг розглядатися лише як проміжний законодавчий акт.

Головний його недолік полягав у тому, що тут було зроблено спробу поєднати суперечливі положення: з одного боку, «держстрахові» принципи здійснення страхової діяльності, що базувалися на планово-адміністративній економіці, а з іншого - принципи страхування в умовах ринку. Наприклад, Декрет передбачав здійснення страхових виплат за рахунок страхових резервів, що відповідало ринковим принципам, не визначаючи фінансового механізму формування цих резервів, і суто адміністративне обмежував перераховування до резервів 50 % страхових платежів. Окрім того, Декрет надліберально забороняв державі втручатися в діяльність страхових організацій, а водночас визначав державний орган, відповідальний за стан розвитку страхового ринку. І таких суперечностей було немало.

Отже, з розвитком ринкової економіки в Україні постала потреба ухвалити новий законодавчий акт, який повністю врегульовував би як понятійний апарат, так і порядок здійснення страхової діяльності (давно застосовуваний у розвинених країнах).

6 березня 1996 року Верховна Рада України ухвалила Закон України «Про страхування» (далі - Закон), до якого 4.10.2001 р. Верховною Радою внесено зміни та доповнення. Він є головним законодавчим актом у цій галузі в нашій державі.

Змістовий модуль 2. Функції страхового менеджменту

Тема 3 .Планування страхової діяльності

План

- 3.1. Економічна сутність планування в менеджменті страхової діяльності та його етапи.
- 3.2. Принципи планування в менеджменті страхової діяльності.
- 3.3. Вимоги до оперативного та стратегічного планування страхової діяльності.
- 3.4. Основи бізнес-планування страхової діяльності. Структура бізнес-плану страховика.

Рекомендована література: [1-19]

Основні терміни і поняття: планування, етапи планування, умови планування, бізнес-план страхової компанії, технологія складання бізнес плану.

3.1. Економічна сутність планування в менеджменті страхової діяльності та його етапи

Планування життєво важливе для будь-якого господарюючого суб'єкта. Тільки в результаті планування можна зрозуміти і оцінити, де, коли і кому страхувальник пропонуватиме свої послуги і які і коли для цього будуть потрібні ресурси. Планування дозволяє передбачати несприятливі ситуації, аналізувати можливі ризики і передбачати конкретні заходи щодо їх зниження.

Планування – вид управлінської діяльності (трудових процесів), який визначає перспективу і майбутній стан організації, шляхи і способи його досягнення.

Від обґрунтовано спланованої моделі діяльності страховика залежать фінансова стійкість і прибутковість страхової компанії. Фінансова стратегія і фінансове планування охоплюють такі важливі напрями:

- планування асортименту страхових послуг і формування страхового портфеля;
- розробку найкращої інвестиційної стратегії, тобто розміщення тимчасово вільних грошових коштів страховика;
- оцінку та прогнозування поточного фінансового стану страховика;

- планування поточної діяльності страховика і складання бізнес-плану;
- план-прогноз розширення діяльності страхової компанії.

Фінансова стратегія страховика охоплює визначення перспективних напрямів його діяльності з урахуванням їх прибутковості. Фінансова стратегія, насамперед, охоплює планування асортименту страхових послуг та формування страхового портфеля.

Під страховим портфелем зазвичай розуміють сукупність страхових внесків, прийнятих страховиком від страхувальників, яка характеризує загальний обсяг його діяльності. Він характеризується:

- 1) кількістю чинних страхових договорів;
- 2) числом застрахованих об'єктів;
- 3) розміром сукупної страхової суми.

За обсягом страхового портфеля розраховується такий показник як рівень охоплення страхового поля (**під страховим полем** розуміють максимальну кількість об'єктів, що можуть бути охоплені тим, чи іншим видом страхування).

Він визначається як відношення фактично застрахованих об'єктів до їх можливої кількості, тобто відношення страхового портфеля до страхового поля, виражене у процентах. Цей показник дав можливість спрогнозувати перспективи розвитку окремих видів страхування на кожному окремому сегменті ринку.

Страхова компанія повинна прагнути до створення стабільного страхового портфеля шляхом укладання якомога більшої кількості договорів з найбільшою відповідальністю по кожному ризику. Водночас страховий портфель повинен бути збалансованим, що означає поєднання у його складі різноманітних страхових договорів – нагромаджувальних і ризикових, великих за обсягами та індивідуальних, а також таких, що спрямовані на немасового споживача. Тому при формуванні страхового портфеля використовуються такі **основні принципи**:

- **динамічність**, що характеризує співвідношення між договорами, дія яких вже закінчується, і новими договорами, що укладаються;
- **однорідність**, що дає можливість формувати страховий портфель з великої кількості приблизно однакових за розміром ризиків. Недотримання цієї умови може стати причиною того, що настання навіть одного страхового випадку (значного за обсягом) може спричинити банкрутство страховика;
- **диверсифікованість**, що має суттєвий вплив на фінансову стійкість страховика, оскільки дозволяє мінімізувати страхові ризики та забезпечити відповідну доходність від страхових операцій.

Важливою характеристикою страхового портфеля є величина сукупної страхової суми, яка залежить від розмірів страхових тарифів, тобто від тарифної політики страховика та асортименту страхових продуктів.

Формування асортименту страхових продуктів здійснюється з урахуванням певних вимог до них, тобто визначення їхніх властивостей, які найбільшою мірою задовольняють потреби страхувальників. Адже будь-які страхові продукти проходять перевірку на ступінь задоволення суспільних потреб, які відтворюються в колективних, групових та індивідуальних інтересах страхувальників.

На страховому ринку страхувальник прагне придбати саме той страховий поліс, умови якого передбачають найбільш повне задоволення його страхових інтересів. До переліку вимог щодо формування асортименту страхових продуктів входять:

- об'єкти страхування;
- страхові ризики;
- ціна страхового продукту;
- додаткові послуги, що надаються страховиком;
- якість і повнота обслуговування клієнта на стадії супроводу договору страхування.

Асортимент страхових продуктів вважається раціональним та ефективним для

страховика, якщо він зорієнтований одночасно на надання якісних та недорогих і багатофункціональних страхових послуг. Разом з тим, кожен страховий продукт повинен відрізнятися від вже існуючих, задовольняти сучасні потреби страхувальників, бути зручним і простим для розповсюдження й обслуговування та привабливим для великої кількості споживачів.

При плануванні страхового портфеля страховик може використовувати таку **класифікацію страхових продуктів**:

- основні;
- додаткові;
- стратегічні.

Отже, страховий портфель охоплює три групи продуктів, які дозволяють визначати перспективи розвитку страхових операцій на певній території діяльності страховика.

Перша група – основні страхові продукти – забезпечують найбільший обсяг надходження страхових премій, мають низький рівень ризику та користуються попитом на страховому ринку.

Друга група – додаткові страхові продукти – підтримують стабільний обсяг збору страхових внесків, мають різний рівень ризикованості страхових операцій, разом з тим потребують додаткових витрат для залучення страхувальників.

Третя група – стратегічні страхові продукти – передбачають забезпечення в перспективі надходження значного обсягу страхових премій.

Сукупна вартість реалізованих на ринку страхових продуктів, яка виступає у формі зібраних страхових премій за укладеними і діючими договорами страхування є основним джерелом залучених фінансових ресурсів страхової компанії, від яких залежать результати страхової діяльності.

В основі формування сукупного фонду страхових премій лежить ціна страхової послуги, яка виражається через страховий тариф. Якщо тарифна ставка розрахована правильно, то зібрані страховиком страхові премії і створені страхові резерви є достатніми як для виконання страхових зобов'язань, так і для забезпечення фінансової стійкості та платоспроможності страховика.

Тарифна політика страховика – цілеспрямована діяльність страховика щодо встановлення, впорядкування й уточнення страхових тарифів в інтересах розвитку страхування та забезпечення прибутковості. Формуючи тарифну політику, страховик прагне вирішити подвійне завдання: при мінімальних тарифах, досягнутих для широкого кола страхувальників, забезпечити достатній обсяг страхової відповідальності. Це зумовлює дотримання страховиком таких принципів формування тарифної політики:

- еквівалентність страхових відносин, тобто нетто-ставки повинні максимально відповідати ймовірності шкоди;
- доступність тарифів для широкого кола страхувальників - стабільність тарифів протягом певного періоду;
- розширення обсягу страхової відповідальності в межах діючих тарифів;
- самоокупність та рентабельність страхових операцій.

При плануванні та формуванні страхового портфеля слід враховувати також вплив факторів загальноекономічного значення, серед яких основними є:

динаміка валового внутрішнього продукту, динаміка реальних доходів на душу населення, динаміка вартості основних виробничих фондів у різних галузях національної економіки, динаміка грошових доходів та заощаджень населення тощо.

Фінансове планування – це управління процесами створення, розподілу і використання фінансових ресурсів в компанії, що реалізовується у фінансових планах, що деталізуються. Фінансове планування є складовою частиною загального процесу планування і, отже, управлінського процесу.

Головними його етапами є:

- 1) аналіз інвестиційних можливостей і можливостей фінансування, які має свій в розпорядженні компанія;
- 2) прогнозування наслідків поточних рішень, щоб уникнути несподіванок і зрозуміти зв'язок між поточними і майбутніми рішеннями;
- 3) обґрунтування обраного варіанту з низки можливих рішень;
- 4) оцінка досягнутих результатів порівняно з цілями, встановленими у фінансовому плані.

Фінансове планування тісно зв'язано і спирається на маркетинговий, виробничий і інші плани компанії, підкоряється її місії і загальній стратегії.

Фінансові прогнози не знайдуть практичну цінність до тих пір, поки не опрацьовані виробничі і маркетингові рішення. Фінансові плани не стануть реальністю, якщо недосяжні поставлені маркетингові цілі. Вони можуть бути неприйнятні, якщо умови досяжності цільових фінансових показників не вигідні для компанії в довгостроковому періоді.

Основоположні цілі (місія) компанії і цілі планування є відправною точкою складання плану і оцінки його виконання, а також витрат часу і грошей на процедуру планування. Без визначення бачення і місії у менеджменту зникає точка опори для планування.

Найважливішими умовами успішності планування є контроль за виконанням планів і подальше коректування планів і цілей планування залежно від одержаних результатів. Такий зворотний зв'язок необхідний в будь-якій системі управління бізнесом.

З погляду терміну планування можна виділити *довгострокове, середньострокове і короткострокове фінансове планування*. При цьому короткострокове планування ґрунтується на результатах середньострокового і довгострокового планування. Проте планування на тривалі терміни в умовах трансформації економіки, характерної для сучасних умов, малоефективно, оскільки не дозволяє об'єктивно враховувати зміни макроекономічного середовища.

Умови, від яких залежить ефективність фінансового планування, витікають з самих цілей цього процесу і необхідного кінцевого результату. В цьому значенні виділяють три основні умови фінансового планування:

1. *Надійність прогнозу*. Прогноз може ґрунтуватися на історичній інформації, на використуванні методів математичної статистики, моделювання, експертних оцінок і т.д.

2. *Вибір оптимального фінансового плану*. При цьому необхідно розуміти, що поки не існує моделі, яка вирішувала б за менеджера, яку з можливих альтернатив слід прийняти. Рішення ухвалюється після вивчення альтернатив на основі професійного досвіду і інтуїції керівника.

3. *Контроль за виконанням фінансового плану*.

Фінансовий план – це набір фінансових показників, які необхідно розраховувати і прогнозувати за допомогою спеціальних технологій. Як кінцевий результат фінансового плану звичайно використовуються прогнозний баланс підприємства, включаючи звіт про прибуток, звіт про доходи і витрати і звіт про рух грошових коштів.

Зазвичай використовуються наступні технологічні принципи фінансового планування:

1. *Принцип відповідності термінів майбутніх витрат і джерел їх покриття* полягає в тому, що отримання «коротких» засобів на поточні потреби, наприклад, на покриття тимчасових касових розривів, слід планувати переважно за рахунок короткострокових джерел, наприклад кредитів, а «довгих» засобів на модернізацію, стратегічний розвиток – з довгострокових джерел (збільшення статутного капіталу, випуск облігацій і т.п.).

2. *Принцип постійної потреби в грошових коштах* зводиться до того, що в прогнозованому балансі поточне значення суми страхових резервів і власних засобів

страховика повинне бути не менше суми його очікуваних виплат за всіма договорами страхування і витратами на ведення справи. Цей принцип враховується при рішенні задачі нерозорення страхової компанії.

3. *Принцип резервування* припускає необхідність створення фінансового резерву з одержаної страхової премії і виділення коштів на ведення справи, а також достатності власних засобів для забезпечення платоспроможності.

При розробці фінансових планів на довгострокову перспективу менеджер використовує математичні, статистичні і інші методи для прогнозування майбутньої ситуації. Безумовно, чим точніше прогноз, тим ефективніше виконання плану, але ґрунтуватися тільки на результатах прогнозу було б безрозсудно. По-перше, довгострокові прогнози відрізняються невисокою точністю. По-друге, ніякий прогноз не зможе передбачити нестандартний розвиток подій. По-третє, прогноз, заснований на найвірогідніших подіях, своїм результатом припускає конкретний фінансовий план, який втрачає актуальність вже після першої маловірогідної події, і виникає необхідність в розробці нового фінансового плану. Тому все частіше застосовують *ситуаційний аналіз* за принципом «Що буде, якщо...?».

Основні положення ситуаційного аналізу полягають в наступному:

1. Існує велика множина не залежних від компанії зовнішніх чинників, що впливають на її фінансовий стан в планованому періоді.
2. Деякі з цих чинників не піддаються або важко піддаються кількісній оцінці.
3. Надійність фінансового плану підвищується, якщо розглядати не дискретні значення чинників, а певний діапазон значень.

Суть ситуаційного аналізу полягає в тому, що, змінюючи початкові дані про планові об'єми продажів, тарифи і ін., ми аналізуємо кінцеві результати планування, оцінюємо ризики і визначаємо оптимальний варіант дій.

Ситуаційний аналіз практично неможливо провести без обчислювальної техніки, оскільки фінансовий план – це великий документ з складними арифметичними і статистичними розрахунками. Навіть складання одного варіанту фінансового плану уручну, без ЕОМ, є складним процесом, а ситуаційне моделювання припускає складання десятків і більш варіантів фінансових планів.

Більшість фінансових моделей спрямована на прогнозування наслідків альтернативних фінансових стратегій при різних початкових допущеннях. Ці моделі включають як моделі загального характеру, практично не дуже складні, так і моделі, що містять сотні рівнянь і взаємозв'язаних змінних.

3.2. Принципи планування в менеджменті страхової діяльності.

Принципи планування визначають характер та зміст планової діяльності організації. Правильне дотримання принципів планування надає можливість ефективної роботи організації та зменшує можливість від'ємних результатів планування.

За класифікацією А. Файоля можна виділити п'ять основних принципів планування:

1. Принцип єдності.
2. Принцип участі.
3. Принцип безперервності.
4. Принцип гнучкості.
5. Принцип точності.

1. *Принцип єдності* передбачає, що планування повинно мати системний характер. Поняття системи означає:

- існування сукупності елементів;
- взаємозв'язок між ними;
- наявність єдиного напрямку розвитку елементів системи.

2. *Принцип участі* означає, що кожний член організації стає активним учасником

планової діяльності. Планування, що базується на принципі участі називається *партисипативним*.

3. Принцип безперервності. Основа принципу:

- процес планування в організації повинен бути постійним процесом у межах встановленого циклу;
- розроблені плани повинні безперервно приходити на місце іншим (другий – на зміну першому, третій на зміну другому і таке інше).

Процес планування має бути безперервним, виходячи з наступних важливих моментів:

- непевність зовнішнього середовища та наявність непередбачених змін роблять необхідною постійну корекцію очікувань організації відносно зовнішніх умов та відповідне виправлення та вдосконалення планів;
- змінюються не тільки фактичні намагання, але й поняття організації про свої внутрішні цінні речі та можливості. Якщо організація не буде враховувати такі зміни, запланований та отриманий результат може стати нікому не потрібним.

Отже, безперервний процес планування дозволяє забезпечувати постійну присутність співробітників організації у плановій діяльності.

4. *Принцип гнучкості* стоїть у тісному зв'язку з принципом безперервності і полягає у здатності змінювати свою направленість планів у зв'язку з виникненням непередбачених обставин.

Для здійснення принципу гнучкості плани повинні складатися так, щоб у них можна було вносити зміни, пов'язуючи їх з змінюючимися внутрішніми та зовнішніми умовами. Тому плани мають в собі резерви, інакше кажучи «надбавки безпеки» чи «подушки».

Однак існують певні межі резервів планування:

- резерви, закладені в показниках, не повинні бути набагато більшими, інакше плани стануть не дуже точними;
- занадто низькі межі тягнуть за собою занадто часті зміни у планах, що розмиває цілі діяльності організації.

5. *Принцип точності*. Плани повинні бути конкретизовані та деталізовані у такій мірі, в якій дозволяють зовнішні та внутрішні умови діяльності організації.

Планування в організації може бути певного типу в залежності від ознак по яким відбувається класифікація.

Ознаками, що визначають тип планування можна назвати наступні:

- ступінь невизначеності у плануванні;
- часова орієнтація ідей планування;
- горизонти планування.

1. *Ступінь невизначеності у плануванні.*

В залежності від обсягу та правдивості інформації, якою володіє організація визначається ступінь визначеності планування в організації. Якщо організація володіє детально інформацією, події у таких системах мають повну визначеність, а значить вони прогнозовані. Цей тип системи планування називається *детермінованим*.

Системи планування, які не можуть повністю передбачити результат називаються імовірними.

Варіанти імовірних систем планування:

- планування засноване на системі жорстких зобов'язань;
- планування засноване на особистій відповідальності;
- планування пристосоване до випадкових обставин.

2. *Часова орієнтація ідей планування.*

За своїми ідеями розрізняють такі типи планування:

- реактивне планування (націлене на минулий досвід);
- інактивне (пристосоване тільки до сьогодення);

- преактивне (націлене на майбутнє);
- інтерактивне (орієнтоване на взаємодію усіх найкращих ідей минулого).

У кожного типу планування є свої негативні та позитивні сторони.

3. Горизонт планування.

В залежності від того, який період часу охоплюють плани, складені організацією, планування розділяють на три типи:

- довгострокове планування – звичайно охоплює довготривалі періоди часу – від 10 до 25 років;
- середньострокове планування – конкретизує орієнтири, визначені довгостроковим планом. Буває розраховано на більш короткий період – до 5 років;
- короткострокове планування – це розробка планів на 1-2 роки (нерідко це річні плани).

3.3. Вимоги до поточного (оперативного) та стратегічного планування страхової діяльності.

Беручи до уваги масштаб передбачення перспективи організації, виділяють стратегічне планування (понад 1 рік) і оперативне (поточне) планування (до 1 року) (рис. 3.1).

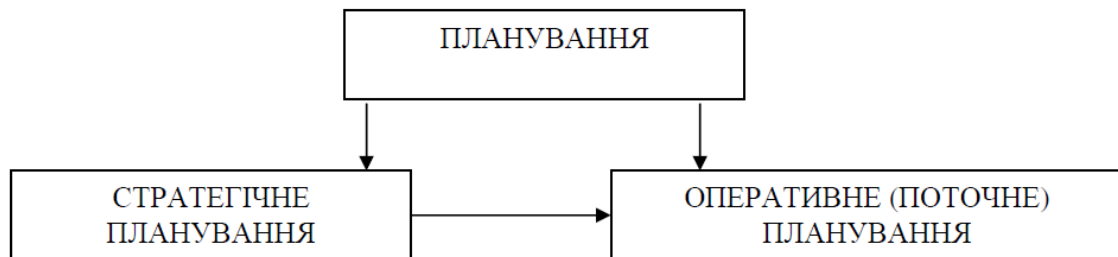


Рис. 3.1. Види планування та їх взаємозв'язок

Стратегічне планування полягає у виборі курсу розвитку організації – її стратегії.

Оперативне планування є одночасно логічним продовженням стратегічного планування і способом реалізації стратегії. Тому в американському менеджменті його часто називають плануванням реалізації стратегії.

Стратегічне планування є головним засобом визначення, розроблення курсу розвитку організації з метою реалізації її місії, досягнення цілей тощо.

Стратегічне планування – різновид управлінської діяльності, який полягає в реалізації комплексу заходів, пов'язаних із визначенням стратегії діяльності організації, тобто комплексного плану перспективного розвитку організації.

За своїм змістом стратегічне планування передбачає формулювання місії; визначення цілей організації; аналіз її стану на засадах оцінки факторів зовнішнього та внутрішнього середовищ; оцінку стратегічних альтернатив (можливостей) і вибір стратегії діяльності.

Як правило, стратегічне планування здійснюється невеликим за чисельністю (5-10 осіб) спеціальним плановим відділом, а розроблені ним стратегії повинні розглядатись на нарадах вищого керівництва один раз на рік.

Стратегічне планування є складним процесом, який охоплює декілька етапів (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Схематична модель стратегічного планування

Етап 1. Інформаційне забезпечення стратегічного планування. Полягає в підборі, класифікації та підготовці до використання інформації щодо розроблення стратегії, яка надасть достатньо повну та об'єктивну характеристику факторів зовнішнього та внутрішнього середовища, можливих стратегій, методичного забезпечення. Особливо важливою при цьому є необхідність використання сучасних інформаційних технологій.

Етап 2. Встановлення місії та цілей організації. Місія – це чітко виражена причина існування організації. Формулювання, усвідомлення місії організацією є важливим орієнтиром і критерієм оцінки її діяльності. Місія може охоплювати такі напрями:

- турботу про працівників;
- турботу про виробництво;
- політику зростання та фінансування фірми;
- виробничі технології;
- методи виходу і функціонування на ринку, пошуку потенційних ринків;
- задоволення потреб споживачів;
- публічне оголошення переконань і цінностей тощо.

Місією, наприклад, автомобільної фірми, яку заснував Генрі Форд, було проголошено забезпечення людей дешевим автомобільним транспортом;

„Мотоболі” – гідно служити задоволенню потреб суспільства, забезпечувати споживачів продукцією і послугами найвищої якості за помірні ціни;

„Дженерал Електрикс” – забезпечення кращого життя.

Цілі – це конкретний очікуваний стан організації. Вони бувають довгостроковими (5 і більше років), середньостроковими (1-5 років) і короткостроковими (до 1 року) (рис. 3.3).

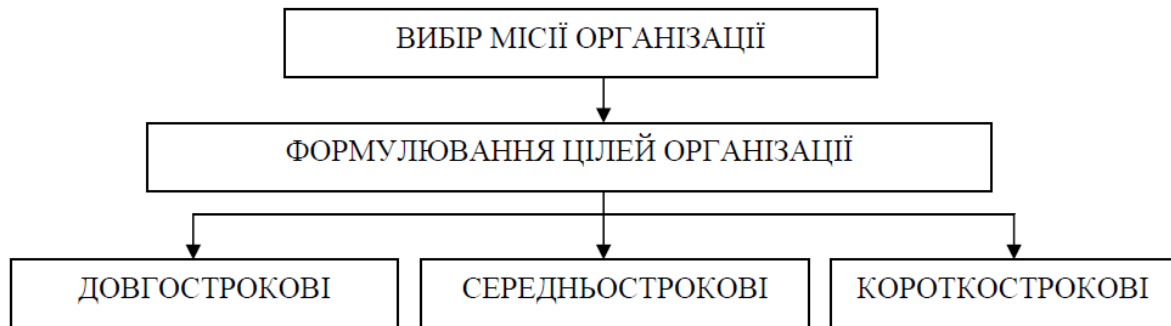


Рис. 3.3. Схема формування цілей організації

Цілі охоплюють усі сфери організаційного, виробничо-господарського, економічного функціонування організації. Можлива система цілей:

1. Прибутковість (наприклад, збільшення прибутку підприємства у наступному році на 4%).
2. Ринки (наприклад, збільшення частки ринку протягом року до 15%).
3. Ефективність (наприклад, зниження собівартості продукції на 3%).
4. Рентабельність (наприклад, досягнення показника рентабельності реалізації 15%);
5. Продукція (наприклад, впровадження у виробництва нової моделі автомобіля протягом наступних двох років).
6. Продуктивність (наприклад, збільшення виробітку продукції в розрахунку на одного працівника на 6,4%).
7. Фінансові ресурси (наприклад, збільшення частки власного капіталу в наступному році до 65%).
8. Виробничі потужності, будівлі та споруди (наприклад, збільшення виробничої потужності до 10 тис. од. Продукції в місяць протягом трьох років).
9. Інновації (наприклад, закупівля в наступному році патенту на...).
10. Організаційні зміни (наприклад, створення матричної структури управління для забезпечення роботи на конкретним проектом).
11. Трудові ресурси (здійснення підвищення кваліфікації працівників).
12. Соціальна відповідальність (наприклад, придбання путівок працівникам для санаторного лікування).

Формуючи системи цілей, слід мати на увазі, що вони повинні:

- бути конкретними і підлягати вимірюванню;
- охоплювати всі рівні організації (ієрархічні);
- мати різну тривалість (довгострокові...);
- бути досяжними і зрозумілими;
- бути взаємодоповнюючими та взаємо узгодженими тощо.

Етап 3. Вибір методів аналізу факторів зовнішнього і внутрішнього середовища.

На цьому етапі використовують такі методи дослідження як порівняння, експертних оцінок, системного аналізу, статистичного і соціологічного дослідження, сукупної думки збутовиків, споживачів тощо.

Етап 4. Оцінка та аналіз факторів зовнішнього середовища.

Етап 5. Оцінка та аналіз факторів внутрішнього середовища.

Етап 6. Виконання розрахунків, обґрунтувань, проектних рішень. Суть його полягає у визначенні найважливіших показників (економічних, технічних, соціальних тощо), які найповніше характеризують очікувані стратегії та виявлені тенденції їх зміни, а також у добору необхідних проектних заходів, що забезпечують формулювання стратегії.

Етап 7. Формування варіантів стратегій (стратегічних альтернатив).

Особливість цього етапу полягає у розробленні можливих для організації варіантів

стратегічних планів, тобто базових стратегій або окремих складових одного стратегічного плану.

Етап 8. Вибір стратегії на засадах формування управлінського рішення є найважливішим етапом стратегічного планування. Полягає у виборі оптимальної стратегії діяльності організації на основі оцінювання таких факторів: очікувана ефективність, рівень ризику, ринкова ситуація, вплив минулих стратегій, вплив власників, залежність від фактора часу, вплив зовнішнього і внутрішнього середовища тощо.

Етап 9. Оцінка стратегії на предмет відповідності встановленим критеріям. Полягає у з'ясуванні її відповідності місії і цілям організації, а також у перевірці правильності добору методів аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища. Це забезпечує, з одного боку, очікувану цілеспрямованість стратегії, а з іншого – достовірність аналізу вихідної інформації.

Правильно обрана, своєчасно скоригована стратегія є однією із запорук успішної діяльності організації. Однак вітчизняні підприємства дуже пасивно застосовують стратегію для забезпечення успіху діяльності організації.

Кінцевим результатом стратегічного планування, як будь-якої іншої функції менеджменту, є розроблені методи менеджменту, прийняті конкретні управлінські рішення, а також затверджені певні показники (рівень прибутків, обсяг реалізації, величина витрат, рентабельність тощо) діяльності організації.

Стратегічне планування визначає, чого і коли прагне досягнути організації. Але для цього важливо знати, як реалізувати стратегію, тобто забезпечити ефективне оперативне (поточне) планування.

Оперативне (поточне) планування є логічним розвитком стратегічного планування, способом реалізації стратегії організації з метою утвердження її місії.

Оперативне планування – різновид управлінської діяльності, який полягає в реалізації комплексу заходів, пов'язаних із розробленням оперативного плану з метою реалізації обраної стратегії. Графічну модель процесу оперативного планування наведено на рис. 3.4.

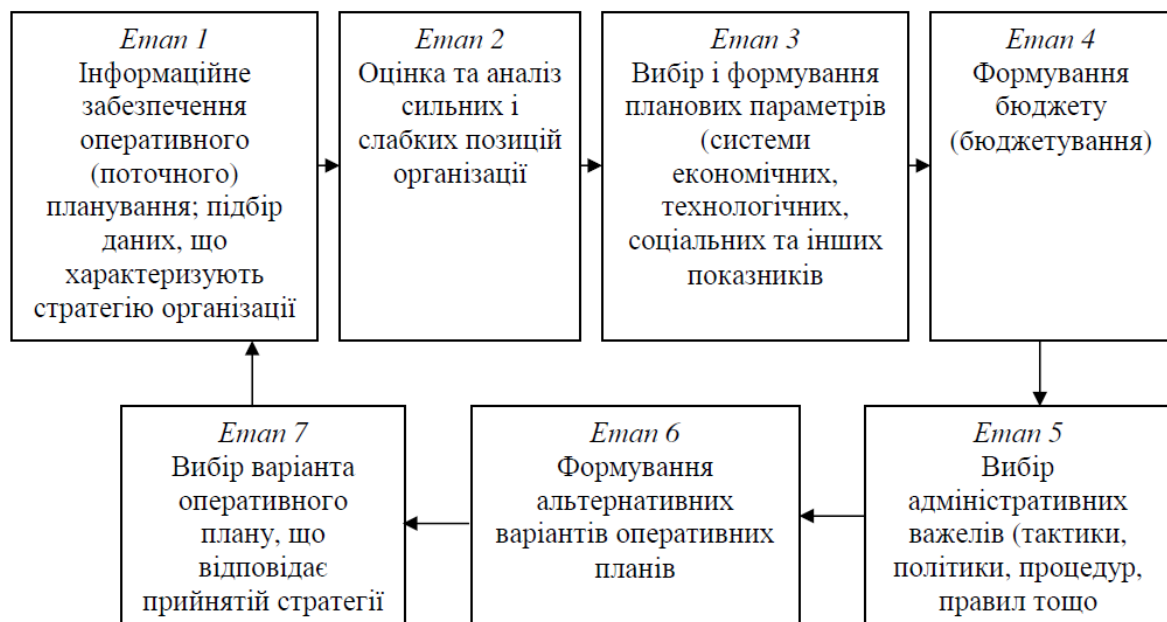


Рис. 3.4. Схематична модель оперативного (поточного) планування

Формування бюджету (бюджетування)

Процес формування бюджету – збалансованого плану надходжень і видатків – у

межах оперативного планування називається *бюджетуванням*.

Передумовою запровадження бюджетних систем є визначення центрів відповідальності, які повинні здійснювати бюджетні процедури та відповідати за результати виконання бюджетів. Виділяють такі різновиди центрів відповідальності: центр вартості, центр видатків, центр обороту, центр прибутків та центр інвестицій.

Вибір адміністративних важелів

Адміністративні важелі формуються на основі тактики, політики, процедур тощо. *Тактика* ґрунтується на короткотермінових планах. Тактичні плани розробляються на рівні середньої ланки управління з метою розвитку стратегій. Вони, діючи значно коротший час, ніж стратегії, швидко забезпечують отримання результатів.

Політика є загальним керівництвом до дії і прийняття рішень, які полегшують досягнення цілей (наприклад, орієнтація на уніфікування деталей і вузлів автомобіля). *Процедурами* є дії, які необхідно здійснювати в конкретній ситуації (наприклад, зміст інструкції з експлуатації автомобіля визначає сутність процедур його технічного огляду і обслуговування, ремонту тощо).

Правило вказує на те, що повинно бути зроблено в конкретній ситуації (наприклад, порядок підпису документа). Правила і процедури вказують працівникам напрям дій, включають повтори, формують зміст діяльності, дають змогу передбачати події, сприяють порівнянню із ситуацією в минулому, аналогом тощо. Загалом застосування всіх адміністративних важелів забезпечує створення певного організаційно-розпорядчого механізму, спрямованого на реалізацію стратегії.

3.4. Основи бізнес-планування страхової діяльності. Структура бізнес-плану страховика

Страхові компанії в своїй діяльності як головний інструмент управління страховою та іншою діяльністю використовують планування. Планування діяльності страховика полягає у складанні бізнес-плану. Бізнес-план розглядається як прогнозна комплексна програма перспективного розвитку страхової компанії. Він є вихідним документом, де узагальнюється вся інформація про ринок страхових послуг.

Бізнес-план є по суті техніко-економічне обґрунтування запланованої страхової діяльності. Його рекомендується складати на 3-5 років з помісячним розподілом для 1-го року, з поквартальним – для 2-го року і в річному розрізі для подальших років. Бізнес-план подається в органи нагляду і контролю за страховою діяльністю для отримання ліцензії на проведення страхування.

Структура бізнес-плану повинна включати такі частини (розділи).

1. Загальна характеристика страховика, де наводиться така інформація:

повне та скорочене найменування, коли і де проведена реєстрація і перереєстрація, юридична адреса та фактичне місцезнаходження, інформація про забезпечення приміщеннями, оргтехнікою, зв'язком та персоналом, у тому числі кваліфікованим персоналом, напрями (форма, види, місце) його діяльності.

2. Огляд стану страхового ринку в регіонах і сфер діяльності страхової компанії де узагальнюється така інформація: оцінка загальної кількості об'єктів страхування, конкурентність страхового середовища, сегментація страхового ринку, виділення сегментів, що планує охопити страхова компанія та інші характеристики стану і перспектив розвитку страхового ринку, які зумовлюють вибір видів діяльності страховика.

3. Види діяльності страхової компанії, де наводяться основні особливі характеристики страхового продукту страхової компанії.

4. Стратегія маркетингу, яка охоплює визначення кількості об'єктів, що підлягають страхуванню у розрізі кварталів, потенційний склад клієнтів заходи просування на ринок страхового продукту компанії та інші маркетингові інструменти.

5. Організаційна структура страховика та її розвиток. У цьому розділі

наводиться юридичне та аудиторське забезпечення діяльності страхової компанії, що передбачає наявність відповідних структур в складі компанії укладених відповідних угод на юридичне та аудиторське обслуговування.

6. *План функціонування страхової компанії*, який включає прогноз розвитку страхових операцій на три або більше років, де визначені за видами страхування такі показники: середні страхові суми окремих об'єктів страхування, середній розмір тарифів, середні страхові платежі, кількість зібраних страхових платежів, а також сума страхових виплат, максимальна відповідальність за окремим об'єктом страхування.

7. *Оцінка платоспроможності та ризиків страхової компанії*, де інформація наводиться на кінець кожного календарного року з розрахунком нормативного запасу платоспроможності, коефіцієнта платоспроможності, коефіцієнта ризику і коефіцієнта ступеня ймовірності дефіциту коштів страхової компанії. У цьому розділі також визначаються підходи до перестраховування.

8. *Стратегія фінансового планування (фінансовий план)*, яка розробляється не менше ніж на три роки, де поквартально на перший рік і далі на кожний рік зазначено:

- розмір власних грошових коштів;
- кількість договорів (по особистому страхуванню – кількість застрахованих);
- суму страхових внесків;
- суму страхових виплат;
- розмір створюваних технічних (математичних) резервів (технічні резерви приймають рівними обсягами незароблених страхових премій);
- витрати на проведення страхової діяльності, в тому числі комісійну винагороду агентам (брокерам), і за перестраховування;
- розмір прибутку, що очікується, у тому числі: розмір вільних резервів, чистий прибуток.

Базовими даними для складання фінансового плану є дані прогнозу.

9. *Баланс доходів і витрат страхової компанії* (не менше ніж на три роки), який складається за встановленою формою.

10. *Стратегія залучення фінансових ресурсів (нового капіталу і кредитів)*.

Бізнес-план може складатися самостійно страховиком або за його дорученням експертами чи консультаційними фірмами. Форма і методи побудови визначені нормативними документами та залежать від особливостей діяльності страховика.

Тема 4. Організація страхової компанії

План

4.1. Основні організаційно-правові форми здійснення страхової діяльності в Україні.

4.2. Процес створення страхової компанії.

4.3. Вимоги до реорганізації та ліквідації страховика.

Рекомендована література: [1-15]

Основні терміни і поняття: організаційно-правові форми страховиків, структура страхових компаній, об'єднання страховиків, створення страхової компанії, реорганізація та ліквідація страховика

4.1. Основні організаційно-правові форми здійснення страхової діяльності в Україні

Страхова компанія або страхове товариство – це юридично оформлена одиниця підприємницької діяльності, де відбувається формування страхового фонду і переплітаються індивідуальні, колективні та групові інтереси. Страхова компанія

відповідно до отриманої ліцензії бере на себе відповідальність зі певну плату відшкодувати страхувальникові завданий страховим випадком збиток або виплатити страхову суму.

Закон України „Про господарські товариства” передбачає створення страхових організацій у наступних організаційно-правових формах: акціонерні товариства, повні товариства, командитні товариства, товариства з додатковою відповідальністю. Також законодавство передбачає можливість утворення державних страхових організацій. Крім того, особливу категорію страхових організацій представляють товариства взаємного страхування. Учасників страховика повинно бути не менше трьох.

Предметом безпосередньої діяльності страховика може бути лише страхування, перестрахування і фінансова діяльність, пов’язана з формуванням, розміщенням страхових резервів та їх управлінням.

Український страховий ринок представлений страховими компаніями двох типів – **зі страхування життя та загального страхування або видів страхування інших, ніж страхування життя**. Страхові компанії можна класифікувати за різними ознаками.

1. За належністю. Приватними страховиками можуть бути індивідуальні особи, акціонерні та інші страхові товариства. **Державні (публічні)** можуть бути засновані і керуватися від імені держави (уряду) або націоналізації акціонерних страхових компаній і перетворення їх майна у державну власність.

2. За інституціональною ознакою. **Акціонерне страхове товариство** – це такий тип компанії, яка створюється і діє зі статутним капіталом, поділеним на певну кількість часток – акцій. Акція дає її власникові право на участь в управлінні товариством і отримання частини прибутку у формі дивідендів.

Акціонерна форма страхової організації (закритого і відкритого типу) є найбільш прийнятною для вирішення завдань страхування. При ній спостерігаємо високий професіоналізм, старанність працівників, більш широкі можливості вирішення завдань наукового, юридичного характеру, бухгалтерського обліку, безпосереднього лобіювання законів і т. д. Ознакою акціонерних організацій є розподіл відповідальності між її учасниками за взяті зобов’язання. У разі несприятливих наслідків діяльності конкретного страховика втрата відносно невеликих внесків не потягне за собою банкрутства самих акціонерів.

В Україні у страховому бізнесі переважають акціонерні товариства закритого типу. Перспективнішими для страхового бізнесу є відкриті акціонерні товариства. Вони мають можливість залучати кошти завдяки продажу акцій на відкритому ринку. Для закритих акціонерних страхових компаній можливість швидкої зміни статутного капіталу в разі необхідності або зміни законодавства знижується у зв’язку з тим, що коло власників є обмеженим.

Товариство з додатковою відповідальністю – це вид господарського товариства, статутний капітал якого поділений на частки, визначені статутними документами. Учасники відповідають за його зобов’язаннями своїми внесками у статутний фонд, а у випадку недостатності цих коштів – додатково і майном.

Товариство з повною відповідальністю – це об’єднання кількох осіб, які особисто беруть участь у справах товариства, і кожен з них несе повну відповідальність згідно з зобов’язаннями товариства не тільки вкладеним капіталом, а й усім своїм майном.

Командитне товариство об’єднує два види учасників, зокрема повних товаришів та вкладників-командитистів. Правовий статус таких товариств аналогічний до того, що існує у повному товаристві. Вони здійснюють підприємницьку діяльність від імені командитного товариства, несуть відповідальність за зобов’язаннями товариства всім своїм майном. Такий учасник може бути повним товаришем тільки в одному командитному товаристві, а учасник повного товариства не може бути повним товаришем у командитному товаристві і навпаки.

Командитисти не беруть участі в управлінні діяльністю товариства (виступають від

його імені лише за дорученням), відповідають за зобов'язаннями товариства у межах їх вкладів у статутний капітал, а також приймають участь у розподілі прибутку на вкладений капітал.

Товариство взаємного страхування – це юридичні особи-страховики, створені відповідно до Закону України “Про страхування” з метою страхування ризиків цього товариства.

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 у разі настання страхового випадку.

3. За територією охоплення страховим захистом страхові компанії умовно можна поділити на місцеві, регіональні, національні та транснаціональні (міжнародні). Ліцензії майже всім компаніям видані з правом здійснення діяльності на території всієї країни. Тому важко дослідити, в межах яких саме регіонів чи міст діє той чи інший страховик.

Проте виходячи з масштабу території, що охоплюється страховим захистом, можна сказати, що кожна з названих страхових компаній виконує свої певні функції і відповідає певним критеріям.

На сьогоднішній день в Україні немає транснаціональних страхових компаній. З розвитком вітчизняного страхового ринку такі компанії об'єктивно з'являться, адже потрібно виходити за межі країни з метою ефективного розосередження ризиків, розширення каналів продажу страхових продуктів та отримання прибутку.

4. За спеціалізацією. Спеціалізовані компанії зосереджують свою діяльність на певних видах страхування, таких як: страхування життя, медичне страхування, страхування повітряного транспорту тощо.

Універсальні компанії здійснюють одночасно різні види страхування, наприклад, страхування майна, наземного транспорту, авіаційне страхування, від нещасних випадків тощо.

Перестрахові компанії – організації, які не виконують прямих страхових операцій, а приймають у перестраховання ризики інших страховиків і можуть передавати частину з них в ретроцесію.

5. За розміром статутного капіталу та іншими економічними показниками, за допомогою яких визначають рейтинг страхових компаній на ринку виділяють великі, середні та малі страхові компанії.

На вітчизняному страховому ринку діють також **кептивні** страхові компанії, які повністю або частково обслуговують корпоративні інтереси засновників, а також самостійно господарюючих суб'єктів, що входять до структури багато профільних концернів або фінансово-промислових груп.

Кептив може виступати дочірньою страховою компанією іншого страховика. Найчастіше кептивні страхові компанії створюються промисловими, торговельними, банківськими та іншими структурами.

4.2. Процес створення страхової компанії

Створення страхової компанії відбувається поетапно і може налічувати п'ять етапів в залежності від обраної форми організації. Основними етапами є три:

- 1 етап: державна реєстрація страхової компанії як суб'єкта господарювання;
- 2 етап: реєстрація емісії акцій страхової компанії (якщо компанія створена у вигляді акціонерного товариства);
- 3 етап: ліцензування страхової діяльності страхової компанії.

Перший етап є основним, і тільки після його завершення можна переходити до виконання інших етапів. Другий та третій етапи можна виконувати паралельно.

Перший етап – реєстрація страхової компанії як суб'єкта господарювання. Страхова компанія реєструється як суб'єкт господарської діяльності згідно з

Господарським кодексом України та Законом України «Про державну реєстрацію юридичних та фізичних осіб-підприємців». Державна реєстрація страхової компанії здійснюється державним реєстратором виключно у виконавчому комітеті міської ради міста обласного значення або у районній, районній у містах Києві та Севастополі державній адміністрації за місцезнаходженням юридичної особи.

Страхова компанія повинна мати своє найменування, яке містить інформацію про її організаційно-правову форму та назву. Статутний капітал страхової компанії має бути сформований виключно у грошовій формі. Допускається формування статутного фонду страхової компанії цінними паперами, що випускаються державою, за їх номінальною вартістю в порядку, визначеному Нацкомфінпослуг, але не більше ніж 25 відсотків загального розміру статутного фонду. Забороняється використовувати для формування статутного фонду векселі, кошти страхових резервів, бюджетні кошти, а також кошти, одержані в кредит, позику та під заставу, вносити нематеріальні активи.

Загальний розмір внесків страхової компанії до статутних фондів інших страхових компаній України не може перевищувати 30 відсотків власного статутного фонду, у тому числі розмір внеску до статутного фонду окремої страхової компанії не може перевищувати 10 відсотків. Ці вимоги не поширюються на страхову компанію, яка здійснює види страхування, інші, ніж страхування життя, у разі здійснення нею внесків до статутного фонду страховика, який здійснює страхування життя.

На ринку діють також конгломерати із страхових компаній-співзасновників. Мета таких утворень – збільшення страхової ємності та диверсифікація різних сегментів ринку. Найчастіше всього на страховому ринку України трапляються конгломерати з двох страхових компаній: з ризикових видів страхування та страхування життя.

Дата внесення до Єдиного державного реєстру запису про проведення державної реєстрації юридичної особи є датою державної реєстрації юридичної особи. На підставі результатів реєстрації страхова компанія отримує свідоцтво про державну реєстрацію – документ встановленого зразка, який засвідчує факт внесення до Єдиного державного реєстру запису про державну реєстрацію компанії.

На цьому етапі страхова компанія може функціонувати як суб'єкт господарювання, але не має права займатися страхуванням. На практиці це означає, що страхова компанія може займатися іншими видами господарської діяльності, які не потребують ліцензування: надавати консультації, інвестувати кошти, які надійшли на формування статутного капіталу, в цінні папери або перерахувати їх на банківський депозит. Ці операції нададуть можливість отримувати дохід до початку страхової діяльності.

Другий етап – реєстрація емісії акцій страхової компанії (за умови, що компанія створена у вигляді акціонерного товариства). Процедура випуску акцій регламентується Цивільним та Господарським кодексами України, Законами України «Про цінні папери та фондову біржу», «Про господарські товариства» та іншими нормативними документами Нацкомфінпослуг.

Якщо страхова компанія створена у вигляді приватного акціонерного товариства, то реєстрація акцій здійснюється згідно з вимогами Положення про порядок реєстрації випуску акцій приватними акціонерними товариствами. Приватне акціонерне товариство має право випускати лише іменні акції. На момент реєстрації акцій засновник (засновники) зобов'язаний сплатити не менше ніж 50% вартості акцій. Решту суми засновник (засновники) має право сплачувати в термін до одного календарного року після реєстрації емісії акцій.

На практиці статутний капітал страхової компанії намагаються оплатити повністю на момент реєстрації компанії, оскільки розмір фактично сплаченого статутного капіталу є основою для отримання ліцензій на страхування, а також для розрахунків лімітів на страхове утримання.

Бувають і такі випадки, коли під час проведення емісії акцій виникає необхідність доопрацювання окремих документів. Необхідно, щоб всі ці дії були проведені в термін 30

днів, протягом здійснення реєстрації. Якщо страховій компанії буде відмовлено в реєстрації емісії акцій через невідповідність документів, їх доведеться подавати знову, що може суттєво затягнути процес реєстрації.

Якщо страхова компанія створюється у вигляді публічного акціонерного товариства, реєстрація акцій здійснюється згідно з вимогами Положення про порядок реєстрації випуску акцій і облігацій підприємств та інформації про їх емісію. Засновники страхової компанії на установчих зборах ухвалюють рішення про підписку на акції та оформлюють це рішення відповідним протоколом. Засновники страхової компанії, зареєстрованої у вигляді публічного акціонерного товариства, у будь-якому випадку зобов'язані бути держателями акцій на суму не менше ніж 25 відсотків статутного фонду і протягом двох років не мають права їх продавати.

Страхова компанія у вигляді публічного акціонерного товариства має право випускати як іменні акції, так і акції на пред'явника. На практиці, як правило, випускають лише іменні акції, що значно спрощує процедуру звітності страхової компанії. Для здійснення емісії акцій публічного акціонерного товариства, насамперед необхідно зареєструвати в Нацкомці паперів інформації про емісію акцій, яка є підтвердженням наміру реалізувати акції на фондовому ринку, але не фактом реєстрації емісії.

Зареєстрована інформація про емісію акцій засвідчується уповноваженою на це особою Нацкомці паперів та штампом «ЗАРЕЄСТРОВАНО» (або написом «ЗАРЕЄСТРОВАНО» і печаткою Нацкомці паперів у разі відсутності штампу). Один примірник зареєстрованої інформації повертається засновникам страхової компанії.

Після реєстрації інформації про емісію акцій страхова компанія зобов'язана надрукувати у засобах масової інформації проспект емісії акцій, які планується розміщувати (обов'язково в одному із місцевих органів преси і одній із газет, що рекомендовані Нацкомці паперів: «Українська інвестиційна газета», «Бюлетень. Цінні папери України»). Інформація про розміщення акцій має бути надрукована не пізніше, ніж за 10 днів до початку розміщення акцій на ринку.

Термін підписки на акції страхової компанії не може перевищувати шести календарних місяців. Підписка проводиться шляхом укладання договорів підписки на акції серед інвесторів (юридичних та фізичних осіб). На момент укладання договору інвестор зобов'язаний сплатити не менше ніж 10% вартості акцій, що купуються, але при цьому він зобов'язується на момент реєстрації емісії акцій сплатити не менше ніж 30% вартості акцій, а решту суми має право сплачувати протягом календарного року після реєстрації емісії.

Акції страхової компанії не можуть продаватися за ціною, нижчою від номінальної вартості. На практиці ж бувають випадки, коли акції новостворених страхових компаній реалізуються за ціною, що перевищує номінальну вартість. За результатами розміщення акцій страхової компанії проводиться аудиторська перевірка. Не пізніше як через 15 днів після закінчення строку підписки на акції страхова компанія подає в Нацкомці паперів звіт про результати підписки.

Нацкомці паперів розглядає отримані документи та затверджує звіт підписки на акції, після чого засновники страхової компанії мають право розпочати реєстрацію компанії як суб'єкта господарювання (див. підрозділ «Перший етап»).

Якщо в результаті підписки на акції страхової компанії було продано акцій на суму менше, ніж 60% запланованого розміру статутного фонду, то підписка вважається такою, що не відбулась, і засновники повинні повернути кошти, які були отримані від покупців акцій. У цьому випадку страхова компанія також подає Нацкомці паперів звіт про результати підписки на акції.

Після проведення державної реєстрації страхова компанія, створена у вигляді публічного акціонерного товариства, подає до Нацкомці паперів документи для реєстрації емісії акцій.

Реєстрація емісії акцій здійснюється в межах, затверджених загальними зборами

акціонерів страхової компанії за результатами підписки на акції протягом 30 днів з моменту подання до Нацкомфінпослуг заяви та необхідних документів.

Після реєстрації емісії акцій приватному та публічному акціонерному товариствам видається свідоцтво про реєстрацію емісії акцій.

Третій етап – ліцензування страхової діяльності страхової компанії.

Ліцензування страхових операцій страхової компанії, що здійснюватиме свою діяльність на території України, має обов'язковий характер і здійснюється Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг України.

Ліцензія видається на здійснення окремого виду страхування й одночасно дає право на проведення перестрахування за цим видом страхування на всій території України. Процес ліцензування регламентується Ліцензійними умовами провадження страхової діяльності. Ліцензування включає процес видачі, переоформлення та анулювання ліцензій, видачі дублікатів ліцензій, ведення ліцензійних справ Нацкомфінпослуг.

Ліцензія – документ державного зразка, який засвідчує право страхової компанії здійснювати страхову діяльність з конкретного виду страхування протягом визначеного строку за умови виконання ліцензійних умов. Ліцензії на здійснення страхової діяльності є безстроковими.

Кабінет Міністрів України встановлює розмір плати за видачу ліцензій на провадження конкретних видів страхування.

Згідно із Законом України «Про страхування» ліцензуванню підлягають обов'язкові та добровільні види страхування (статті Закону 6 та 7). Ліцензії на обов'язкові види страхування видаються відповідно до ліцензійних вимог та особливих умов ліцензування, встановлених Кабінетом Міністрів. Ліцензія на конкретний вид обов'язкового страхування видається, якщо страхова компанія має досвід здійснення добровільного страхування не менше, ніж два роки, якщо інше не передбачено законодавством. Під досвідом не менше, ніж два роки, слід розуміти наявність протягом усього зазначеного періоду чинної ліцензії і чинних договорів страхування.

Для отримання ліцензії на право здійснення страхової діяльності страхова компанія подає до Нацкомфінпослуг такі документи:

- заяву про видачу ліцензії;
- копію свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності страхової компанії або копію довідки про внесення до Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України, засвідчену нотаріально;
- копії статутних документів страхової компанії, засвідчені в установленому законодавством порядку;
- довідки банків або висновки аудиторських фірм (аудиторів), що підтверджують формування та розмір плаченого статутного фонду;
- довідку про фінансовий стан засновників страховика, підтверджену аудитором (аудиторською фірмою);
- правила (умови) страхування;
- економічне обґрунтування запланованої страхової (перестраховальної) діяльності;
- інформацію про учасників (засновників та/або акціонерів) страхової компанії;
- інформацію про голову виконавчого органу та його заступників, копію диплома голови виконавчого органу страхової компанії (голови правління компанії) або його першого заступника про вищу економічну або юридичну освіту, копію диплома головного бухгалтера страхової компанії про вищу економічну освіту;
- інформацію про наявність відповідних сертифікатів у випадках, передбачених законодавством. Наприклад, свідоцтво про реєстрацію емісії акцій;
- затверджені в установленому порядку правила проведення внутрішнього моніторингу страхової компанії;
- завірену керівництвом страхової компанії копію документа про призначення

працівника, відповідального за проведення внутрішнього фінансового моніторингу, з інформацією про керівних посадових осіб або фахівців, відповідальних за проведення фінансового моніторингу.

Видаються ліцензії на здійснення конкретних видів страхування.

Нацкомфінпослуг може відмовити у видачі ліцензії. Підставою для відмови у видачі юридичній особі ліцензії на здійснення страхової діяльності може бути невідповідність документів, що додаються до заяви, вимогам чинного законодавства України. Про відмову у видачі ліцензії Нацкомфінпослуг повідомляє юридичну особу в письмовій формі із зазначенням причини відмови.

В разі відмови у видачі ліцензії на підставі виявлення недостовірних даних у поданих документах, страхова компанія може подати до Нацкомфінпослуг нову заяву про видачу ліцензії не раніше, ніж через три місяці від дати прийняття рішення про відмову у видачі ліцензії. В разі відмови у видачі ліцензії на підставі невідповідності страхової компанії Ліцензійним умовам компанія може подати у Нацкомфінпослуг нову заяву про видачу ліцензії після усунення причин, що стали підставою для відмови у видачі ліцензії. Рішення

про відмову у видачі ліцензії може бути оскаржене в судовому порядку.

У разі прийняття Нацкомфінпослуг позитивного рішення про видачу ліцензії Нацкомфінпослуг оформлює ліцензію не пізніше, ніж за п'ять робочих днів із дня надходження документа, що підтверджує внесення плати за видачу ліцензії.

4.3. Вимоги до реорганізації та ліквідації страховика

Відповідно до Господарського кодексу України та Законів України «Про господарські товариства» і «Про страхування», страхова компанія може припинити свою діяльність шляхом реорганізації (злиття, приєднання, поділу, виділення, перетворення) чи ліквідації. Реорганізація страхової компанії здійснюється у порядку, визначеному чинним законодавством України, з урахуванням особливостей забезпечення правонаступництва щодо укладання договорів страхування, встановлених Нацкомфінпослуг.

Реорганізація страхової компанії не повинна призвести до збиткової діяльності компанії- правонаступника, порушення ним виконання вимог щодо формування статутного фонду, економічних нормативів, виникнення становища, що загрожує інтересам страхувальників і кредиторів.

Злиття передбачає припинення діяльності двох чи кількох виключно страхових компаній як юридичних осіб і передачу всіх майнових прав та обов'язків іншій страховій компанії-юридичній особі на правах філії чи без відкриття філії.

Приєднання передбачає припинення діяльності однієї страхової компанії як юридичної особи та передачу всіх майнових і немайнових прав та обов'язків іншій страховій компанії – на правах філії чи без відкриття філії.

Сьогодні у світі спостерігаються тенденції страхового капіталу, що проявляється у злитті та придбанні компаній зі страхування та перестрахування і формування на цій основі транснаціональних страхових товариств.

Поділ передбачає припинення діяльності однієї страхової компанії як юридичної особи та передачу за розподільним актом (балансом) у відповідних частинах усіх її майнових та немайнових прав і обов'язків кільком страховим компаніям-юридичним особам, які створюються внаслідок реорганізації.

Виділення передбачає створення страхової компанії-юридичної особи (або кількох страхових компаній), до яких за розподільним актом (балансом) у відповідних частинах переходять майнові та немайнові права і обов'язки страхової компанії-юридичної особи, що реорганізується. На практиці часто замість виділення проводять заснування нових страхових компаній, оскільки це значно простіше і потребує менше витрат.

Перетворення передбачає:

- зміну організаційно-правової норми товариства, у вигляді якого була створена

страхова компанія. При цьому до нової страхової компанії усі майнові та немайнові права і обов'язки компанії, що реорганізується. Наприклад, реорганізація страхової компанії у вигляді приватного акціонерного товариства у публічне акціонерне товариство;

- перепрофілювання страхової компанії у страхового посередника за умови погашення ним своїх майнових і немайнових зобов'язань перед страхувальниками та перестраховиками. На практиці це є одним із способів вирішити проблему недостатнього розміру статутного фонду.

Реорганізація (санація) страхової компанії проводиться у разі рішення вищого органу страхової компанії або на вимогу Нацкомфінпослуг у зв'язку із застосуванням санкцій за порушення страхового законодавства. Якщо страхова компанія створена у вигляді акціонерного товариства, то для прийняття такого рішення необхідно, щоб за нього проголосували не менше ніж 75% акціонерів, присутніх на зборах. Нацкомфінпослуг може прийняти таку вимогу у разі невиконання страховою компанією зобов'язань перед страхувальниками протягом трьох місяців, або недосягнення страховою компанією визначеного чинним законодавством розміру статутного фонду, або при настанні інших

випадків, визначених законодавством України.

Реорганізація (санація) страхової компанії за рішенням Нацкомфінпослуг передбачає:

- реорганізацію у страхового посередника відповідно до нормативних актів, що регулюють діяльність страхових посередників;
- об'єднання кількох страхових компаній із визначенням порядку передачі страхових зобов'язань за умови згоди на це власників компанії;
- залучення до числа учасників страхової компанії інших компаній (у тому числі іноземних страхових компаній) за умови проведення ними всіх розрахунків за зобов'язаннями та боргами страхової компанії, строк сплати яких уже настав.

Виключення страхової компанії з державного реєстру суб'єктів підприємницької діяльності органами державної влади і органами місцевого самоврядування у зв'язку з його реорганізацією здійснюється тільки після внесення відповідних змін до Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків).

Не допускається ліквідація страхової компанії з метою уникнення нею виконання своїх обов'язків перед страхувальниками. Процес ліквідації страхової компанії проходить під контролем Нацкомфінпослуг.

Припинення діяльності страхової компанії можливе у випадках:

- за рішенням вищого органу страхової компанії;
- на підставі рішення суду за поданням органів, що контролюють діяльність страхової компанії (наприклад, Нацкомфінпослуг), у разі систематичного або грубого порушення законодавства. Нацкомфінпослуг при порушенні страховою компанією чинного законодавства та нормативних документів має право призупинити ліцензію на здійснення страхової діяльності, а в разі грубого порушення законодавства анулювати ліцензії на страхування. Анулювання ліцензії веде до ліквідації компанії;
- на підставі рішення господарського суду в порядку, встановленому Законом України «Про відновлення платоспроможності боржника або визнання його банкрутом»;
- з інших підстав, передбачених установчими документами страхової компанії.

Ліквідація страхової компанії проводиться призначеною нею ліквідаційною комісією, а у разі припинення діяльності компанії за рішенням суду – ліквідаційною комісією, що призначається судом. У разі визнання страхової компанії банкрутом її ліквідація проводиться згідно з ліквідаційною процедурою, передбаченою Законом України «Про відновлення платоспроможності боржника або визнання його банкрутом».

Із дня призначення ліквідаційної комісії до неї переходять повноваження з управління справами страхової компанії. Кошти, що належать страховій компанії, включаючи виручку від розпродажу майна при ліквідації, після розрахунків з оплати праці

осіб, які працюють на умовах найму, та виконання зобов'язань перед бюджетом, банками, власниками облігацій, випущених компанією та іншими кредиторами, розподіляються між власниками страхової компанії у порядку і на умовах, передбачених законодавством України та установчими документами компанії, у шестимісячний строк після опублікування інформації про ліквідацію.

У разі виникнення спорів щодо виплати заборгованості кошти страхової компанії не підлягають розподілу між учасниками до вирішення цього спору або до одержання кредиторами відповідних гарантій.

Ліквідація товариства вважається завершеною, а страхова компанія такою, що припинила свою діяльність, з моменту внесення запису про це до державного реєстру. При цьому слід враховувати, що виключення страхової компанії з державного реєстру суб'єктів підприємницької діяльності органами державної влади і органами місцевого самоврядування у зв'язку з ліквідацією здійснюється тільки після внесення відповідних змін до Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків).

Тема 5. Управління діяльністю страховика

План

- 5.1. Основні типи організаційних структур управління страхової компанії, їх переваги та недоліки
- 5.2. Поняття ефективного управління в страхових компаніях.
- 5.3. Органи управління страховою компанією.
- 5.4. Процес прийняття рішень керівними органами страхової компанії.
- 5.5. Інформаційна система страхової компанії: підсистеми, об'єкти, функціональні задачі

Рекомендована література: [1-15]

Основні терміни і поняття: лінійна структура, функціональна структура, лінійно-функціональна структура, лінійно-штабна структура, дивізійна структура, стратегічний менеджмент, кадрове забезпечення, мотивація персоналу, комунікації, програмний комплекс страхової компанії, бази даних, страхова статистика

5.1. Основні типи організаційних структур управління страхової компанії, їх переваги та недоліки

Теорія і практика менеджменту розробили багато різних принципів побудови структур управління, які можна звести до наступних основних типів:

- лінійна організаційна структура;
- лінійно-штабна організаційна структура;
- функціональна організаційна структура;
- лінійно-функціональна організаційна структура;
- дивізійна організаційна структура;
- матрична організаційна структура;
- інші: проектна, кластерна, модульна, атомістична.

Лінійна організаційна структура являє собою систему управління, в якій кожний підлеглий має тільки одного керівника і в кожному підрозділі виконується весь комплекс робіт, пов'язаних з його управлінням.

Переваги лінійної оргструктури:

- чіткість і простота взаємодії (неможливість отримання підлеглим суперечливих розпоряджень та вказівок);
- відповідальність кожного за виконання свого завдання (надійний контроль та дисципліна);

- оперативність підготовки і здійснення управлінських рішень;
- економічність (за умови невеликих розмірів організації).

Недоліки лінійної оргструктури:

- необхідність високої кваліфікації керівників;
- зростання числа рівнів управління при збільшенні розмірів організації;
- обмеження ініціативи у робітників на нижчих рівнях.

Лінійно-штабна організаційна структура є різновидом лінійної оргструктури. За такої структури для розвантаження вищого керівництва створюється штаб, до складу якого включають фахівців з різних видів діяльності. Всі виконавці підпорядковуються безпосередньо лінійним керівникам. Повноваження штабних спеціалістів стосуються підготовки порад та рекомендацій лінійним керівникам або видачі вказівок виконавцям за дорученням лінійного керівника. Завдяки цьому підвищується ступінь оперативного та організаційного реагування.

Функціональна організаційна структура. Особливість цього типу оргструктури полягає в тому, що для виконання певних функцій управління утворюються окремі управлінські підрозділи, які передають виконавцям обов'язкові для них рішення, тобто функціональний керівник в межах своєї сфери діяльності здійснює керівництво виконавцями. Завдяки спеціалізації функціональних керівників виникає можливість управління великою кількістю виконавців, а отже і зменшується кількість рівнів управління.

До обов'язків вищого керівника входить: регулювання відносин поміж функціональними керівниками.

Переваги функціональної оргструктури:

- спеціалізація діяльності функціональних керівників;
- скорочення часу проходження інформації;
- розвантаження вищого керівництва.

Недоліки функціональної оргструктури:

- можливість отримання суперечливих вказівок;
- порушення принципу єдиначальності (розмивання єдності розпорядництва і відповідальності);
- складність контролю;
- недостатня гнучкість.

Лінійно-функціональна організаційна структура являє собою комбінацію лінійної та функціональної структур. В основу такої структури покладено принцип розподілення повноважень і відповідальності за функціями та прийнятті рішень по вертикалі. Лінійно-функціональна структура дозволяє організувати управління за лінійною схемою, а функціональні підрозділи допомагають лінійним керівникам у вирішенні відповідних управлінських функцій.

Функціональні керівники мають право безпосередньо впливати на виконавців. При цьому аби усунути можливість отримання виконавцями суперечливих вказівок: 1) або вводиться пріоритет вказівок лінійного керівника; 2) або функціональному керівнику передається лише певна частина повноважень; 3) або функціональному керівнику передається тільки право рекомендацій.

Переваги лінійно-функціональної структури:

- поєднує переваги лінійних та функціональних структур;
- забезпечує відносно швидке здійснення управлінських рішень завдяки своїй ієрархічності;
- спеціалізація функціональних керівників.

Недоліки лінійно-функціональної структури:

- складність регулювання відносин лінійних і функціональних керівників;
- в умовах реорганізації збільшується потік інформації, який спричиняє перевантаження керівників;

- така структура чинить опір здійсненню змін в організації.

Лінійно-функціональна оргструктура застосовується при вирішенні задач, які постійно повторюються, забезпечуючи максимальну стабільність організації. Вона ефективна для масового виробництва зі стабільним асортиментом продукції при незначних (еволюційних) змінах технології виробництва.

Дивізійна організаційна структура. Групування видів діяльності тут здійснюється за принципом розподілу праці за цілями. Це означає, що навколо певного виробництва формується організаційний підрозділ з автономією у здійсненні своєї повсякденної операційної діяльності. Перехід до дивізійної організаційної структури означає подальший розподіл управлінської праці, який відбивається у децентралізації оперативних функцій управління, що передаються виробничим підрозділам та централізації загальнокорпоративних функцій управління (фінансова діяльність, розробка стратегії тощо), що сконцентровані на вищому рівні управління у штаб-квартирі компанії.

Переваги дивізійної оргструктури:

- невтручання в оперативну діяльність виробничих підрозділів;
- можливість для вищого керівництва зосередитись на вирішенні стратегічних проблем;
- підвищення якості рішень, що приймаються (завдяки наближенню до місця виникнення проблеми);
- внутрішньофірмова конкуренція.

Недоліки дивізійної оргструктури:

- дублювання функцій управління на рівні підрозділів;
- збільшення витрат на утримання апарату управління.

Дивізійна організаційна структура відповідає умовам динамічного середовища та організаціям з великою кількістю виробництв, життєвий цикл яких відносно тривалий.

Матрична організаційна структура з'явилась як відповідь на підвищення ступеня динамічності (мінливості) середовища функціонування фірм.

Особливістю оргструктур у такому середовищі має бути високий ступінь адаптованості. Це можна забезпечити за рахунок тимчасового характеру функціонування структурних одиниць.

В матричній організаційній структурі крім звичайних функціональних підрозділів, які функціонують постійно, формуються так звані проектні групи як тимчасові колективи. Проектні групи відповідають за реалізацію стратегічних планів. Робітники проектних груп залишаються членами своїх функціональних підрозділів і повертаються в підпорядкування своїх функціональних керівників після розформування своєї проектної групи.

Переваги матричної структури:

- високий ступінь адаптації до змін у середовищі;
- наявність ефективних механізмів координації між багатьма складними і взаємопов'язаними проектами.

Недоліки матричної структури:

- обмежена сфера застосування;
- виникнення конфліктів на підставі «боротьби за владу» між функціональними керівниками і керівниками проектів.

Для вибору типу організаційної структури управління використовують такі **основні методи**:

1. Метод аналогій – полягає в застосуванні організаційних форм, що виправдали себе в організаціях зі схожими організаційними характеристиками 51

(середовищем, стратегією, технологією, розмірами) відносно до організації, що проектується.

2. Експертно-аналітичний метод – полягає в обстеженні і аналітичному вивченні організації кваліфікованими фахівцями-експертами, які і розробляють відповідну

організаційну структуру управління.

3. Метод структуризації цілей – передбачає розробку системи цілей організації, включаючи їх кількісне та якісне формулювання і наступний аналіз базових організаційних структур з точки зору їх відповідності системі цілей.

4. Метод організаційного моделювання – базується на розробці різних варіантів можливих організаційних структур для конкретних об'єктів управління з наступним їх порівнянням (співставленням) і оцінкою за певними критеріями. Критеріями ефективності при співставленні різних варіантів організаційних структур слугують можливості щонайповнішого досягнення цілей організації при відносно нижчих витратах на її функціонування.

5.2. Поняття ефективного управління в страхових компаніях.

В рамках страхової компанії об'єднуються три основні групи учасників: власники, управляючі (топ-менеджмент) та наймані працівники. Ефективність функціонування страхової компанії залежить від таких факторів:

- здатність забезпечувати умови реалізації спільних інтересів усіх учасників – одержання максимального прибутку;
- ступінь реалізації інтересів кожного учасника компанії;
- ступінь реалізації інтересів інших суб'єктів правовідносин – споживачів, постачальників, державних органів, інвесторів;
- можливість підвищення ефективності управління за рахунок зміни механізмів узгодження інтересів усіх учасників компанії та інших суб'єктів правовідносин;
- загальний рівень ефективності організації та можливість її покращення.

Страховики і страхувальники у процесі взаємовідносин повинні дотримуватися ряду принципів, які мають на меті поліпшити відносини між страховою компанією, посередниками та клієнтами, поглибити впевненість і посилити захист останніх. Вони стосуються лінії поведінки кожного з учасників та спрямовують її у єдине комунікативне русло.

Принципи діяльності страховиків та страхових посередників можна сформулювати таким чином:

Професіоналізм. Працівник страхової компанії чи страховий посередник повинен старанно виконувати свої обов'язки та мати достатню компетентність для здійснення страхових операцій.

Обачливість. Керівництво страхової компанії зобов'язане підтримувати належний рівень ліквідності та платоспроможності, здійснювати ефективне управління ризиками.

Задоволення інформаційних потреб клієнтів. Страхова компанія зобов'язана своєчасно надавати клієнту відповідну об'єктивну інформацію з метою прийняття ним зваженого свідомого рішення; інформувати клієнтів про страхову послугу та будь-які ризики неупередженим та зваженим способом;

інформувати клієнта про його обов'язки та обов'язки постачальника послуг.

Клієнтам страхової компанії повинна бути надана інформація про: страховика (страхову компанію); посередника (за його наявності) і особливо про його статус (страховий агент, страховий брокер); страхову послугу (перелік ризиків, що покриваються страхуванням, страхова сума, умови страхування, винятки із страхування, страховий тариф та ін.; додаткові страхові збори та очікуваний прибуток (якщо передбачено договором); розгляд скарг та інші договірні умови).

Взаємна довіра. Для розбудови відносин взаємної довіри страхова компанія, як постачальник страхових послуг, має отримати від клієнта інформацію, що стосується його страхових потреб та ризикових обставин, що супроводжують об'єкт страхування. інформація, яка, на думку клієнта, є конфіденційною, повинна розглядатися як така. Клієнти повинні бути поінформованими про їх обов'язок надавати відповідну інформацію.

Уникання конфлікту інтересів. Постачальник страхових послуг повинен запобігати конфлікту інтересів між сторонами. Однак, коли такі конфлікти виникають, страхова компанія повинна надати своїм клієнтам можливість справедливого врегулювання спорів шляхом надання відповідної інформації, застосування внутрішніх правил збереження конфіденційності, відмови від того чи іншого кроку або в інший спосіб. Страховик не повинен безпідставно ставити свої інтереси вище за інтереси страхувальників.

Підтримка ділових стосунків із державними регуляторними органами.

Страховик зобов'язаний підтримувати з регуляторним органом ділові стосунки: надавати об'єктивну інформацію щодо дотримання вимог, встановлених чинним законодавством, про будь-яку нерегульовану діяльність (якщо така здійснюється) тощо.

Організація та контроль діяльності. Страхова компанія повинна здійснювати регулярний контроль своєї діяльності. Система управління в цілому та контролю зокрема, залежить від розмірів і складності завдань страхової компанії та посередників, а також від організаційної структури даних суб'єктів господарювання.

Наявність персоналу, кваліфікація якого відповідає обійнятим посадам. Керівництво страхової компанії повинно розподілити обов'язки серед вищого та середнього управлінського складу таким чином, щоб посадові інструкції були чіткими; обов'язки чітко розподілялися між працівниками; страхові операції належним чином відстежувалися через системи внутрішнього контролю на рівні старшої керівної ланки та ради директорів; оптимально поєднувалася індивідуальна та колективна відповідальність працівників компанії.

Застосування надійних механізмів управління компанією. Прийняті механізми управління страховою компанією повинні відповідати вимогам регуляторної системи, сприяти зростанню економічного потенціалу компанії, посилювати взаємодію структурних підрозділів компанії з метою задоволення потреб клієнтів.

Концептуальна модель страхової компанії базується на чотирьох загальновідомих вимогах:

Постановка мети та планування. Насамперед має бути визначено мету діяльності, на основі якої розробляється план дій. При цьому необхідно чітко визначити планові завдання та їх виконавців. Завдання повинні бути доцільними, реальними, мати об'єктивні причини для виконання.

Побудова організаційної структури, адекватної поставленим меті і завданням. Структура повинна відповідати принципам управління, формувати взаємовідносини всередині самої компанії і бути оптимальною для мети її діяльності. Організаційна структура повинна відповідати потенціалу страхової компанії та її позиції на ринку і не бути перевантаженою зайвою робочою силою.

Приведення страхової компанії в робочий стан та його постійне підтримання. Необхідне постійне та достатнє ресурсне забезпечення організаційної структури компанії (інновації, інвестиції, кадри, інформація, технології, матеріальне забезпечення). Ресурсний потенціал компанії повинний зростати пропорційно зростанню обсягів її діяльності. Ефективне оперативне управління компанією. Не можна допускати, щоб основною функцією роботи керівництва страховою компанією було лише оперативне управління. Необхідно раціонально збалансувати стратегічне, тактичне та оперативне управління.

5.3. Органи управління страховою компанією.

Органи управління страховою компанією формуються в залежності від її організаційно-правової форми згідно з Законом України «Про господарські товариства». Як зазначалося вище, на українському страховому ринку переважна більшість страхових компаній має статус акціонерного товариства.

Згідно із Цивільним кодексом України та Законом України «Про господарські товариства», ***найвищим органом управління страхової компанії***, створеної у вигляді

акціонерного товариства, є **загальні збори акціонерів**.

У загальних зборах мають право брати участь усі акціонери компанії, незалежно від кількості та класу акцій, якими вони володіють. Брати участь у загальних зборах з правом дорадчого голосу можуть і члени виконавчих органів компанії (правління), які не є акціонерами. Акціонери (їх представники), які беруть участь у загальних зборах страхової компанії, реєструються із зазначенням кількості голосів, яку має кожний учасник. Реєстрація акціонерів (представників), які прибули для участі у загальних зборах, здійснюється згідно з реєстром акціонерів у день проведення загальних зборів виконавчим органом страхової компанії, як правило, правлінням компанії або реєстратором, який здійснює облік реєстру акціонерів. Цей реєстр підписується головою та секретарем зборів.

Реєстрація акціонерів-власників акцій здійснюється:

-За умови, якщо акції випущені у документарній формі. Акціонер пред'являє мандатній комісії зборів акціонерів акції (сертифікат акцій), які йому належать, або витяг із реєстру акціонерів, який він отримує у реєстратора. Мандатна комісія перевіряє повноваження акціонера згідно з отриманим нею від реєстратора реєстром акціонерів.

-За умови, якщо акції випущені в бездокументарній формі. Акціонер пред'являє витяг з рахунку в цінних паперах, який йому видає зберігач цінних паперів. Мандатна комісія перевіряє повноваження акціонера згідно з отриманим нею від депозитарію реєстру акціонерів.

Право участі у загальних зборах акціонерів мають особи, які є власниками акцій на день проведення загальних зборів. Передача акціонером своїх повноважень іншій особі здійснюється відповідно до законодавства Доручення на право участі та голосування на загальних зборах акціонерів може бути засвідчене реєстратором або правлінням страхової компанії.

Акціонери, які володіють у сукупності більш як 10 відсотками голосів, та/або Нацкомціннихпаперів можуть призначати своїх представників для контролю за реєстрацією акціонерів для участі у загальних зборах, про що вони до початку реєстрації письмово повідомляють виконавчий орган страхової компанії.

До компетенції зборів акціонерів страхової компанії входить:

а) визначення основних напрямів діяльності страхової компанії і затвердження планів та звітів про їх виконання;

б) внесення змін до статуту страхової компанії;

в) обрання та відкликання членів ради страхової компанії (спостережної (наглядової) ради);

г) обрання та відкликання членів виконавчого органу (правління страхової компанії) та ревізійної комісії;

д) затвердження річних результатів діяльності страхової компанії включаючи її дочірні компанії, затвердження звітів і висновків ревізійної комісії, порядку розподілу прибутку, строку та порядку виплати частки прибутку (дивідендів), визначення порядку покриття збитків;

е) створення, реорганізація та ліквідація дочірніх компаній, філій та представництв, затвердження їхніх статутів та положень;

є) винесення рішень про притягнення до майнової відповідальності посадових осіб органів управління страхової компанії;

ж) затвердження правил процедури та інших внутрішніх документів товариства, визначення організаційної структури страхової компанії;

з) вирішення питання про придбання страховою компанією акцій, що випускаються нею;

и) визначення умов оплати праці посадових осіб страхової компанії, її дочірніх компаній, філій та представництв;

і) затвердження договорів (угод), укладених на суму, що перевищує вказаний граничний розмір (на практиці, як правило, такий розмір встановлюють на рівні 10% від

суми статутного та резервних фондів страхової компанії);

ї) прийняття рішення про припинення діяльності страхової компанії, призначення ліквідаційної комісії, затвердження ліквідаційного балансу.

Повноваження, передбачені пунктами «б», «д», «е», належать до виключної компетенції загальних зборів акціонерів страхової компанії і не можуть бути передані іншим органам страхової компанії, в тому числі і наглядовій раді компанії.

Статутом страхової компанії до компетенції загальних зборів можуть бути віднесені й інші питання.

Загальні збори страхової компанії визнаються правочинними якщо в них беруть участь акціонери, що мають відповідно до статуту більш як 60 відсотків голосів.

Протокол загальних зборів акціонерів підписується головою і секретарем зборів і не пізніш як через три робочих дні після закінчення зборів передається виконавчому органу страхової компанії.

Рішення загальних зборів акціонерів страхової компанії приймаються більшістю у 3/4 голосів акціонерів які беруть участь в зборах з таких питань:

- а) зміна статуту компанії;
- б) прийняття рішення про припинення діяльності страхової компанії;
- в) створення та припинення діяльності дочірніх компаній, філій та представництв.

З решти питань рішення приймаються простою більшістю голосів акціонерів, які беруть участь у зборах акціонерів страхової компанії.

Про проведення загальних зборів акціонерів держателі іменних акцій повідомляються персонально передбаченим статутом способом. Крім того, повідомлення про загальні збори акціонерів страхової компанії друкується в місцевій пресі за місцезнаходженням акціонерного товариства і в одному державної комісії з цінних паперів та фондового ринку із зазначенням часу і місця проведення зборів та порядку денного. (Ця вимога стосується і зборів акціонерів приватних акціонерних товариств.) Згідно з рішенням НКЦПФР, повідомлення про збори акціонерів може бути надруковано за вибором у таких

виданнях: Вісник «Цінні папери України», «Урядовий кур'єр», «Голос України», «Українська інвестиційна газета».

Якщо до порядку денного включено питання про зміну статутного фонду страхової компанії, то одночасно з порядком денним друкується інформація щодо конкретних змін, які пропонується внести до статутного фонду компанії.

Повідомлення про збори акціонерів компанії повинно бути надруковано не пізніше ніж за 45 днів до скликання чергових загальних зборів. У разі необхідності може бути зроблено повторне повідомлення в зазначених засобах масово інформації, це повідомлення не може бути надруковане менше ніж за 10 днів до скликання зборів. Загальні збори акціонерів страхової компанії проводяться на території України як правило, за місцезнаходженням компанії за винятком випадків, коли на день проведення загальних зборів 100 відсотками акцій компанії володіють іноземці, особи без громадянства, іноземні юридичні особи, а також міжнародні організації.

У випадку скликання позачергових зборів акціонерів страхової компанії повідомлення про позачергові збори акціонерів компанії повинно бути надрукованим не пізніше ніж за 30 календарних днів до початку зборів.

Будь-який з акціонерів вправі вносити свої пропозиції щодо порядку денного загальних зборів не пізніш як за 30 днів до їх скликання. Рішення про включення цих пропозицій до порядку денного приймається виконавчим органом страхової компанії. Пропозиції акціонерів, які володіють більш як 10 відсотками голосів вносяться до порядку денного обов'язково. Рішення про зміни в порядку денному повинні бути доведені до відома всіх акціонерів не пізніш як за 10 днів до проведення зборів у порядку, передбаченому статутом.

До скликання загальних зборів акціонерам повинна бути надана можливість

ознайомитись з документами, пов'язаними з порядком денним зборів.

Загальні збори не вправі приймати рішення з питань, не включених до порядку денного. Голосування на загальних зборах акціонерів проводиться за принципом: одна акція – один голос.

Загальні збори акціонерів скликаються не рідше одного разу на рік, якщо інше не передбачено статутом страхової компанії.

Позачергові збори акціонерів скликаються у разі неплатоспроможності страхової компанії, а також за наявності обставин, вказаних у статуті страхової компанії і в будь-якому іншому випадку, якщо цього потребують інтереси компанії в цілому.

Позачергові збори повинні бути також скликані виконавчим органом страхової компанії на письмову вимогу ради акціонерного товариства (наглядової ради компанії або ревізійної комісії. Виконавчий орган (правління компанії) зобов'язаний протягом 20 днів з моменту отримання н вимоги прийняти рішення про скликання позачергових зборів з порядком денним, запропонованим радою компанії (наглядовою радою) або ревізійною комісією.

Акціонери, які володіють у сукупності більш як 10 відсотками голосів мають право вимагати скликання позачергових зборів у будь-який час і з будь-якого приводу. Якщо протягом 20 днів виконавчий орган (правління) страхової компанії не виконав зазначено вимоги, вони мають право самостійно скликати позачергові збори акціонерів страхової компанії при виконанні усіх вимог щодо повідомлення акціонерів, їх реєстрації та порядку проведення зборів акціонерів.

Наглядова рада страхової компанії (спостережна рада компанії, рада компанії) і обирається з числа акціонерів у кількості від трьох до дев'яти осіб та здійснює контроль за діяльністю компанії у період між загальними зборами акціонерів. Загальні збори акціонерів можуть делегувати наглядовій раді окремі повноваження, як то: прийняття рішень що до призначення і відкликання голови та членів правління страхової компанії, затвердження річного звіту компанії, вирішення інших питань, що не є виключною прерогативою загальних зборів страхової компанії. При незначній кількості власників страхової компанії до повноважень наглядової ради передаються всі функції загальних зборів акціонерів, за винятком питань, які не можуть бути делеговані іншим органам зборами акціонерів, відповідно до чинного законодавства для оперативного прийняття рішень.

Страхові компанії можуть створювати **раду директорів**, до складу якої входять керівники, обрані загальними зборами акціонерів або наглядовою радою, що мають повноваження, визначені статутом страхової компанії. Рада директорів здійснює стратегічне управління компанією, розглядає та затверджує бізнес-плани, інвестиційні проекти, аналізує поточний фінансовий стан компанії тощо.

Як правило, при таких керівних органах компанії, як наглядова рада або рада директорів створюється **секретаріат**, на який покладаються функції з контролю за виконанням х рішень. Секретар ради веде облік рішень наглядової ради (ради директорів), а також книгу протоколів засідань цього органу. При секретаріаті працює група працівників, які здійснюють зв'язки з громадськістю, інформуючи її про діяльність компанії. У більшості страхових компаній функції секретаря виконує один із членів виконавчого органу компанії.

Ревізійна комісія – контрольний орган страхової компанії, що відстежує виконання статуту, рішень загальних зборів акціонерів, додержання чинного законодавства. Членами ревізійної комісії не можуть бути члени правління,наглядової ради та інші посадові особи компанії. Порядок діяльності ревізійної комісії та й кількісний склад затверджуються загальними зборами акціонерів згідно зі статутом страхової компанії.

Перевірки фінансово-господарсько діяльності правління страхової компанії проводяться ревізійною комісією за дорученням загальних зборів, наглядової ради, з її

власно ініціативи або на вимогу акціонерів, які володіють у сукупності більш як 10 відсотками голосів. Ревізійній комісії акціонерного товариства повинні бути подані всі матеріали, бухгалтерські або інші документи і особисті пояснення службових осіб на її вимогу. Ревізійна комісія доповідає про результати проведених нею перевірок перед загальними зборами акціонерів або наглядовою радою. Ревізійна комісія складає висновок за річними звітами та балансами. Без висновку ревізійної комісії загальні збори акціонерів не вправі затверджувати баланс. Ревізійна комісія зобов'язана вимагати позачергового скликання загальних зборів акціонерів у разі виникнення загрози суттєвим інтересам страхової компанії або виявлення зловживань, вчинених посадовими особами компанії. Впродовж останніх років ревізійні комісії контактують з аудиторам, що дає змогу підвищувати професійний рівень перевірок і висновків.

Правління страхової компанії – це виконавчий орган компанії, який керує поточною роботою компанії згідно з повноваженнями, визначеними статутом компанії і положенням про правління, яке затверджується зборами акціонерів (наглядовою радою).

Правління вирішує всі питання діяльності страхової компанії, крім тих, що входять до компетенції зборів акціонерів і наглядової ради. Правління підзвітне загальним зборам акціонерів і наглядовій раді, а в деяких випадках і раді директорів та організовує виконання їхніх рішень. Правління діє від імені страхової компанії в межах, передбачених чинним законодавством і статутом компанії. Робота правління має будуватися з дотриманням принципу колегіальності, що дає змогу більш ефективно організувати роботу страхової компанії і уникнути проблеми домінування суб'єктивізму з боку голови правління компанії.

Спектр питань, які вирішуються правлінням, дуже широкий. Типові питання, підконтрольні правлінню страхової компанії:

- планування поточної діяльності;
- розробка і затвердження штатного розкладу компанії;
- затвердження положень про функціональні обов'язки працівників компанії;
- призначення відповідальних працівників страхової компанії, у тому числі керівників філій (представництв) страхової компанії та керівників структурних підрозділів компанії;
- розробка бізнес-плану компанії;
- контроль за розробкою кошторису компанії;
- затвердження проектів правил страхування, типових документів та іншої внутрішньої документації компанії;
- надання згоди на підписання договорів страхування окремим працівникам компанії на підставі доручення;
- контроль за поточною діяльністю компанії;
- аналіз поточного фінансового стану;
- спілкування з державними регулюючими органами;
- інші питання, що стосуються оперативної господарської діяльності компанії;

Правління страхової компанії тісно співпрацює із наглядовою радою компанії. В залежності від методів управління страхової компанії використовується одна із двох моделей взаємозв'язку.

Якщо наглядова рада страхової компанії працює на постійній основі, то, як правило, всі важливі питання, які відносяться до господарської діяльності страхової компанії приймаються наглядовою радою і доводяться до відома правління компанії. В цьому випадку права правління суттєво обмежуються, більшість повноважень входять до компетенції наглядової ради. В такому разі основною функцією правління є своєчасне і точне виконання вказівок та наказів наглядової ради.

Якщо члени наглядової ради працюють не на постійній основі, а суміщають функції членів наглядової ради з іншою діяльністю, то в такому випадку роль правління значно зростає. До компетенції правління відноситься прийняття рішень щодо

оперативної та тактичної діяльності компанії, а функції наглядової ради обмежуються лише завданнями стратегічного значення. В деяких випадках повноваження правління страхової компанії можуть бути розширені за рахунок зменшення функцій наглядової ради.

Загальні збори акціонерів компанії мають право прийняти рішення про передачу частини прав наглядової ради правлінню. Це характерно для страхових компаній, які мають обмежену кількість акціонерів, і тому роль наглядової ради має номінальний характер.

Кожна з цих двох моделей має свої переваги і недоліки. Перша модель фактично розділяє функції керівника і виконавця, що дає змогу наглядовій раді сконцентруватися на прийнятті важливих управлінських рішень, а поточні питання доручити правлінню компанії. Проте, на практиці можуть виникати ситуації, коли процедура прийняття рішень наглядовою радою буде необґрунтовано гальмувати господарську діяльність страхової компанії. Друга модель у багатьох випадках дає змогу оперативно приймати більшість господарських рішень, але при цьому знижує їх ефективність. Надто великі повноваження, надані правлінню страхової компанії, з часом призводять до зловживань та нехтування стратегічними і тактичними цілями компанії.

5.4. Процес прийняття рішень керівними органами страхової компанії.

Ефективний менеджмент – це основа успішної роботи страхової компанії. Процес управління страховою компанією базується на визначенні та постановці цілей, спрямованих на позитивний результат роботи компанії. Всю систему цілей можна класифікувати таким чином:

Маркетингові:

- збільшення частки на ринку;
- формування ефективної системи продажу;
- збільшення обсягів продажу страхових продуктів;
- створення конкурентних страхових продуктів.

Організаційно-технічні:

- оптимізація штатної структури компанії, спрямована на якісне обслуговування клієнтів;
- створення системи функціональних зв'язків та документообігу;
- впровадження новітніх інформаційних технологій;
- визначення норм, процедур та правил функціонування компанії.

Фінансово-економічні:

- зниження витрат на одного працівника;
- збільшення обсягів страхових платежів на одну особу;
- зростання прибутку.

Управлінські:

- делегування повноважень по ієрархічній вертикалі управління;
- оптимальне співвідношення централізації та децентралізації;
- удосконалення стилю управління;
- формування нової системи цінностей;
- впровадження ефективної системи мотивації персоналу.

Центральною структурою, яка реалізує функції управління страховою компанією є менеджер у зарубіжній практиці або голова правління (директор) в українській практиці функціонування ринку. При цьому виділяють чотири базові операції, які він виконує:

Визначення цілей. Проблемою багатьох керівників страхових компаній є невміння визначати стратегічні цілі. У більшості випадків постановка цілі підміняється доведенням прямої вказівки, яка має директивний характер і не допускає проявів власної ініціативи. Складається ситуація, при якій чимало часу витрачається на доведення вказівок з питань, що мають другорядний характер і можуть бути вирішені працівниками самостійно б

межах їхнього кваліфікаційного рівня.

Організація бізнес-процесів. Для виконання поставлених цілей створюється відповідна організаційна структура (відділи, департаменти, управління). Характерною проблемою для вітчизняних страхових компаній є хаотична і нераціональна організаційна структура, при якій функціональні обов'язки працівників розподіляються без врахування реального навантаження та професійного рівня. Для окремих страхових компаній звичайною практикою є створення нових посад під конкретну особу без врахування виробничої необхідності. Непоодинокі випадки, коли діяльність керівництва зводиться до збільшення штату працівників з метою створення враження про масштаби діяльності.

Підтримка мотивації та комунікації персоналу (кадрові призначення, матеріальне заохочення, кар'єрний ріст тощо). Керівник страхової компанії при формуванні кадрової політики не має права керуватися чинниками іншими, аніж кваліфікаційний рівень працівника. У багатьох випадках втрата ринку, збитки, зменшення прибутків є результатом нераціональної кадрової політики, при якій кваліфікаційний потенціал компанії підмінюється добрими стосунками з родичами, друзями та знайомими.

Аналіз та оцінка отриманих результатів. Для професійної інтерпретації результатів економічної діяльності страхової компанії необхідно мати достатній рівень знань з менеджменту, фінансів, бухгалтерського обліку, господарського права тощо.

У процесі господарської діяльності в рамках страхової компанії виникає сукупність ситуацій, які потребують вирішення на різних рівнях менеджменту. Ці ситуації можна поділити на три групи: стандартні, ординарні, унікальні. До стандартних відносяться ситуації для котрих існує відпрацьоване рішення (оформлення типових полісів, складання та подання звітності тощо). Для ординарних ситуацій основні положення рішення відомі, проте необхідно відпрацювати деталі (розміщення страхових резервів, планування діяльності тощо). Унікальні ситуації характеризуються відсутністю аналогій їх вирішення (нестандартні страхові випадки, індивідуалізовані потреби страхувальників та ін.).

Управлінська діяльність страхових компаній базується на трьох рівнях: **стратегічному, тактичному, оперативному.**

На **стратегічному рівні** визначаються довгострокові, розраховані на 10-15 років цілі страхової компанії, які враховують загальну ситуацію в економіці країни. При цьому визначаються фінансові, матеріальні та інші ресурси, обирається відповідна стратегія досягнення цих цілей.

На **тактичному рівні** загальні цілі конкретизуються в межах більш короткого періоду (не більше 5-ти років) та у відповідності із поставленими завданнями залучаються необхідні ресурси.

На **оперативному рівні** вирішуються поточні завдання, які виникають в процесі діяльності страхової компанії у результаті кон'юнктурних змін на страховому ринку.

5.5. Інформаційна система страхової компанії: підсистеми, об'єкти, функціональні задачі

Ключовим фактором ефективності діяльності страхової компанії стає успішна взаємодія людей і систем, або, іншими словами, поєднання зручних у використанні інформаційних систем та вдало спланованого підходу до обслуговування.

Впровадження і застосування інформаційних технологій для ведення звітності і управління страховим бізнесом у значній мірі залежить від власників страхової компанії, розмірів клієнтської

бази і стратегічних планів розвитку страхових компаній.

Розробка і впровадження автоматизованих інформаційних систем страхової діяльності виконується для підвищення ефективності управління страховою діяльністю, за рахунок

забезпечення керівників і фахівців страхових компаній інформацією в необхідному обсязі та якості, а також для реалізації стандартів інформаційних технологій управління на основі:

- підтримки прийняття управлінських рішень;
- зниження витрат управління страховою діяльністю;
- створення інтегрованої БД;
- забезпечення захисту інформаційних ресурсів;
- підтримки електронного документообігу;
- інтеграції з зовнішніми інформаційними системами;
- підвищення інформаційної культури управлінської праці.

Великий обсяг інформації, вимоги до оперативності отримання, повноти і точності відображення інформації, розширення масштабів і функцій управління страховою діяльністю - це неповний перелік причин, які зумовлюють необхідність автоматизації управління страховим бізнесом.

Нові можливості страховиків різних рівнів управління проявляються там, де процесом автоматизації охоплена більша частина функцій і задач їх повсякденної діяльності. Процес

автоматизації призводить до підвищення планової та аналітичної роботи, удосконалення методів та способів здійснення страхових операцій, форм обліку й звітності, обґрунтованості прийняття

управлінських рішень.

Автоматизована інформаційна система страхової компанії (АІС СК, АІС «Страхування») – ієрархічно організований комплекс організаційних методів, технічних, алгоритмічних та програмних засобів, а також інформаційних ресурсів, який має модульну структуру і забезпечує наскрізне узгодження управління фінансовими та інформаційними потоками страхової компанії.

Метою створення АІС «Страхування» було забезпечення такого рівня управління діяльністю компанії, за якого комплексно вирішуються наступні завдання:

- автоматизований облік договорів страхування;
- проведення розрахунків, що обумовлені рухом договорів страхування та здійсненням страхових операцій;
- досягнення високих показників розвитку всіх видів страхування;
- прийняття оптимальних рішень щодо прибутків та витрат грошових коштів та отримання фактичного прибутку.

Таким чином, функціональне призначення АІС «Страхування» полягає в забезпеченні збору, зберігання, обробки і передавання інформації на базі використання засобів обчислювальної техніки й зв'язку з урахуванням взаємодії рівнів управління та підрозділів страхових компаній між собою, з клієнтами, організаціями та автоматизованими інформаційними системами інших міністерств і відомств, Державним комітетом України з нагляду за страховою діяльністю.

АІС створюється безпосередньо у страхових компаніях і охоплює автоматизоване ведення всіх страхових операцій.

В залежності від масштабів діяльності страхової компанії, кількості її філій та розгалуженості регіональних віддалених підрозділів АІС «Страхування» може мати наступні структурні

варіанти:

1) локалізована на певній території безфіліальна страхова компанія – АІС являє собою сукупність автоматизованих робочих місць (АРМів), об'єднаних в локальну мережу (за технологією «файл-сервер» або «клієнт-сервер»);

2) розгалужена мережева страхова компанія (корпоративного типу) – АІС будується на базі міжрегіональної корпоративної мережі, яка забезпечує віддалений доступ.

Корпоративна мережа може організовуватись як за допомогою виділених каналів, так і у вигляді приватних мереж.

Склад і структура АІС в різних страхових компаніях різні.

Організаційно система являє собою сукупність АІС адміністративно-територіальних ланок, об'єднаних загальною методологією задач, що вирішуються, єдиною інформаційною базою і технологією обробки документів. Водночас різноманітність функціональних задач, що вирішуються в районних інспекціях страхової компанії і центральних ланках (обласних Дирекціях і головному Правлінні страхової компанії), вимагає різного підходу до побудови в їхній структурі відповідних АІС.

Щоб забезпечити виконання відповідних функцій АІС на різних рівнях страхової компанії, потрібно поділити цю систему на два підрівні — АІС обласного й центрального рівня та АІС

районної інспекції .

Ієрархія інформаційних систем страхової діяльності:

Автономні автоматизовані робочі місця. Кожен співробітник страхової компанії, використовуючи автономний АРМ, виконує певний набір функцій управління страховою діяльністю та орієнтований на страхових агентів певного виду.

Масштаб функцій окремого АРМ обмежений. Технічні засоби АРМ лімітують розмір бази даних, продуктивність інформаційних систем (швидкість виконання функцій управління

страховою діяльністю). Недостатність оперативності управління страховою діяльністю пов'язане в першу чергу з недосконалістю системи комунікацій.

Комплекс взаємопов'язаних АРМ, які функціонують на єдиній інформаційній базі. Інформаційна система страхової діяльності підтримує функцію основної діяльності (страхування)

і допоміжні функції управління (бухгалтерський облік, фінансовий аналіз, управління кадрами та ін). Зростання масштабів діяльності страхових компаній проявляється в розширенні складу функцій управління, збільшення чисельності працівників, функціональної спеціалізації та інформаційної інтеграції АРМ. Із збільшенням масштабів страхової діяльності необхідна уніфікація інформаційних технологій, програмних і технічних засобів обробки інформації.

Корпоративна інформаційна система страхової діяльності. Зростання масштабів діяльності і підвищення вимог до ефективності управління організацій страхового бізнесу - причини створення корпоративної інформаційної системи, характерними рисами якої є:

перехід до розподіленої обробки даних (використання комп'ютерних мереж, Інтранет, вихід в Інтернет);

застосування різноманітних обчислювальних машин -сервери, робочі станції, ноутбуки;

інтеграція програмних засобів обробки даних на основі уніфікованих програмних інтерфейсів (програмна «багатоплатформність»);

розширення функцій автоматизації управління;

створення і ведення інтегрованої БД – єдиного інформаційного простору для прийняття управлінських рішень тощо [7].

Інформаційний простір страхової компанії функціонує на базі певних складових об'єктів і технологія їх функціонування Центральний офіс страхової компанії, або ж головна

організація, має одну або декілька високошвидкісних локальних обчислювальних мереж. Локальну обчислювальну мережу можна розглядати, як інформаційний центр всієї компанії. Особливістю локальної обчислювальної мережі центрального офісу є те, що в її склад входить система централізованого моніторингу і керування, як локальними, так і віддаленими мережними

пристроями, що входять у філіали.

Регіональні офіси страхової компанії (філіали) – масштабні організації, найчастіше оснащуються власними крупними локальними обчислювальними мережами і потужними обчислювальними мережами, що мають гарантований та достатньо швидкісний зв'язок. Для деяких з них вимагається цілодобове високошвидкісне з'єднання з центральним офісом, що забезпечується спеціально виділеними каналами зв'язку.

Відділення страхової компанії мають, як правило, свою невелику локальну мережу, яка включає декілька персональних комп'ютерів. Зв'язок з регіональним офісом проходить по задалегідь встановленому розкладу у певні години, але не виключається необхідність незапланованого термінового доступу.

Представництва чи агентства страхової компанії найчастіше оснащуються одним чи кількома комп'ютерами. Зв'язок з відділеннями здійснюється по необхідності і забезпечується на протязі дня.

Віддалені користувачі мережі - інспектори страхової компанії, перевіряючи, тобто співробітники, які згідно посадових обов'язків проводять день не у власному офісі, а наприклад, у клієнтів, а також керівники, що знаходяться у відрядженні чи відпустці і можуть користуватися переносним комп'ютером з модемом. Сеанс зв'язку віддалених користувачів страхової компанії з локальною обчислювальною мережею офісів найчастіше буває нетривалим і може встановлюватися в будь-

який час.

АІС страхової компанії структурно складається з функціональних і забезпечувальних підсистем. Функціональні підсистеми вирізняються спеціалізацією функцій і задач різних рівнів АІС «Страхування» (центрального і районних).

Слід зазначити, що переліки більшості підсистем АІС «Страхування» на різних рівнях подібні між собою, однак при цьому необхідно враховувати і наявні специфічні відмінності по складу задач, що входять в них. Функціональна частина АІС «Страхування» центрального та районного рівнів визначається згідно із завданнями управління, котрі характерні для того чи іншого рівня системи, та організаційною структурою, що склалася. Розглянемо стисло кожен підсистему.

Підсистема 01 «Планування» призначена для розробки перспективних і поточних планів прибутків і видатків за всіма видами страхування і планів надходження страхових платежів. У

рамках підсистеми розробляються проекти контрольних цифр на перспективу, складаються проекти річних планів за основними видами надходження платежів щодо кожного виду страхування, що є обов'язковим в нашій державі, а також добровільного, особистого, інших видів страхування.

Підсистема 02 «Бухгалтерський облік і звітність» реалізує автоматизоване розв'язування задач з виконання операцій обліку грошових і поточних господарських операцій, укладання

бухгалтерських звітів у цілому по страховій компанії, а також із формування зведених бухгалтерських балансів і аналітичних розробок до них. Тут же автоматизовано виконуються функції контролю за правильністю укладання балансів у підзвітних рівнях страхової компанії. Для цього передбачається формування різних аналітичних таблиць, розшифрувань, інших документів,

отримання яких стає можливим завдяки створенню єдиної міжрівневої бази даних і АРМ спеціалістів із широким використанням персональних комп'ютерів, що реалізують

технологію розподіленої обробки даних і можливість отримання відповідей на регламентні та нестандартні запити в запитувальному режимі функціонування.

Підсистема 03 «Праця і заробітна плата» призначена для розробки проектів кошторисів видатків і обліку видатків на утримання органів страхової компанії, складання звітів з праці та

заробітної плати, формування зведених звітних документів та аналітичних розробок до них.

Підсистема 04 «Статистичний облік і звітність» використовується для укладання зведених статистичних звітів за всіма видами страхування, фінансовими результатами страхових

операцій за рік, визначення основних показників роботи страхової компанії, укладання аналітичних розробок за всіма видами звітності, організаційно-масової та контрольно-ревізійної роботи.

Підсистема 05 «Правове забезпечення» забезпечує облік, зберігання і пошук правових і інформаційних актів за всіма видами діяльності страхової компанії. Задачі цієї підсистеми, а

також підсистем 06 «Контроль виконання документів» і 07 «Кадри» розв'язуються в рамках автоматизованої інформаційно-пошукової системи (ІПС). Використання ІПС дозволяє

централізувати збір і контроль інформації, одержувати відповіді із законодавчих, правових, нормативних та інших питань всім користувачам системи за умов, що з нею одночасно працюють

кілька користувачів.

У функціональному плані в підсистемі 06 розв'язуються задачі з обліку, зберігання та пошуку законодавчих, правових, інформаційних актів зі страхування; у підсистемі 07 — з обліку

та аналізу персонального складу страхової компанії, планування й прогнозування потреби в кадрах.

Підсистема 08 «Тарифи і нормативи» призначена для автоматизованого розв'язування задач з обчислення тарифних ставок за видами майнового й особистого страхування, резервами

внесків зі страхування життя, розробки середніх цін на сільськогосподарські культури і т. ін. У підсистемі виконуються також розрахунки відомчих нормативів розподілу фонду

економічного стимулювання.

Підсистема 09 «Автоматизована обробка інформації» виконує розв'язування задач з організації автоматизованої обробки страхової інформації у страховій компанії. У рамках підсистеми формуються зведені звіти про переведення страхової інформації на обробку з допомогою персональних комп'ютерів, витрати коштів на машинну обробку за типами комп'ютерів і

адміністративними територіальними одиницями в розрахунок на один особовий рахунок.

Автоматизовані інформаційні технології діяльності страхової компанії спрямовані на впровадження систем, що охоплюють всі основні елементи технологічного процесу

страхування і гарантують повну безпеку даних на всіх етапах обробки інформації. Реалізація автоматизованої інформаційної системи страхової компанії полягає в автоматизації розв'язування

задач страхової фінансової, бухгалтерської та інших видів діяльності.

Коротко розглянемо основні функціональні задачі, що застосовуються в умовах автоматизованої інформаційної системи страхування.

Процес підписання угоди. Перевірка наявності попередніх договорів по кожному страхувальнику, випадків страхових виплат, розрахунок коефіцієнтів для поправок до тарифної ставки та особливих умов, розрахунок комісійних агенту, занесення договору в базу даних для наступної обробки, видача необхідних документів.

Підписання додаткового договору. Розрахунки по умовах або об'єктах страхування, що змінилися, з врахуванням основного договору, поповнення бази даних про нові договори чи

внесення змін у вже підписані.

Підписання договору перестрахування. Перевірка відповідної інформації, розрахунок комісійних.

Внесення страхової премії (чи її частини). Перерахунок грошових засобів по рахунках, у випадку наявності перестрахування - розрахунок з перестраховальниками.

Закінчення договору страхування. Переміщення інформації в бази для формування резервів та інших розрахунків.

Настання страхових подій. Розрахунок відшкодувань, перевірка виплат, перерахунок по договору чи його зупинення, ведення бази страхових подій.

Розрив договору страхування. Розрахунки з страхуючим, проводка грошових засобів, здійснення змін в базі договорів.

Розрахунок базових тарифних ставок по видах страхування. Перегляд в базі даних всіх договорів по конкретному виду страхування, по страхових подіях, розрахунок з використанням статистичних таблиць.

Розрахунок резервного фонду. Аналіз поточного стану рахунків, відстеження змін в кількості та сумах договорів по видах страхування, розрахунок по вимогах та поточному стану.

Аналіз страхового портфелю. Визначення тенденцій страхового ринку, аналіз власної діяльності, прогнозування подальшого розвитку, аналіз варіантів можливих управлінських дій.

Ведення внутрішньої бухгалтерії. Розрахунок заробітної плати співробітникам компанії: облік власності та інше. Повна технологія страхування повинна передбачати обробку великих і взаємопов'язаних масивів даних:

договорів страхування і перестрахування;

страхових полісів;

брокерських договорів;

документів по заробітній платі страхових представників;

платіжних доручень;

касових ордерів і бухгалтерських проводок;

заяв на виплату страхового відшкодування;

актів про страхові випадки та інше.

Нагромадження і обробка інформації проходить в різних підрозділах і службах страхової компанії (бухгалтерії, відділах - фінансово-економічному, власників полісів, виплат, перестрахування, кадрів, агентствах та інших).

Перехід до автоматизованих інформаційних технологій супроводжується зміною характеру та якості управління. Аналітична робота менеджерів стає головною, формує в них нові пріоритети. Це дозволяє перетворювати інформацію в один з ключових і реально доступних ресурсів компанії, а подальший розвиток автоматизованих інформаційних технологій стає обов'язковим елементом її стратегії розвитку організації.

Але автоматизовані інформаційні технології ефективні і рентабельні у випадку існування достатньо апробованої та відшліфованої схеми діловодства, так, як автоматизації підлягають лише стабільні, підпорядковані певним законам процеси. Якщо ж кожна робоча ситуація унікальна, якщо винятки і поправки розмивають і маскують закономірності і правила, тоді спроби впровадження інформаційних технологій не може принести нічого окрім витрат засобів та часу.

Для страхових компаній це означає, що насамперед повинні бути розроблені та затверджені з перспективою на довготривале використання форми всіх первинних та звітних документів,

пов'язаних із страхуванням. Наприклад, заява на страхування, поліс, договір страхування, акт по страховому випадку, рахунки прибутків та збитків бухгалтерського балансу.

Для проведення автоматизації насамперед потрібно, щоб були детально продумані, відлагоджені та документально оформлені у вигляді правил, інструкцій та положень всі робочі процедури; описані в інструкціях (а ще краще – описані та зображені на схемах) шляхи та умови руху всіх документів, а якщо це документи фінансового характеру, то і рух грошей. Зокрема такі схеми документопотоків дозволяють повністю прослідкувати життєвий цикл кожного документу та

проаналізувати документообіг в компанії, а врешті решт його – покращити та спростити, а при необхідності доповнити та розвинути на базі нових технологічних рішень.

Тема 6. Контроль та звітність страхової компанії

План

6.1. Страхове законодавство як інструмент регулювання страхової діяльності.

6.2. Державний нагляд та регулювання страхової діяльності: завдання, функції, права й обов'язки.

6.3. Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг як спеціальний уповноважений центральний орган виконавчої влади у справах нагляду за страховою діяльністю та її функції.

6.4. Вплив норм міжнародного права на формування законодавчої та нормативної бази регулювання страхової діяльності в Україні

Рекомендована література: [1-15]

Основні терміни і поняття: страхове законодавство, Державний нагляд та регулювання страхової діяльності, Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг

6.1. Страхове законодавство як інструмент регулювання страхової діяльності

Закон України «Про страхування» має 5 основних розділів. У першому розділі встановлюється головний понятійно-термінологічний апарат: визначаються такі базові поняття, як страхування, страховики, страхувальники, об'єкти і види страхування, форми страхування, страхові ризики і страхові випадки, страхова сума, страхове відшкодування, страхові платежі і тарифи, співстрахування, перестрахування, об'єднання страховиків, страхові агенти та страхові брокери і деякі інші.

Центральне місце в цьому розділі посідають норми, що визначають вимоги до страховика під час його створення та реєстрації, а також порядок здійснення обов'язкового страхування. Зокрема, цим Законом в Україні встановлюється особливий механізм, коли види обов'язкового страхування можуть визначатися лише цим Законом, а не іншими законодавчими актами. При цьому Кабінетові Міністрів України надається право регулювати порядок проведення кожного виду обов'язкового страхування за умови, що цей вид передбачено Законом.

Другий розділ Закону регулює порядок проведення страхування: визначає вимоги до договорів та правил страхування й відповідної валюти, установлює обов'язки страховиків і страхувальників у кожній конкретній ситуації.

Важливість законодавчих норм, передбачених цим розділом, полягає в тому, що вони з максимальною повнотою відбивають особливості договірних відносин, прав та обов'язків сторін у сфері страхування. Фактично конкретизуються загальні норми

цивільного права у цій сфері.

Третій розділ визначає умови забезпечення платоспроможності страховиків і має дуже важливе значення. Саме тут подається фінансовий механізм здійснення страхової діяльності, установлюються певні обмеження щодо можливості прийняття зобов'язань і визначаються загальні принципи аудиту страховика. Важливими статтями цього розділу є ті, де йдеться про порядок формування та види страхових резервів як технічних, так і зі страхування життя. Ряд статей регулює питання, що стосуються створення гарантійних фондів, порядку обліку та звітності.

Четвертий розділ визначає принципи державного нагляду за страховою діяльністю. Цим розділом визначено орган, що здійснює державний нагляд за страховою діяльністю (зараз цю роботу виконує Міністерство фінансів України), і встановлено його права та функції. У цьому розділі наведено порядок ліцензування страхової діяльності, що забезпечує правове регулювання роботи страховиків на страховому ринку. Закон конкретизує, зокрема, особливості ліквідації, реорганізації та санації страховиків, що дає змогу контролювати їх після того, як вони припинять свою діяльність.

Завершальний, п'ятий, розділ передбачає регулювання таких загальних моментів, як урахування міжнародного права, порядок та етапи застосування певних норм і т. ін.

Коли Закон було прийнято, Уряд упровадив низку підзаконних актів, зокрема постанов і розпоряджень, що регулюють окремі питання здійснення страхової діяльності. Так, окремою постановою Уряду визначено порядок регулювання системи перестрахування в Україні. Зокрема, передбачається, що страховик, перестраховуючи в нерезидента свої зобов'язання, має зважати на певні обмеження, а саме: він може здійснювати таке перестрахування лише за наявності в нерезидента ліцензії від свого вітчизняного органу страхового нагляду, за відсутності порушень протягом певного часу та в разі виконання низки інших вимог.

Прийнято також постанову Уряду стосовно правового регулювання діяльності посередників-брокерів та агентів на страховому ринку. Насамперед передбачаються певні вимоги щодо реєстрації брокерів, обмеження діяльності посередників, зокрема щодо можливості прийому коштів страхувальника на власний рахунок, термінів укладання договору страхування з боку посередників, деяких інших моментів.

Окремою постановою Уряду визначено особливості функціонування товариств взаємного страхування. Постановами Уряду регулюється порядок здійснення кожного виду обов'язкового страхування. Окремою постановою визначаються граничні розміри витрат на ведення справи у разі здійснення обов'язкового страхування, а також регулюються питання щодо створення державних і національних страхових компаній та обов'язкових об'єднань страховиків.

Розпорядженнями Уряду подаються окремі доручення щодо проведення експериментів у галузі страхування. З допомогою розпоряджень можуть вирішуватися й окремі питання регулювання тарифів, умов договорів тощо, коли це не суперечить законам України.

Нормативними актами міністерств і відомств - інструкціями, положеннями, методиками, наказами, що реєструються в Міністерстві юстиції, деталізуються ті чи інші законодавчі норми. Це передусім стосується тих питань, які належать до сфери регулювання кількох відомств. Наприклад, такими актами регулюється порядок ведення бухгалтерської та статистичної звітності страховиків, здійснення з боку митних або правоохоронних органів спільного фінансового та страхового нагляду. Іноді такими актами затверджуються методики розрахунку страхових тарифів. Спільними актами встановлюється й порядок реєстрації страховиків у системі різних відомств.

Нормативні акти, що їх видає орган, уповноважений здійснювати контроль за страховою діяльністю, є обов'язковими для страховиків. Цими актами (наказами, розпорядженнями, рішеннями колегії) установлюються, по-перше, інструкції та методики щодо здійснення окремих видів діяльності; по-друге, заходи впливу на страховиків за

виявлені порушення - приписи, зупинки, обмеження та відкликання ліцензії; по-третє, вимоги до звітності й обліку; по-четверте, порядок реєстрації, ліцензування, вилучення з реєстру, ліквідації та реорганізації; по-п'яте, порядок здійснення навчання, підготовки та перепідготовки кадрів для страхового ринку.

Нормативні акти місцевих органів виконавчої влади, як правило, мають розпорядчий характер, окреслюючи, в межах певних адміністративних одиниць особливості виконання заходів, визначених урядовими або відомчими документами. Це можуть бути роз'яснення щодо проведення будь-яких експериментів, особливостей муніципального страхування. У зв'язку з віднесенням більшості питань з регулювання страхової діяльності на загальнодержавний рівень роль правових актів місцевої влади у страховій галузі незначна.

6.2. Державний нагляд та регулювання страхової діяльності: завдання, функції, права й обов'язки

Державний нагляд за страховою діяльністю здійснюється з метою дотримання вимог законодавства України про страхування, ефективного розвитку страхових послуг, запобігання неплатоспроможності страховиків та захисту інтересів страхувальників.

Державний нагляд за страховою діяльністю на території України здійснюється Уповноваженим органом (Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України) та його органами на місцях.

Основними функціями Уповноваженого органу 1) ведення єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) та державного реєстру страхових та перестрахових брокерів;

2) видача ліцензій страховикам на здійснення страхової діяльності та проведення перевірок їх відповідності виданій ліцензії;

3) видача свідоцтв про включення страхових та перестрахових брокерів до державного реєстру страхових та перестрахових брокерів та проведення перевірки додержання ними законодавства про посередницьку діяльність у страхуванні та перестраховуванні і достовірності їх звітності;

4) проведення перевірок щодо правильності застосування страховиками (перестраховиками) та страховими посередниками законодавства про страхову діяльність і достовірності їх звітності;

5) розроблення нормативних та методичних документів з питань страхової діяльності, що віднесена цим Законом до компетенції Уповноваженого органу;

6) узагальнення практики страхової діяльності і посередницької діяльності на страховому ринку, розроблення і подання у встановленому порядку пропозицій щодо розвитку і вдосконалення законодавства України про страхову і посередницьку діяльність у страхуванні та перестраховуванні;

7) прийняття у межах своєї компетенції нормативно-правових актів з питань страхової і посередницької діяльності у страхуванні та перестраховуванні;

8) проведення аналізу додержання законодавства об'єднаннями страховиків і страхових посередників;

9) здійснення контролю за платоспроможністю страховиків відповідно до взятих ними страхових зобов'язань перед страхувальниками;

10) забезпечення проведення дослідницько-методологічної роботи з питань страхової і посередницької діяльності у страхуванні та перестраховуванні, підвищення ефективності державного нагляду за страховою діяльністю;

11) встановлення правил формування, обліку і розміщення страхових резервів та показників звітності;

12) проведення і координація у визначеному законодавством порядку навчання, підготовки і перепідготовки кадрів та встановлення кваліфікаційних вимог до осіб, які

провадять діяльність на страховому ринку, організація нарад, семінарів, конференцій з питань страхової діяльності;

13) участь у міжнародному співробітництві у сфері страхування і посередницької діяльності у страхуванні та перестраховуванні, вивчення, узагальнення, поширення світового досвіду, організація виконання міжнародних договорів України з цих питань;

14) здійснення організаційно-методичного забезпечення проведення актуарних розрахунків.

Уповноважений орган може здійснювати інші функції, необхідні для виконання покладених на нього завдань.

Здійснюючи державний нагляд за страховою діяльністю, Уповноважений орган має право:

1) одержувати в установленому порядку від страховиків звітність про страхову діяльність, інформацію про їх фінансове становище та необхідні пояснення щодо звітних даних, а від підприємств, установ (у тому числі банків), організацій і громадян - інформацію, необхідну для виконання покладених на нього завдань;

2) проводити перевірку щодо правильності застосування страховиками законодавства України про страхову діяльність і достовірності 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;

3) видавати приписи страховикам про усунення виявлених порушень вимог законодавства про страхову діяльність, а у разі їх невиконання зупиняти чи обмежувати дію ліцензій цих страховиків до усунення виявлених порушень або приймати рішення про відкликання ліцензій та виключення з державного реєстру страховиків (перестраховиків);

4) проводити тематичні перевірки діяльності страховика у випадках необхідності перевірки фактів, викладених у скаргах, заявах, зверненнях страхувальників, достовірності показників звітності, виконання вимог раніше наданих приписів, за дорученням правоохоронних органів або органів державної влади, зустрічні перевірки достовірності і правильності укладених договорів страхування та перестраховування та у разі надходження інформації від страхувальників про порушення;

5) одержувати від страхових та перестрахових брокерів установлену звітність про їх діяльність та інформацію про укладені договори, а також необхідні пояснення щодо цих даних;

6) видавати приписи страховим посередникам про усунення виявлених порушень законодавства, а у разі їх невиконання приймати рішення про виключення страхового або перестрахового брокера з державного реєстру страхових та перестрахових брокерів;

7) 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;

8) створювати комісії та робочі групи для проведення перевірок діяльності страховиків та страхових посередників;

9) здійснювати контроль за достовірністю та повнотою інформації, що надається учасниками страхового ринку;

10) одержувати безоплатно від органів виконавчої влади інформацію та статистичну звітність, необхідну для виконання покладених на нього завдань;

11) звертатися до суду з позовом про скасування державної реєстрації страховика (перестраховика) або страхового посередника у випадках, передбачених законом, має право:

Як одну з форм державного регулювання страхової діяльності можна розглядати примусову санацію страховика, проведення якої Уповноважений орган має право призначити у разі:

невиконання ним 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 прийняття страхових зобов'язань без дозволу Уповноваженого органу;

встановлення обов'язкового для виконання графіка здійснення розрахунків із страхувальниками;

прийняття рішення про ліквідацію або реорганізацію страховика.

6.3. Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг як спеціальний уповноважений центральний орган виконавчої влади у справах нагляду за страховою діяльністю та її функції

Законом України «Про страхування» було визначено єдиний орган державної виконавчої влади, що здійснює відповідний нагляд. В Україні таким Уповноваженим органом згідно Указу Президента України від 23 листопада 2011 року № 1070/2011 є **Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків**, у своїй діяльності керується Конституцією та законами України, а також указами Президента України і постановами Верховної Ради України, прийнятими відповідно до Конституції та законів України, актами Кабінету Міністрів України та Положенням про Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг України (Постанова Кабінету Міністрів України від 3 лютого 2010 р. N 157).

Основними функціями Уповноваженого органу згідно статті 36 Закону України «Про страхування» є (усього їх 14):

- ведення єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) та державного реєстру страхових та перестрахових брокерів;
- видача ліцензій страховикам на здійснення страхової діяльності та проведення перевірок їх відповідності виданій ліцензії;
- проведення перевірок щодо правильності застосування страховиками (перестраховиками) та страховими посередниками законодавства про страхову діяльність і достовірності їх звітності;
- розроблення нормативних та методичних документів з питань страхової діяльності, що віднесена цим Законом до компетенції Уповноваженого органу;
- прийняття у межах своєї компетенції нормативно-правових актів з питань страхової і посередницької діяльності у страхуванні та перестраховуванні;
- здійснення контролю за платоспроможністю страховиків відповідно до взятих ними страхових зобов'язань перед страхувальниками;
- встановлення правил формування, обліку і розміщення страхових резервів та показників звітності;
- проведення і координація у визначеному законодавством порядку навчання, підготовки і перепідготовки кадрів;
- участь у міжнародному співробітництві у сфері страхування та перестраховуванні, організація виконання міжнародних договорів України з цих питань.

Уповноважений орган може здійснювати інші функції, необхідні для виконання покладених на нього завдань.

У статті 37 Закону України «Про страхування» відображено, якими **правами** наділений Уповноважений орган (усього їх 11):

- одержувати в установленому порядку від страховиків звітність про страхову діяльність інформацію про їх фінансове становище та необхідні пояснення щодо звітних

даних;

- проводити перевірку щодо правильності застосування страховиками законодавства України про страхову діяльність;
- видавати приписи страховикам про усунення виявлених порушень вимог законодавства про страхову діяльність, а у разі їх невиконання зупиняти чи обмежувати дію ліцензій цих страховиків до усунення виявлених порушень або приймати рішення про відкликання ліцензій та виключення з державного реєстру страховиків (перестраховиків);
- проводити тематичні перевірки діяльності страховика;
- здійснювати контроль за достовірністю та повнотою інформації, що надається учасниками страхового ринку;
- звертатися до суду з позовом про скасування державної реєстрації страховика (перестраховика) або страхового посередника у випадках, передбачених законом

6.4. Вплив норм міжнародного права на формування законодавчої та нормативної бази регулювання страхової діяльності в Україні.

Аналіз розвитку страхової діяльності в багатьох країнах дозволяє вітчизняним дослідникам дійти до висновку про те, що практично у всіх них діє система державного регулювання, хоча форми та методи, рівень розповсюдження такого регулювання різняться в залежності від особливостей конкретного ринку. Окрім того кожна країна має свою систему страхового нагляду. У Великобританії, наприклад, функції страхового нагляду виконує з 1998 р. Державне казначейство (тривалий час функцію нагляду виконував Департамент торгівлі та промисловості), в Австрії – Міністерство фінансів, у Франції – комісія з контролю за страхуванням; в Італії – Державний інститут контролю за діяльністю страхових компаній; в Нідерландах – Палата страхових справ; в Китаї – Китайський комітет по страховому регулюванню, в Росії – Федеральна служба з нагляду за страховою діяльністю, в Латвії – Державна страхова Інспекція та інше.

Узагальнюючи та систематизуючи світовий, історичний досвід з організації національного страхового нагляду, у відповідності до типів державного регулювання страхової діяльності, можна виділити його основні моделі:

- самостійний орган державної виконавчої влади (Португалія, Німеччина, Франція, Азербайджан);
- орган нагляду, як підрозділ більш великого органу державної виконавчої влади (Україна, Росія, Великобританія);
- орган державної влади, що виконує інші наглядові функції (Південно-Африканська Республіка, Росія та Україна до 1917 року).

Змістовий модуль 3: Ключові напрямки страхового менеджменту

Тема 7. Управління маркетинговою діяльністю страховика

План

- 7.1. Сутність та складові страхового маркетингу.
- 7.2. Страховий продукт як основний елемент страхового маркетингу.
- 7.3. Завдання та функції служби маркетингу страхової компанії.

Рекомендована література: [1-19]

Основні терміни і поняття: страховий маркетинг, маркетингові дослідження, продуктова стратегія, цінова стратегія, стратегія просування, стратегія збуту (розподілу), маркетингова політика, сегментування ринку.

7.1. Сутність та складові страхового маркетингу.

Особливе місце в діяльності страхової компанії відводиться маркетингу – методу дослідження страхового ринку і впливу на нього з метою отримання компанією якомога більшого прибутку.

Страховий маркетинг – це комплекс заходів, спрямованих на формування й постійне вдосконалення діяльності страхової компанії, а саме:

- розробка конкурентоспроможних страхових продуктів (послуг) для конкретних категорій споживачів (страхувальників);
- упровадження раціональних форм реалізації цих продуктів за належного сервісу та реклами;
- збір і аналіз інформації щодо ефективності діяльності страховика.

Таким чином, *предметом дослідження страхового маркетингу* є попит та пропозиція страхового ринку. *Завдання страхового маркетингу* – досягнення найбільш повного використання інституту страхування для задоволення потреб споживачів у страховому захисті та інвестиційних ресурсах.

Страховий маркетинг має ряд відмінностей, які відрізняють його від інших видів маркетингу. Це пов'язано з особливостями фінансово-економічних відносин у страхуванні:

- довгостроковий характер взаємодії страховика та страхувальника, який охоплює не тільки строк договору страхування, а й може виходити за його рамки у зв'язку з можливістю висування претензій, тривалістю процесу урегулювання претензій і т. ін.;
- необхідність здійснення оцінки та управління ризиками, що є однією із складових страхового продукту та впливає на структуру страхового маркетингу;
- державна регламентація страхового бізнесу (ліцензування страхових тарифів та умов страхування, виконання нормативів з розміщення страхових резервів тощо) обмежує маркетингові можливості страховика;
- відсутність системи патентування страхових продуктів призводить до копіювання страхових програм та договорів конкурентами;
- залежність від макрооточення впливає на динаміку розвитку довгострокових видів страхування;
- недостатнє розуміння сутності страхування переважною більшістю потенційних клієнтів призводить до непорозумінь та конфліктних ситуацій.

Страховий ринок є особливою сферою економічних відносин, в рамках якої відбувається купівля-продаж специфічного товару – страхової послуги, яка одночасно є і споживчою, і фінансовою. Тому *метою маркетингу страхування як споживчої послуги* є задоволення потреби клієнта у страховому захисті. *Метою маркетингу страхування як фінансової послуги* є оптимізація руху фінансових ресурсів страховиків та страхувальників.

Дослідження попиту на страховому ринку потребує наявності у структурі страхової компанії спеціалізованої служби маркетингу, котра оцінює контингент потенційних страхувальників та їх потреби у страхових послугах.

Маркетингова діяльність страхової компанії охоплює:

- розробку маркетингової філософії та визначення ринкового сегменту;
- визначення довгострокових та короткострокових цілей страхової компанії;
- маркетингові дослідження;
- розвиток нових продуктів для забезпечення потреб страхувальників;
- розвиток маркетингових стратегій та реклами страхових продуктів.

У процесі маркетингової діяльності страхова компанія використовує *набір маркетингових інструментів, або так званий маркетинговий комплекс*, який охоплює: страхові послуги, ціни (страхові тарифи), методи розповсюдження та просування страхової послуги та ін.

На основі результатів маркетингової діяльності вносяться корективи до стратегічних і тактичних планів, а також проводяться дії оперативного характеру.

Головним завданням маркетингового підрозділу страхової компанії є забезпечення керівництва компанії достовірною та своєчасною інформацією про ситуацію на ринку страхування, а також здійснення регулярного моніторингу страхового ринку.

Об'єктом маркетингових досліджень в страхуванні є платоспроможний попит на страхові послуги. Маркетинговий комплекс включає всі можливості страхової компанії зі здійснення впливу на попит своєї продукції (Four P). Ці можливості прийнято ділити на 4 групи: product, price, place, promotion (табл..7.1).

Таблиця 7.1

Модель „Four P”

Страхова послуга (<i>product</i>) становить собою невідривну єдність обіцянки страхової компанії здійснити страхову виплату, страхового відшкодування та цілого ряду послуг з його одержання при настанні страхового випадку.	Ціна (<i>price</i>) – кількість грошей, яку повинен заплатити страхувальник, щоб одержати страхову послугу.
Місце розповсюдження страхової послуги (<i>place</i>) включає в себе район дій страхової компанії, що робить страхову послугу доступною для цільових страхувальників.	Методи просування страхової послуги (<i>promotion</i>). Це дії страхової компанії з поширення інформації про її переваги та переконання цільових страхувальників в необхідності її придбання.

Маркетингове середовище страхової компанії – це сукупність суб'єктів і сил, які діють всередині та за межами страхового ринку та впливають на розвиток страхової компанії.

Головним завданням служби маркетингу страхової компанії є забезпечення вигідних взаємовідносин з цільовими страхувальниками.

Маркетологи страхової компанії повинні постійно відслідковувати зміни у маркетинговому середовищі, стежити за новими тенденціями та вишукувати *сприятливі можливості для страхової діяльності*.

Маркетологи не завжди можуть впливати на фактори, які визначають зовнішнє середовище, проте вони повинні займати активну позицію по відношенню до маркетингового середовища:

- в організації лобіювання інтересів страхової компанії на ринку;
- в реальному вивченні ситуації на ринку;
- у проведенні спеціальних заходів для представників засобів масової інформації;

Маркетологи повинні коригувати та адаптувати маркетингову стратегію страхової компанії відповідно до вимог маркетингового середовища, яке має певну структуру (табл. 7.2).

Таблиця 7.2

Структура маркетингового середовища страхової компанії

Макрооточення	політично-правове, демографічне, економічне, соціально-культурне, природне, науково-технічне та інформаційне
Безпосереднє	оточення конкуренти, страхувальники, канали збуту, страхові брокери, постачальники послуг
Мікрооточення	керівництво компанії (наглядова рада, рада директорів, правління компанії), контролюючі та наглядові органи, організаційна структура компанії, персонал

Вивчення споживчого попиту на страхові послуги передбачає використання таких методів, як статистичне вивчення доходів та витрат потенційних клієнтів (їх розмір, динаміка, структура), опитування, анкетування, збір та аналіз інформації тощо.

При цьому до уваги беруться такі фактори: кількість потенційних страхувальників та об'єктів страхування; доходи потенційних страхувальників; вартість альтернативних механізмів управління ризиками, у т. ч. самострахування, передача ризику тощо; для довгострокового страхування життя – ціни на аналогічні послуги комерційних банків, недержавних пенсійних фондів та інших компаній; оподаткування страхових внесків та виплат; наявність відповідного законодавства; рівень інфляції.

Дослідження пропозиції на страховому ринку здійснюється двома основними способами: *на основі аналізу відкритих статистичних даних та аналітичних матеріалів та на основі власних інформаційних джерел*. На обсяг та структуру пропозиції страхових послуг впливають: конкуренція між страховиками, рівень витрат на ведення страхової діяльності та інші фактори, що визначають ситуацію на страховому ринку.

Страховий маркетинг є підрозділом маркетингової науки, однак має ряд специфічних особливостей, які пов'язані з умовами функціонування ринку страхування. Маркетинг у страхуванні пов'язаний з організацією діяльності страхових компаній на основі дослідження стану страхового ринку та прогнозування попиту на страхові послуги. Функціями страхового маркетингу є *планування, ціноутворення, реклама, організація мережі дистрибуції*. Страховик за допомогою інструментів страхового маркетингу

досліджує страховий ринок з метою організації діяльності з розробки та реалізації страхових продуктів, які б задовольняли потреби потенційних страхувальників та приносили прибуток страховикові.

7.2. Страховий продукт як основний елемент маркетингового комплексу

Метою страхової діяльності є розробка і реалізація специфічного товару – страхового продукту, який є результатом вкладеної праці. З погляду виробництва страховий продукт становить собою сукупність певної кількості послуг визначеної якості. На страховому ринку відбувається суспільне визнання якості та ціни страхового продукту.

Страховий продукт, як товар, що продається та купується на страховому ринку, має споживчу та мінову вартість. *Споживча вартість* товару «страховий захист» – це потенційна можливість страхувальника отримати страхове відшкодування втрат у результаті настання страхового випадку, що був визначений у страховому договорі. *Мінова вартість* товару «страховий захист» – це ціна (страховий тариф, страхова премія).

Під страховим продуктом розуміють пропозицію конкретної послуги з будь-якого виду страхування – типовий набір умов страхування, розрахованих на значну кількість потенційних страхувальників, а також додаткові послуги.

Критерієм поділу на страхові продукти є споживчі групи з однаковими або схожими потребами та перевагами. У той же час критерієм поділу на види страхування є об'єкти страхування. Відмінність страхового продукту від виду страхування полягає в тому, що: один продукт може об'єднувати пропозиції з різних видів страхування (різних видів страхової діяльності, а також з нестрахових послуг). І навпаки, один вид страхування охоплює чимало страхових продуктів, призначених для різних груп споживачів.

Продукти у сфері послуг, до якої відноситься і страхування, підрозділяються на прості (один продукт – одна послуга) та пакетні (декілька послуг в одному продукті). Такий «пакет» становить собою набір послуг, одна з яких є центром пакета, його ядром, а решта мають другорядне значення.

До комплексного страхового продукту можуть входити не страхові додаткові послуги, а страхова послуга, у свою чергу, може входити як додаткова до складу інших товарів та послуг.

Таким чином, можна стверджувати, що страховий продукт – це комплекс послуг, спрямований на попередження та ліквідацію наслідків конкретного переліку несприятливих подій, що визначені договором страхування. Страховий продукт охоплює основні та додаткові послуги. З метою супроводу страхового продукту застосовуються операції трансферу ризику, інвестування тимчасово вільних коштів страховика, страховий консалтинг та ін.

В рамках визначення страхового продукту можна виділити його окремі рівні: базовий страховий продукт, який ідентичний для багатьох страхових компаній в рамках одного виду страхування та включає істотні умови договору страхування; додаткові послуги, які слугують індикатором маркетингової стратегії компанії та дають змогу позиціонувати страховий продукт на ринку як інноваційний; супровід страхового продукту, який охоплює операції виявлення потреб клієнта у страхуванні, трансферу ризику, оформлення договору страхування, урегулювання збитків тощо (табл. 7.3).

Таблиця 7.3

Рівні страхового продукту

Рівні страхового продукту	Характеристики
Базовий страховий продукт	Страхове покриття (перелік ризиків), страхова сума, страховий тариф, ліміт відповідальності, інвестиційний дохід
Додаткові послуги	Страхова експертиза, технічний, медичний, юридичний асистанс
Супровід	Підбір страхової програми, оформлення, угоди, професіоналізм та ввічливість персоналу тощо

Усі страхові продукти, які створює страховик, можна поділити на три групи:

- *послуги з управління страховим фондом*, які включають ведення фахівцями страховика договорів страхування, урегулювання збитків, виплату страхового відшкодування (страхова діяльність);
- *послуги з інвестування резервів* з довгострокових видів страхування з метою одержання інвестиційного доходу (інвестиційна діяльність);
- *додаткові послуги*, що надаються в рамках страхових програм та не заборонені законодавством (експерті, консалтингові, управління ризиками тощо) (додаткові послуги).

Між наведеними групами страхових продуктів існує тісний зв'язок. Так, реалізація страхових продуктів призводить до збільшення страхових внесків, збалансованості страхового портфеля та до зростання інвестиційних ресурсів страховика, що, в свою чергу, стимулює одержання додаткового інвестиційного доходу від вкладення акумульованих коштів. Надання додаткових послуг має позитивний вплив на надійність та репутацію страховика, а також на величину страхового тарифу, оскільки їх наявність у складі страхового продукту є підставою для збільшення частки навантаження у тарифі, а здійснення превентивних заходів сприяє зниженню імовірності настання страхових випадків, а отже, є підставою для зниження нетто-ставки. Дуже часто у страхуванні доходи від інвестиційної діяльності використовуються для покриття збитків від страхової діяльності.

Основні чинники, що впливають на формування та поширення страхового продукту:

Інверсія виробничого циклу. Особливістю відтворювального процесу у страхуванні є розрив у часі між оплатою вартості послуг та формуванням страхових резервів. Процес реалізації страхової послуги передусім її фінансовому забезпеченню. Клієнт в обмін на сплачену страхову премію отримує страховий захист, але її матеріальну складову – страхову виплату – одержить після настання страхового випадку.

Соціально-економічні та правові умови. З юридичної точки зору участь потенційних страхувальників в укладанні договорів страхування обмежена їх правовою регламентацією та дієздатністю. Законодавчо визначена обов'язковість страхування стимулює попит на окремі страхові продукти. З економічної точки зору попит обмежується платоспроможністю потенційних страхувальників. Потреба в страхуванні у більшості випадків не усвідомлюється потенційним страхувальником. При низькому рівні платоспроможності клієнт не вважає за потрібне витратити кошти на страхування, якщо в нього не задоволені інші, більш життєво важливі потреби;

Суспільно-соціальна значимість страхування (страхування цивільної відповідальності власників автотранспортних засобів, військовослужбовців, спортсменів і т. ін.) змушує страховиків займатися збитковими видами страхування (обов'язкове страхування). У цьому випадку тарифи та обсяг покриття регулюється законодавчо і страхові компанії вимушені працювати на основі чітко регламентованих правил.

Страхування як послуга має ряд ознак, які характерні для послуг взагалі, а саме: невідчутність на дотик, нерозривність виробництва та споживання, мінливість та нездатність до зберігання.

Невідчутність на дотик страхового продукту означає, що оцінити якість та корисність страхового продукту у момент укладання договору та сплати страхової премії практично неможливо. Складно це зробити і після його безпосереднього споживання по закінченні терміну страхування, оскільки страховий випадок може і не відбутися, відшкодування не здійснюється і більшість споживачів не відчуває вигідність, корисність та необхідність страхового продукту.

Страховий продукт *невіддільний* від страховика й *не підлягає зберігання та складуванню*. Страховик відіграє важливу роль у наданні страхового продукту клієнтам та є невід'ємним компонентом процесу забезпечення попиту споживачів. Лінія професійної поведінки страхової компанії справляє значний вплив на уподобання клієнтів та їх вибір. Взаємодія між страхувальником та страховиком є центральним елементом маркетингової політики.

Страхові продукти характеризуються непостійною якістю, оскільки рівень обслуговування у різних філіях чи підрозділах однієї компанії може дуже відрізнитися в залежності від професійних якостей менеджменту. Страхові продукти реалізуються у різних місцях та різними людьми, які по-різному ставляться до своїх обов'язків.

Нездатність до зберігання, як характеристика страхового продукту, особливо проявляється у періоди коливань попиту (сезонність, введення обов'язкових видів страхування). Надмірний попит або недостатня пропозиція змушує страховиків звертатися до альтернативних способів вирішення питання максимального задоволення шляхом додаткового набору персоналу або підготовки багатопрофільних фахівців, а також за допомогою диференціації цін у періоди мінімального попиту.

Страхові продукти можуть бути класифіковані:

- *за типом покупців* (орієнтовані на індивідуального та корпоративного клієнта);
- *за тривалістю користування* (довгострокові (страхування життя) та короткострокові (до 1 року) види страхування);
- *за рівнем новизни* (продукти-піонери, які задовольняють нетрадиційний попит; продукти ринкової новизни (удосконалені продукти-піонери); продукти з додатковими послугами (технічний, медичний, юридичний асистанс).

7.3. Завдання та функції служби маркетингу страхової компанії

У процесі розвитку маркетингових технологій значною проблемою, яка постає перед страховою компанією, є організація роботи відповідного підрозділу. Оскільки маркетинг виконує ряд функцій, доречний його поділ на *стратегічний та оперативний (тактичний)* маркетинг.

До функцій стратегічного маркетингу відносяться: дослідження ринку в цілому або його окремих сегментів; формування вимог до страхових продуктів, виходячи з потреб ринку; інформаційна та рекламна підтримка процесу просування страхових продуктів; вибір активізації реалізації; оцінка ефективності маркетингових заходів. З цією метою доцільно створювати відповідний самостійний підрозділ.

Підрозділ, який здійснює оперативний маркетинг може функціонувати в рамках системи реалізації страхових продуктів. Основною функцією оперативного маркетингу є практична реалізація розробок стратегічного маркетингу у місцях реалізації шляхом забезпечення рекламних заходів та активізації споживчої поведінки потенційних страхувальників. До інших його функцій відноситься: аналіз мікрооточення страхової компанії з метою аналізу внутрішньої структури в контексті адаптації до ринкових умов; оптимізація організаційної структури компанії та окремих бізнес-процесів; становлення та підтримка корпоративної культури.

З метою дослідження рівнів ієрархій структури маркетингового середовища маркетингові служби страхової компанії вирішують певні завдання:

Макрооточення

Завдання – розробка прогнозу розвитку макросередовища на основі аналізу, оцінювання та прогнозування розвитку таких аспектів:

Демографічний аспект. Прогнозування основних демографічних тенденцій, які представляють можливості та погрози для страхової компанії. Це має суттєве значення для прогнозування розвитку особистого страхування населення. Старіння нації – чи не головна проблема страхової компанії, яка здійснює страхування життя, адже збільшення кількості пенсіонерів при зменшенні кількості працюючих веде до збільшення навантаження на страхові виплати без надходження додаткових платежів.

Економічний аспект. Прогнозування впливу на страхову компанію майбутніх тенденцій зміни доходів, цін, заощаджень та умов кредитування. Вивчення економіки дає змогу вивчити процес формування та розподілу ресурсів. Воно передбачає аналіз таких характеристик, як валовий внутрішній продукт (ВВП), темп інфляції, рівень безробіття, норми оподаткування, стан платіжного балансу, загальний рівень економічного розвитку, природні ресурси, клімат, тип і рівень розвитку конкурентних відносин, структура населення і т. д. Суттєве значення для оцінки прогнозування страхового ринку має динаміка монетарних показників, таких як грошова база. Темпи зростання монетарних показників, з одного боку, суттєво впливають на збільшення доходів юридичних та фізичних осіб, а з іншого – призводять до прискорення темпів інфляції.

Екологічний аспект. Прогнозування зміни вартості та доступності природних ресурсів і енергії. Природні ресурси завжди мають обмежений рівень запасів, що впливає на глобальні зміни в економіці країни в цілому в довготривалому інтервалі часу.

Технологічний аспект. Прогнозування змін в науково-технічній сфері (фундаментальні дослідження, прикладні дослідження, дослідно- конструкторські дослідження та впровадження нових технологій і техніки).

Прискорення технологічного розвитку стимулює розвиток виробництва в цілому, але при цьому виникає проблема зниження рентабельності виробництва, оскільки впровадження нових технологій потребує додаткових матеріальних та фінансових витрат.

Політичний аспект. Прогнозування розвитку законодавства та впливу законів, що пропонуються до прийняття, на стратегію компанії. Вивчення політичної складової дає уявлення про наміри держави щодо розвитку суспільства та про засоби, за допомогою яких вона передбачає проводити свою політику. Від політичної стабільності залежить становище багатьох суб'єктів господарської діяльності. Для страхової компанії, яка працює в умовах фінансового ринку, політичні ризики мають суттєве значення. Погіршення

політичного становища (непрозорі вибори, страйки, конфлікти і т. ін.) вкрай негативно впливає на страховий бізнес, оскільки цей вид діяльності орієнтований на цивілізований ринок і не може існувати в умовах політичного хаосу.

Культурний аспект. Прогнозування змін у стилі життя страхувальників, котрі матимуть вплив на зміну ставлення населення до діяльності та послуг компанії. При аналізі соціальної компоненти макрооточення розглядається вплив на бізнес таких соціальних явищ і процесів, як ставлення людей до праці та якості життя, традиції, духовні цінності, рівень освіти, мобільність людей, менталітет.

Безпосереднє оточення

Завдання – оцінка стану та розробка прогнозу розвитку компонентів системи безпосереднього оточення:

Ринки. Стан та тенденції розвитку ринку страхування, темпи його зростання, географічного розподілу, сегментації та прибутковості. Доцільно проаналізувати взаємозв'язок страхового ринку з іншими ринками; виявити фактори, що впливають на динаміку ринку страхових послуг.

Споживачі. Як страхувальники оцінюють якість полісу, обслуговування та ціни, що пропонуються страховою компанією? Яким чином вони приймають рішення про придбання полісу? Вивчення покупців (клієнтів страхової компанії), тобто вивчення попиту є важливою задачею аналізу безпосереднього оточення. Попит стає більш вимогливим і стимулює створення нових продуктів. Чим більше диверсифікований пакет послуг представляє страхова компанія і чим унікальніші ці послуги з точки зору якості або ціни, тим сильніше клієнт залежить від цієї компанії, тим вагомніше місце на ринку вона

займає. Окремо аналізуються традиційні послуги та унікальні страхові послуги.

Постачальники. Аналіз постачальників дає змогу страховій компанії надавати послуги найвищої якості з найнижчими витратами, забезпечити найбільш ефективний розподіл цих ресурсів. Постачальниками послуг для страхових компаній виступають посередники на страховому ринку (страхові брокери, агенти і т. д.), а також структури, які надають послуги із розміщення фінансових ресурсів (банки, торговці цінними паперами, зберігачі цінних паперів і т. ін.). Окремо аналізуються послуги асистанських, юридичних, експертних та інших компаній, які забезпечують функціонування страхової компанії і обслуговування клієнтів компанії.

Конкуренти. Хто основні конкуренти? Які в них стратегії, частки ринку, сильні та слабкі сторони? Вивчення конкурентів направлене на те, щоб виявити їх слабкі та сильні сторони і на цій основі побудувати стратегію конкурентної боротьби. Для страхової компанії, яка здійснює страхування життя, конкурентами, крім страхових компаній є і недержавні пенсійні фонди та банки, які мають право надавати аналогічні послуги із довгострокового накопичення коштів фізичних осіб.

Канали збуту. Стан і тенденції зміни ефективності основних каналів збуту. Оцінка витрат та ефективності використання різних каналів збуту: через представництва, через страхових брокерів, через інших посередників. Важливо визначити найбільш оптимальні канали збуту і розглянути фактори, що впливають на збільшення обсягів страхування.

Перестраховики. Які тенденції мають вплив на перестраховиків? Які перспективи доступності ресурсів для перестраховування? Важливим завданням є оцінка надійності перестраховиків, а також практики відшкодування ними страхових збитків іншим страховим компаніям. На українському страховому ринку існує неофіційна межа доцільності відшкодування страхових виплат перестраховальника. Ця межа відрізняється в залежності від перестраховика, тому необхідно відслідковувати рівні їх страхових виплат.

Контактні аудиторії. Які контактні аудиторії викликають проблеми або надають можливості для розвитку страхових послуг? Як слід поводитися компанії по відношенню до цих груп? Для страхової компанії контактними аудиторіями є юридичні та фізичні особи. Кожна з цих аудиторій має свої особисті ознаки. При цьому аудиторії сегментуються на менші сектори, які охоплюють різні окремі аудиторні групи споживачів страхових послуг.

Робоча сила. Аналіз ринку робочої сили спрямований на те, щоб виявити його потенційні можливості в забезпеченні страхової компанії необхідними для вирішення поставлених завдань кадрами. Оцінити перспективи залучення нових кадрів для впровадження нових страхових проєктів. Кадрова політика охоплює такі процеси, як залучення, навчання та просування кадрів, оцінка результатів праці і стимулювання, взаємодія менеджерів і підлеглих, створення та підтримка взаємовідносин між робітниками.

Аналіз прибутковості. Наскільки прибуткові різні страхові портфелі, ринки, території та канали збуту компанії? Чи слід компанії виходити на якісь інші сегменти страхового бізнесу? Якими будуть наслідки? Важливо оцінити рівень прибутковості страхової компанії по відношенню до інших страхових компаній в статичній та динамічній.

Мікрооточення

Завдання – розробка маркетингової політики; здійснення впливу на дії пов'язані із взаємодією страхувальників та всіх підрозділів страхової компанії; аналіз, оцінювання та прогнозування таких завдань:

- виявлення ступеню орієнтованості цілей страхової компанії на ринку та розробка пропозицій щодо їх коригування;
- формування завдань маркетингу, які відповідають можливостям та ресурсам страхової компанії на сучасному етапі та перспективі розвитку страхового ринку;
- розробка маркетингової компоненти стратегії страхової компанії для досягнення поставлених цілей при виконанні довгострокових планів;
- оцінка достатності ресурсів страхової компанії для різних сегментів ринку, страхових портфелів, територій та інших елементів маркетингового комплексу;
- аналіз витрат страхової компанії та оцінка факторів, що впливають на динаміку витрат;
- оптимізація організаційної структури страхової компанії з метою визначення необхідної кількості працівників відповідно до фінансового потенціалу компанії;
- забезпечення взаємодії співробітників служби маркетингу з іншими підрозділами в аспекті реалізації маркетингової політики страхової компанії;
- оцінка функціонування страхової компанії у її внутрішньому середовищі;
- планування маркетингових заходів, їх здійснення, контроль та корегування .

Маркетинг допомагає в розробці стратегічних та тактичних планів страхової компанії. Правильна організація маркетингової служби може забезпечити своєчасне надходження необхідної та достовірної інформації, яка дасть можливість страховій компанії ефективно здійснювати страхування, зменшити збитки, залучати нових клієнтів та впроваджувати нові страхові послуги. Неефективна організація маркетингової служби – це прямий шлях доперетворення цієї служби в безглуздий тягар у роботі страхової компанії.

Тема 8. Управління ризиками страхової діяльності

План

- 8.1. Визначення поняття ризик-менеджменту страхової діяльності, його мета і зміст
- 8.2. Особливості ідентифікації й оцінювання ризиків страхової діяльності
- 8.3. Управління ризиками і особливості основних етапів його застосування

Рекомендована література: [1-19]

Основні терміни і поняття: ризик, страхова подія, функції ризику, критерії ризиків, імовірність, класифікація ризиків, оцінювання ризиків, управління ризиками

8.1. Визначення поняття ризик-менеджменту страхової діяльності, його мета і зміст

Ризик є складовою страхової діяльності, оскільки для неї, як і для будь-якої фінансово-економічної діяльності, характерним є високий рівень залежності прийняття управлінських рішень від впливу значної кількості факторів та дій контрагентів, котрі важко передбачити з необхідною точністю. Саме з невизначеністю, або з імовірнісними процесами, зумовленими важкістю точного передбачення перебігу подій у майбутньому, як правило, пов'язується виникнення ризику [6].

Ризик став об'єктивною передумовою виникнення страхової справи. Діяльність страхових компаній багато в чому пов'язана і залежить від ризиків.

Страхові організації, як і інші суб'єкти господарювання, реалізують свою діяльність у ризиковому середовищі. Але, на відміну від інших суб'єктів господарювання, вони мають подвійне навантаження з точки зору прояву ризиків. Оскільки окрім ризиків, які впливають на діяльність будь-якого суб'єкта господарювання, страхові організації акумулюють додаткові ризики інших суб'єктів господарювання в силу специфіки своєї діяльності [8].

Загальновідомо, що ризики утворюються в результаті відхилень дійсних даних від оцінки сьогоденного стану і майбутнього розвитку. Ці відхилення можуть бути як позитивними, так і негативними. У першому випадку йдеться про шанси отримати додаткові прибутки, в другому - про ризик мати збитки.

Згідно із сучасною концепцією *ризик* - це не тільки вартісне вираження ймовірності події, яка призводить до витрат або недоотримання доходів порівняно з планом, прогнозом, проектом, програмою, а й можливість відхилення від цілей, заради яких приймалося рішення. Тобто сучасний ризик визначається не стільки збитками, скільки відсутністю сподіваних позитивних результатів.

Ризик породжується невизначеністю і конфліктністю, які існують незалежно від того, усвідомлюємо ми їх чи ні, враховують його особи, які приймають рішення, чи ні..

Загальновідома пряма залежність між такими категоріями, як «ризик» і «дохід (прибуток)» і протилежна до них -«ліквідність»:

↑ризик ↑прибутковість ↓ліквідність.

Тобто, чим більше ризики, тим більше шансів отримати прибуток і залишитись без ліквідних коштів. *Рівень ризику збільшується якщо:*

- проблеми виникають раптово;
 - визначено нові завдання, які не відповідають минулому досвіду страхової компанії;
 - керівництво не в змозі прийняти необхідні і термінові заходи, що може призвести до фінансового збитку (погіршення можливостей одержання необхідного і/чи додаткового прибутку);
 - існуючий порядок діяльності компанії або недосконалість законодавства заважає прийняттю певних оптимальних для конкретної ситуації заходів.

Цілеспрямовані дії з обмеження або мінімізації ризику в системі економічних відносин називають *управлінням ризиком або ризик-менеджментом*.

Ризик-менеджмент на практиці являє собою сукупність аналітичних, організаційних, фінансових заходів, що мають комплексний послідовний характер, спрямований на зменшення або запобігання негативних наслідків настання ризиків .

Впровадження в практичну діяльність страхових компаній ефективної системи ризик-менеджменту підвищує фінансову надійність та стійкість як окремого страховика, так і страхового ринку в цілому. В той же час, поширення сучасних методів управління ризиками в страховій діяльності зможе сприяти наближенню вітчизняного страхування до світових стандартів.

Відповідно до сучасної концепції управління ризиками ризик-менеджмент можна розглядати як систему чи як процес.

Як *система управління* ризик-менеджмент включає в себе: об'єкти управління - керовану підсистему; суб'єкти управління - керівну підсистему.

Суб'єкт управління - це спеціальна група людей, що здійснює цілеспрямоване функціонування об'єкту управління, використовуючи різні прийоми і способи управлінського впливу.

Об'єкт управління - це безпосередньо ризик, ризиковані вкладення капіталу і економічні відносини між суб'єктами у процесі підприємницької діяльності.

Управління ризиком полягає у процесі впливу суб'єкта на об'єкт управління і може здійснюватися за умови циркулювання певної інформації між керівною і керованою підсистемами.

Як на об'єкт, так і на суб'єкт системи управління господарськими ризиками покладено виконання конкретних функцій.

Функціями керівної підсистеми є:

- вирішення питань, пов'язаних з ризиком, ризиковими вкладеннями капіталу;
- організація робіт зі зниження ступеня ризику;
- організація економічних відносин і зв'язків між суб'єктами господарювання.

Функції керованої підсистеми полягають у:

- прогнозуванні (розробці на перспективу змін фінансово-економічного стану об'єкта та його частин);
- організації (об'єднання людей, що займаються управлінням ризиками, на основі певних правил та процедур: створення органів управління, побудова структури апарату управління, розробка норм та нормативів);
- регулюванні (впливі на об'єкт управління, за допомогою якого досягається ситуація стійкості цього об'єкта у випадку виникнення відхилень від заданих параметрів);
- координації (узгодженості роботи всіх ланок системи управління ризиком, апарата управління та спеціалістів);
- стимулюванні (спонуканні спеціалістів до зацікавленості в управлінні ризиками);
- контролі (перевірці організації роботи з регулювання рівня ризику) [4, с. 398].

Управління ризиками базується на певних принципах, до основних з яких відносять:

Принцип створення внутрішнього корпоративного середовища, сприятливого для ефективного управління ризиками передбачає, що Правління компанії мусить періодично переглядати концепції та політику з управління ризиками. Перш ніж упроваджувати новий продукт або розпочинати новий вид діяльності необхідно розробити адекватні процедури ризик-менеджменту і внутрішнього контролю.

Принцип діяльності із суворим дотриманням прийнятих політик з управління ризиками, відповідних методик і процедур базується на тім, що надання будь-якої послуги має узгоджуватися з наявними політиками з управління ризиками й відповідати встановленим лімітам та обмеженням.

Принцип наявності відповідних систем адміністрування страхових послуг, оцінювання й моніторингу передбачає, що компанії необхідно розробити та впровадити систему поточного адміністрування своїх послуг, пов'язаних із певним ризиком, зокрема, в страховій компанії повинні бути впроваджені інформаційні системи й аналітичні засоби, що дають змогу адекватно оцінювати впливи різних видів ризиків на діяльність банку.

Принцип забезпечення адекватного внутрішнього контролю за ризиками передбачає, що страховик має вдосконалити систему незалежного поточного оцінювання дотримання наявних політик з управління ризиками; компанії необхідно впровадити систему внутрішнього контролю з метою обмеження рівня ризиків відповідно до пруденційних стандартів і внутрішніх положень, політик і процедур.

Процес управління ризиками передбачає дотримання таких основних принципів:

- принцип участі полягає в обов'язковому залученні в процес управління ризиками керівників підрозділів, спеціалістів, а також фінансових служб;

- принцип безперервності полягає в тому, що процес управління ризиками здійснюється поетапно (попереднє оцінювання, моніторинг, контроль) і не повинен перериватися, тому що постійно змінюється стан компанії та її клієнтів і контрагентів, відбуваються цінові зміни на фінансових ринках. У зв'язку з цим має постійно відбуватись процес оцінювання та моніторингу рівня можливих ризиків, пов'язаних із вищезгаданими й іншими обставинами, і їх впливу на очікувані результати діяльності компанії;

- принцип обмеженості зумовлений тією обставиною, що оцінювання ризиків проводиться в умовах невизначеності й динамічності фінансових ринків, а також прийняття під час оцінювання ризиків певних допущень, пов'язаних з імовірнісним характером ризику.

В ідеалі для функціонування ризик-менеджменту повинен існувати орган управління ризиками з певними функціональними обов'язками та необхідними матеріальними, фінансовими, трудовими, інформаційними ресурсами.

В страховій компанії має бути створено спеціальний підрозділ - відділ (або) відділення управління ризиками на чолі з ризик-менеджером (у відділеннях обов'язки ризик-менеджера може виконувати фінансовий менеджер).

Головною метою системи управління ризиками є забезпечення успішного функціонування фірми в умовах ризику і невизначеності

Це означає, що навіть у випадку виникнення економічного збитку, реалізація заходів для управління ризиком повинна забезпечити фірмі можливість продовження операцій, їхньої стабільності і стійкості відповідних грошових потоків, підтримки прибутковості і росту фірми, а також досягнення інших цілей.

Крім головної мети, система управління ризиком має низку додаткових цілей. Насамперед, до них можна віднести наступні:

- забезпечення ефективності операцій. Досягнення цієї мети означає одержання економії на витратах з обліком можливого випадкового збитку, тобто припускає збільшення витрат на проведення заходів щодо управління ризиком з метою визначеного захисту від занадто великих втрат, хоча і виникаючих з невеликою вірогідністю;

- встановлення придатного рівня невизначеності по відношенню до виникнення можливого збитку. Дана мета припускає зниження ризику до прийнятного рівня, якщо від нього не можна позбутися цілком;

- законність дій. Це дуже важлива мета, тому що незаконні дії, можливо, захищаючи від одних ризиків, будуть провокувати виникнення інших, і такий підхід буде суперечити головній цілі системи управління ризиком;

- інші цілі. Склад і зміст подібних цілей залежить від специфіки бізнесу і заходів щодо управління ризиками.

Таким чином, у залежності від специфіки ризиків і заходів для управління ними, виникає визначена ієрархія цілей системи керування ризиками.

Основним в ризик-менеджменті є не питання про недопущення ризику в його негативному вигляді, а розробка і впровадження таких методів управління ризиками, які зможуть призвести до додаткових грошових надходжень.

Специфікою ризик-менеджменту в страховій організації є необхідність управляти окрім власних ризиків ще й ризиками, які приймаються за договорами страхування, тобто страховими ризиками.

Використання ризик-менеджменту в страхуванні включає три основні позиції:

1) виявлення наслідків діяльності страхової компанії у ситуації ризику;

2) уміння реагувати на можливі негативні наслідки діяльності;

3) розробка і здійснення заходів, за допомогою яких можуть бути нейтралізовані або компенсовані імовірні негативні наслідки подій та попередження настання ризику.

Виходячи із джерел виникнення ризиків, логічним є поділ процесів ризик-менеджменту страхової компанії на 2 напрями :

1) управління ризиками клієнтів - на даному напрямку важливо дотримуватись наступних вимог:

- адекватності величини страхового тарифу;
- відповідальності за вірний розрахунок величини страхового тарифу цілком покладається на актуарне управління і тарифний комітет;
- уважності, об'єктивності, неупередженості при укладанні договорів страхування - такі вимоги повинні пред'являтися до страхових агентів компанії;
- виваженості перестраховальної політики компанії.

Передача ризику є одним з найбільш ефективних практичних методів з управління ризиками, тому своєчасні і зважені рішення при перестрахованні можуть значною мірою допомогти забезпечити високу надійність і стабільність компанії.

2) управління власними ризиками - даний напрямок діяльності вимагає участі всіх без винятку служб і підрозділів страхової компанії.

8.2. Особливості ідентифікації й оцінювання ризиків страхової діяльності

Згідно із статтею 8 Закону України «Про страхування» *страховий ризик* - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Розроблені певні критерії, що дозволяють відносити ризики до страхових:

1. Ризик, що включається в обсяг відповідальності страховика має бути відшкодований.
2. Ризик має носити випадковий характер.
3. Ймовірність настання даного ризику слід співвідносити з масою однорідних ризиків.
4. Настання страхового випадку, яке виражається в реалізації ризику не має бути пов'язано із волевиявленням, спекуляціями страхувальника або інших зацікавлених осіб, тобто не можна приймати на страхування ризики, що пов'язані з наміром страхувальника (спекулятивні ризики).
5. Факт настання страхового випадку невідомий у часі та у просторі.
6. Страхова подія не повинна мати розмірів катастрофічного лиха, тобто не повинна охоплювати велику масу однорідних об'єктів у рамках величезної страхової сукупності, спричинюючи масові збитки.
7. Наслідки реалізації ризику мають бути такими, що об'єктивно вимірюються та оцінюються.

Ризики, з якими мають справу страхові організації, можна поділити на дві групи:

- 1 - ризики, прийняті на страхування (в науковій літературі виокремлюються в окремий вид ризиків - страхові ризики);
- 2 - ризики, пов'язані безпосередньо з діяльністю страхової організації, тобто її власні (індивідуальні) ризики .

До групи загальних ризиків діяльності страхової організації належать: ринковий ризик, інвестиційний ризик, операційний ризик, інформаційний ризик, системні (об'єктивні) ризики або ризики зміни обставин.

Ринковий ризик - це можливість втрат, пов'язаних із несприятливим розвитком фінансових ринків, має макроекономічну природу, тобто джерелами ринкових ризиків є макроекономічні показники фінансової системи: індекс ринків, рівні відсоткових ставок та інші.

Структурно він може складатися з наступних видів, які аналізуються та оцінюються як окремо, так і в цілому за групою ризиків:

- *ризик процентної ставки* - ризик, пов'язаний із чутливістю вартості активів та зобов'язань страховика до коливання вартості позикових коштів;

- *валютний ризик* - ризик, пов'язаний із чутливістю вартості активів та зобов'язань страховика до коливання курсів обміну валют;

- *ризик спреду* - ризик, пов'язаний із чутливістю активів та зобов'язань страховика до коливання різниці в доходності між облігаціями підприємств та державних облігацій України з тим самим (або близьким) терміном до погашення;

- *ризик ринку нерухомості* - ризик, пов'язаний із чутливістю вартості активів та зобов'язань страховика до коливання ринкових цін на нерухомість;

- *ризик ринкової концентрації* - ризик, пов'язаний із недостатньою диверсифікованою портфеля активів або у зв'язку зі значним впливом одного або кількох емітентів цінних паперів на стан активів.

Інвестиційний ризик - ризик, пов'язаний із чутливістю вартості активів, зобов'язань та фінансових інструментів страховика до коливання ринкових цін на інвестиційні ресурси. Окрім того, інвестиційний ризик може виявлятися в зміні рівня очікуваної доходності від фінансових інвестицій.

Операційний ризик - ризик фінансових втрат страховика, що виникає через недоліки управління, процесів оброблення інформації, контролюваності, безперервності роботи, надійності технологій, а також помилки та несанкціоновані дії персоналу. Структурно він може складатися з наступних видів, які аналізуються та оцінюються як окремо, так і в цілому за групою ризиків: ризик персоналу, ризик процесу, ризик технологій, ризики фізичного втручання, ризик витрат, юридичний ризик, ризик моделювання, майновий ризик.

В цілому вплив цих ризиків, а також інших загальних ризиків на діяльність страхової організації суттєво не відрізняється від проявів в діяльності інших суб'єктів господарювання, але може мати свій специфічний акцент. Наприклад, юридичний ризик виявляється в незапланованих витратах в результаті дій судової системи: додаткові платежі страхувальникам, неможливість отримання виплати від перестраховальника і інше. Такі витрати відсутні у інших суб'єктів господарювання.

Згідно з Розпорядженням Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг від 04.02.2014 р. за № 295 при здійсненні управління ризиками страховик повинен систематизувати ризики за такою класифікацією:

- андеррайтинговий ризик,
- ринковий ризик, що включає ризик інвестицій в акції, ризик процентної ставки, валютний ризик, ризик спреду, майновий ризик, ризик ринкової концентрації;
- ризик дефолту контрагента
- операційний ризик;
- ризик учасника фінансової групи.

Суто специфічні ризики, які на практиці пов'язані з особливостями діяльності страхових організацій наведено далі.

Андеррайтинговий ризик структурно виділяється окремо для страховика, який здійснює види страхування інші, ніж страхування життя та для страховика, який здійснює страхування життя.

Для страховика, який здійснює види страхування інші, ніж страхування життя, андеррайтинговий ризик включає:

- ризик недостатності страхових премій і резервів, тобто ризик, викликаний коливаннями частоти, середніх розмірів та розподілу збитків при настанні страхових випадків;
- катастрофічний ризик - ризик, викликаний неточністю прогнозів настання надзвичайних подій та оцінок їх наслідків.
- Для страховика, який здійснює страхування життя, андеррайтинговий ризик включає такі ризики:

- *ризик збільшення рівня смертності* - ризик, викликаний коливанням показників смертності, у разі, якщо зростання показників смертності призводить до зростання вартості зобов'язань страховика;

- *ризик збільшення тривалості життя* - ризик, викликаний коливанням показників смертності, у разі, якщо спадання показників смертності призводить до зростання вартості зобов'язань страховика;

- *ризик непрацездатності та шкоди здоров'ю* - ризик, викликаний коливанням показників тимчасової втрати працездатності, встановлення інвалідності або отримання травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів здоров'я;

- *ризик збільшення витрат на ведення справи* - ризик, викликаний зростанням видатків, пов'язаних з обслуговуванням договорів страхування та перестрахування;

- *ризик зміни розміру ануїтетів* - ризик, викликаний коливаннями розміру ануїтетів у зв'язку зі змінами законодавства або змінами станів здоров'я застрахованих осіб;

- *ризик передчасного припинення дії договорів* - ризик, викликаний коливаннями співвідношення кількості достроково припинених договорів страхування до загальної кількості укладених договорів;

- *катастрофічний ризик* - ризик, викликаний неточністю прогнозів настання надзвичайних подій та оцінок їх наслідків.

- Для страховика, який здійснює медичне страхування (безперервне страхування здоров'я), андеррайтинговий ризик також включає ризик страхування здоров'я - ризик, викликаний змінами витрат, понесених у зв'язку з обслуговуванням договорів із зазначеного виду страхування, коливаннями частоти і ступеня тяжкості страхових випадків, неточністю оцінок та прогнозів щодо спалаху епідемії.

- *Ризик учасника фінансової групи* - ризик негативного впливу на фінансовий стан страховика-учасника фінансової групи, викликаний погіршенням фінансового стану іншого учасника групи, до складу якої входить страховик.

- *Ризик випадкових відхилень* - відхилення кількості та розмірів збитків, що фактично відбулися від значень, що очікувались, зумовлене випадковим характером цих величин. До таких ризиків відноситься: ризик кумуляції - коли одна подія призводить одразу до значної кількості збитків; ризик виникнення ланцюгової реакції - одна подія тягне за собою цілий ряд страхових випадків або збитків (ризики зараження інфекційними хворобами, поширення пожеж); ризики природних катастроф або катастрофічні ризики.

- *Ризик дефолту контрагента* - ризик неспроможності контрагента (перестраховика, боржника та будь-якого дебітора) виконати взяті на себе будь-які договірні зобов'язання перед страховиком.

- Додатково потребують пояснення ризики сфери перестрахування.

- *Ризик перестрахування* - застосування невідповідної стратегії перестрахування або неадекватне впровадження обраної стратегії, включаючи ризики неправильної оцінки кредитоспроможності контрагентів з перестрахування, неправильної оцінки параметрів страхового продукту та якості андеррайтингу або нерозуміння характеристик продуктів перестрахування, що призводить до вибору неправильного та/або недостатнього перестрахового покриття.

- *Кредитний ризик* - можливість втрат у результаті невиконання страховиком дебіторської заборгованості від третіх осіб, зокрема брокерів, перестраховиків. До кредитного ризику зокрема відносять: прямий ризик дефолту, ризик зниження рівня рейтингової оцінки контрагента («міграційний ризик»), непрямий кредитний ризик («физик спреду»), ризик розрахунків (їх затримки), ризик контрагента (зміни вартості послуг, умовних активів та зобов'язань), ризик концентрації, ризик неправильної оцінки (даних, моделі).

Основною складовою процесу управління ризиком страхової компанії є оцінка ризику, удосконалення якої дозволить підвищити конкурентоспроможність страховика.

Методичні підходи до вимірювання ризиків охоплюють *три види ймовірності*:

- 1) ймовірність математична;
- 2) ймовірність статистична;
- 3) ймовірність експертна.

Математична ймовірність є найбільш точною і найбільш складною в розрахунках. Визначається вона відношенням кількості ситуацій, при яких випадок настав до кількості ситуацій, при яких можлива поява такого випадку за умови, що всі випадки є взаємонезалежними і можуть настати з однаковою ймовірністю.

Статистична ймовірність є менш точною, базується на законі великих чисел і найбільш часто використовується в економічних розрахунках. Визначається як відношення кількості випадків певного виду до загальної кількості подібних випадків.

Експертна ймовірність базується на особистих відчуттях, знаннях та практичному досвіді.

Усі ризики до моменту укладання страхового договору мають бути оцінені страховою компанією.

Оцінка ризику в страхових компаніях називається *андерайтингом* і полягає у вартісному та натурально-речовинному аналізі ризикових обставин, що характеризують параметри ризику. У результаті оцінки ризику андерайтер визначає вартість об'єкту для цілей страхування та здійснює оцінку ступеня ризику за договором страхування з метою визначення розміру страхового тарифу.

Згідно зі стандартом ISO IEC/FDIS 31010, оцінка ризику є загальним процесом, який передбачає ідентифікацію, аналіз та оцінювання ризику.

Процес ідентифікації ризиків представляє собою систематичне виявлення та вивчення ризиків, які характерні для конкретного виду діяльності. Для цього необхідне вивчення всіх компонентів і факторів, що супроводжують ці ризики, зокрема: небезпек, які можуть призвести до несприятливого результату; ресурсів підприємства, які можуть постраждати від ризиків; факторів, що збільшують або зменшують ймовірність реалізації ризиків; збитків, у яких виражається вплив ризику на ресурси.

Не зважаючи на інформацію, надану страхувальником, представник страховика має ознайомитися або оглянути об'єкт страхування, оскільки інформація, надана страхувальником, у більшості випадків буває не точною та не повною. Необхідну інформацію можна отримати різними шляхами, включаючи їх комбінації. Це фізичний огляд, схеми послідовності технологічних та інших процесів, вивчення документів, співбесіда з ключовим персоналом.

Фізичний огляд передбачає безпосередній огляд приміщень і спостереження за процесами, що відбуваються на об'єкті. Це дозволяє визначатися наскільки безпечним є приміщення і наскільки дані процеси можуть вплинути на майно та здоров'я третіх осіб. Також необхідно звернути увагу на робочі процеси, які відбуваються на даному об'єкті. Схеми послідовності технологічних та інших процесів дозволяють виявити, хто і як може на них вплинути. Застосовуються такі засоби: аналіз організаційної схеми підприємства, аналіз схем технологічних потоків, аналіз взаємодії структурних одиниць підприємства методом «вхід-вихід» тощо. Насамперед, це стосується залежності цих процесів від постачальників і клієнтів.

Вивчення документів передбачає аудит бухгалтерських та інших звітів, ознайомлення з договорами та контрактами з постачальниками, клієнтами, орендарями тощо. Співбесіда з персоналом дозволяє отримати оперативну інформацію про стан об'єкта страхування, про можливі небезпеки тощо.

Тобто процес ідентифікації повинен включати виявлення причин і джерела ризику подій, ситуацій або обставин, які можуть мати матеріальний вплив. Метою ідентифікації ризиків є передбачення страхової події, яка може вплинути на досягнення цілей страхової компанії, а саме отримання прибутку.

Після того як ризик ідентифікований, страхова компанія повинна визначити заходи управління, які включають конструктивні особливості, персонал, процеси та системи. У договорі страхової компанії зазначається перелік ризиків, на випадок яких здійснюється страховий захист.

Під час *процесу аналізу ризику* повинні надаватися дані для його оцінки та прийняття рішень, які стосуються необхідності його обробки, та найбільш придатних стратегій, методів обробки. При аналізі ризику визначають наслідки та їх ймовірності щодо виявлення подій ризику, беручи до уваги наявність чи відсутність і результативність будь-яких існуючих заходів управління. Після цього наслідки та їх ймовірності об'єднують для визначення рівня ризику.

Оцінювання ризику зводиться до визначення ступеня його ймовірності та розмірів потенційного збитку. Цей етап є досить складним, оскільки немає єдиної визначеної структурованої методики оцінювання ризиків. Ризики є дуже різноманітними за своїми характеристиками. Тому залежно від сфери діяльності, виробничого циклу, бізнес-процесів, конкретного підприємства можуть застосовуватися різні підходи та методи оцінювання.

В теорії управління ризиками виділяють 4 групи методів оцінювання ризиків.

Експертні методи дають змогу визначити рівень ризику в тому разі, коли відсутня необхідна інформація для здійснення розрахунків або порівняння, ґрунтуються на опитуванні кваліфікованих спеціалістів з наступною статистично-математичною обробкою результатів цього опитування.

Економіко-статистичні методи застосовуються лише за наявності достатньо великого обсягу статистичної інформації для отримання точної кількісної величини рівня ризику. Дані методи реалізуються шляхом розрахунку середньоквадратичного відхилення, стандартних відхилень, коефіцієнту варіації, R-коефіцієнту тощо.

Розрахунково-аналітичні методи призначені для розрахунків відносно точного кількісного вираження рівня ризику на основі внутрішньої інформаційної бази самого підприємства (переважно застосовуються при оцінці ризику неплатоспроможності і ризику зниження фінансової стійкості).

Аналогові методи передбачають застосування баз даних про ризик аналогічних проектів або угод. Вони змогу оцінити рівень ризику по окремих операціях на основі порівняння з аналогічними, вже багаторазово здійснюваними операціями. При цьому для порівняння використовують як власний, так і зовнішній досвід здійснення таких операцій.

Кожна група методів включає в себе ряд окремих методів. Вибір методу оцінювання ризиків повинен базуватися на порівнянні результатів оцінювання та зусиль, які потрібно прикласти для використання такого методу (складність розрахунків, необхідний обсяг інформації, кваліфікація персоналу тощо).

Оцінка ризиків в страхуванні здійснюється за допомогою актуарних розрахунків, в яких застосовуються математичні і статистичні методи.

Найбільш поширеними є метод індивідуальних оцінок, метод середніх величин і метод процентів.

Метод індивідуальних оцінок застосовується лише по відношенню до ризиків, які не можна співвіднести із середнім типом ризику. Страховик здійснює довільну оцінку, що відображає його професійний досвід та суб'єктивний погляд.

Для *методу середніх величин* застосовують розподіл ризикових груп на підгрупи. Таким чином створюється аналітична база для визначення розміру за ризиковими ознаками, такими як балансова вартість об'єкту страхування, виробничі потужності, вид виробничого циклу.

Метод процентів являє собою сукупність знижок та надбавок до наявної аналітичної бази, які залежать від можливих як позитивних, так і негативних відхилень від середнього ризикового типу. Знижки та надбавки, що використовуються, визначаються у відсотках від середнього ризикового типу.

Оцінювання ризику повинно включати порівняння кількісно оцінених рівнів ризику з їх критеріями, які визначені при встановленні контексту, з метою виявлення рівня ризику та його типу. Оцінювання ризику повинно ґрунтуватися на його розумінні, яке досягається шляхом його аналізу та служить для прийняття рішень щодо подальших дій. Найпростішою структурою визначення критеріїв ризику є окремий рівень, який виділяє ризику, які потрібно обробляти, від ризиків, які не потребують обробки. Дана структура хоча і забезпечує прості результати, але не враховує невизначеності, які виникають як при кількісній оцінці ризиків, так і при визначенні меж між тими ризиками, які вимагають обробки, і тими, які її не вимагають.

Моніторинг та аналіз оцінки ризику (див. рис. 7.6). Процес оцінки ризику повинен враховувати контекст та фактори, які змінюються з часом, а також можуть вплинути на оцінку ризику або зробити її недостовірною. Ці фактори повинні бути спеціально визначені для поточного моніторингу та аналізу, з тим, щоб при необхідності оцінку ризику можна було вдосконалити.

Варто визначати дані, моніторинг яких, з метою удосконалення оцінки ризику, необхідно проводити. Крім цього, варто проводити моніторинг результативності заходів управління і документувати його, з метою забезпечення даних для застосування в аналізі ризику. Також необхідно визначити зобов'язання по формуванню та аналізу свідчень і документації.

8.3. Управління ризиками і особливості основних етапів його застосування

Згідно з «Вимогами до організації функціонування системи управління ризиками у страховика» *управління ризиками* - процес, спрямований на виявлення, визначення, оцінку та врегулювання ризиків, а також контроль за дотриманням допустимих меж ризиків [14].

Страхування як один з найдавніших способів мінімізації ризику історично відігравало важливу роль в управлінні ризиком. Як спосіб управління ризиком страхування являє собою перенесення ризику суб'єкта страховика на платній основі в цілях подальшої розкладки його наслідків на всю страхову сукупність.

Управління ризиками - це процес, за допомогою якого страхова компанія виявляє (ідентифікує) ризики, проводить оцінку їх величини, здійснює їх моніторинг і контролює свої ризикові позиції, а також враховує взаємозв'язки між різними категоріями (видами) ризиків.

Система управління ризиками - сукупність прийомів, способів, методів, застосовуваних менеджерами компанії для забезпечення позитивного фінансового результату і для прогнозування ризикових подій з метою розробки заходів, спрямованих на запобігання або зниження негативних наслідків цих подій.

Управляти ризиком означає чинити дії, спрямовані на підтримання такого його рівня, що відповідає поставленим на даний момент цілям управління.

Процес управління ризиками має охоплювати всі види діяльності страховика, які впливають на параметри його ризиків та має бути безперервним процесом аналізу ситуації та оточення, в яких виникають ризики, і прийняття управлінських рішень щодо впливу на самі ризики та/або на рівень уразливості (експозиції) страхової компанії до таких ризиків.

Процес управління ризиками, як правило, не має на меті усунення ризику, а спрямований на забезпечення отримання страховиком відповідної винагороди за прийняття ризику.

Сигнали про можливість виникнення ризикової ситуації - погіршення фінансового стану контрагентів, виникнення несприятливих змін на фінансовому ринку.

Ознаки виникнення ризикової ситуації - прострочення окремих платежів за договором тощо.

Розвиток ризикової ситуації - несвоєчасна сплата, повне або часткове непогашення заборгованості за договором, виникнення негативних змін у фінансовому стані страховика.

Розв'язання ризикової ситуації - мінімізація негативних наслідків розвитку ризикової ситуації.

В теорії та практиці відомі три основні способи управління ризиками :

- - *поглинання ризику*, що застосовується для слабких ризиків або неможливості використання інших способів;
- - *уникнення ризиків*, що застосовується в мобільних економічних системах;
- *розподіл та передача ризику*.

Жодний з цих способів не забезпечує повного виключення ризику. Певна частина ризику залишається на власному утриманні суб'єкта. На практиці зазвичай застосовують різні комбінації всіх трьох способів в залежності від виду діяльності та роду небезпек. Проте основним і досить універсальним способом передачі ризику професійній організації є саме страхування.

У межах системи управління ризиками розглядаються такі фактори:

- культура ризик-менеджменту і контроль за ризиками є основоположним для того, щоб зрозуміти наскільки компанія може ефективно контролювати ті ризики, що вона має;
- контроль за знову виникаючими ризиками;
- моделювання ризиків;
- стратегічний ризик-менеджмент [21].

Управління ризиками у страхуванні відрізняється від управління ризиками в інших сферах бізнесу, що зумовлено специфічністю самого страхування.

Змістовна сторона поетапного управління ризиками у страхуванні полягає у наступному:

Підготовчий етап передбачає ідентифікацію, деталізацію виникнення і класифікацію ризиків, притаманних діяльності суб'єкта ризик-менеджменту. Суб'єктом може виступати держава, господарюючий суб'єкт (приватний підприємець або юридична особа), а також фізична особа. Під об'єктом ризик-менеджменту розуміють комплекс майнових інтересів, пов'язаних з діяльністю суб'єкта управління. Комплекс майнових інтересів може бути представлений активами та зобов'язаннями суб'єкта управління, фінансовими потоками та фінансовими результатами.

На другому етапі аналізу або оцінки ризиків головним завданням ризик-менеджменту є вивчення потенційних наслідків настання виявлених ризиків.

Ідентифікація та оцінка ризиків дає змогу скласти повну картину ризиків, з якими пов'язана діяльність суб'єкта ризик-менеджменту. На етапі аналізу ризику використовують різні методи кількісного та якісного аналізу наслідків ризику. Для цього застосовують математичні та статистичні моделі прояву ризику, оцінки імовірності та прогнози наслідків в результаті настання ризику.

Перші два етапи ризик-менеджменту дозволяють отримати необхідну інформацію для проведення третього етапу прийняття стратегічних рішень щодо методів управління ризиками.

Виділяють наступні *основні методи управління ризиками* (див. рис.7.10):

1. Уникнення та зниження ризику, який передбачає або повне уникнення діяльності, яка представляє потенційну небезпеку, або скорочення можливості втрати. Даний метод може включати:

- а) відмову від ризику шляхом припинення діяльності або володіння активами, що пов'язані з можливими збитками;
- б) диверсифікацію діяльності, активів та інших об'єктів, що підпадають під ризик;
- в) проведення превентивних заходів;
- г) диверсифікацію активів та хеджування ризиків.

2. Втримання ризику (прийняття ризику), що передбачає покриття потенційних збитків за рахунок власних коштів суб'єкта ризик-менеджменту. Прийняття ризику є ефективним для таких ризиків, які не становлять значної фінансової загрози. Але якщо не достатньо власних коштів для утримання ризику великих розмірів, то

необхідно намагатися залучити інші способи управління даним ризиком. Даний метод включає:

- а) створення цільових резервів та фондів;
- б) самострахування;
- в) кептивне страхування;
- г) участь у відповідальності за ризик (франшиза).

3. Передача ризику (страхування від ризику), яка передбачає, що на певних, заздалегідь встановлених умовах потенційні збитки будуть компенсовані третіми особами:

- а) страхування;
- б) кредит;
- в) інші методи, ніж страхування (хеджування, сек'юритизація).

Під час вибору необхідного методу управління ризиками треба дотримуватись наступних вимог:

- завжди передбачати наслідки ризику;
- не слід приймати ризик, розмір якого перевищує власний капітал;
- не слід ризикувати багатом заради малого;
- не слід вважати, що завжди існує лише один шлях вирішення проблеми (можливо є й інші);
- позитивні рішення слід приймати лише за відсутності сумнівів;
- за наявності сумнівів краще приймати негативне рішення.

Існують особливості у використанні кожного з вищезазначених методів управління ризиками у діяльності страхової компанії. Проте, якщо перші три методи загалом мають схожу сутність як для страхових компаній, так і для інших суб'єктів господарської діяльності, то застосування методу передачі ризиків в страховій сфері значно відрізняється і має специфічні ознаки. Це пов'язано з тим, що страховик сам виступає тим суб'єктом, який за визначену у договорі страхову премію бере на себе відповідальність відшкодувати збитки в разі настання страхового випадку.

На заключному, четвертому етапі ризик-менеджменту здійснюється моніторинг за ризиками. На цьому етапі забезпечується впровадження прийнятих рішень про методи управління в усі підрозділи та функції компанії. Моніторинг конкретних дій, пов'язаних з управлінням ризиками, контроль за вартістю таких дій надають можливість підготовки своєчасної інформації керівництву про результати та за необхідності внесення змін у прийняті рішення на базі практичного досвіду.

Найбільш ефективною і дієвою представляється система управління ризиками, що базується на наступних принципах:

- *багатовекторність при виявленні та оцінці* ризиків передбачає поділ зобов'язань, прав і відповідальності між різними структурно-організаційними підрозділами страхової компанії і процесі управління ризиками, а також розподіл ризиків за напрямками діяльності компанії, враховуючи формування внутрішньої системи комунікацій;

- *оперативність* - служить каталізатором проведених заходів на всіх етапах управління ризиками. Попереднє або своєчасне прийняття антикризових заходів дозволяє ефективно знизити або уникнути негативних наслідків;

- *об'єктивність* - всі рішення щодо оцінки та методів управління ризиками повинні прийматись зважено, обдумано, по можливості без впливу чинників суб'єктивного характеру;

- *комплексність* - доводить необхідність всебічної оцінки супутнього і стимулюючого факторів і протидіє характеру, який притаманний як самим ризикам, так і заходам на всіх етапах з їх управління;

- *загальна залученість* - спрямування на досягнення двох основних цілей: максимізації кількості каналів вхідних інформаційних потоків на етапі виявлення ризиків, а також створення «колективного» інтелекту, коли знання висококваліфікованих

співробітників різної спеціалізації за допомогою системи комунікації та координації можуть бути об'єднані в універсальну інформаційну базу, яка акумулює теоретичні знання та практичний досвід;

- *ситуативність прийняття рішень* з управління ризиками.

Відповідно до розділів II та IV «Вимог до організації функціонування системи управління ризиками у страховика» з метою уникнення і мінімізації ризиків, пом'якшення їх наслідків, зменшення вразливості до них страховик зобов'язаний запровадити систему управління ризиками, що включає *стратегію управління ризиками*, яка затверджується рішенням наглядової ради (у разі якщо наглядова рада не створена, рішенням виконавчого органу страховика) та містить [14]:

- 1) мету управління ризиками;
- 2) визначення основних принципів управління ризиками;
- 3) визначення ризиків у страховика з урахуванням класифікації ризиків відповідно до розділу III цих Вимог;
- 4) карту ризиків;
- 5) визначення допустимих меж ризиків;
- 6) опис процедур управління ризиками;
- 7) опис механізму виявлення та оцінки ризиків як систематичного процесу, що включає аналіз нових та переоцінку існуючих ризиків;
- 8) опис механізму забезпечення платоспроможності страховика відповідно до вимог законодавства та загальної величини ризиків у страховика;
- 9) опис розмежування функцій і відповідальності у процесі управління ризиками, визначення осіб, відповідальних за перегляд ефективності стратегії;
- 10) порядок взаємодії між виконавчим органом страховика, наглядовою радою та структурним підрозділом страховика (або призначеним працівником), що виконує функцію оцінки ризиків, у процесі управління ризиками.

Під *стратегією управління ризиком* розуміють напрям і спосіб використання засобів для досягнення поставленої мети, яка, в свою чергу, потребує нової стратегії.

Згідно з розділом V «Вимог до організації функціонування системи управління ризиками у страховика» реалізація управління ризиками здійснюється через органи управління компанією :

1. Виконавчий орган страховика є відповідальним за практичну реалізацію основних елементів стратегії управління ризиками і здійснює:

- розподіл функцій, обов'язків, повноважень та відповідальності за управління ризиками, що охоплює всі організаційні рівні і підрозділи страховика. Інформація щодо розподілу функцій, обов'язків, повноважень, відповідальності, підпорядкованості та підзвітності підрозділів має бути доведена до відома працівників страховика;

- забезпечення розробки та затвердження внутрішніх документів, якими регулюється політика щодо управління ризиками під час здійснення андеррайтингу, формування страхових резервів, управління активами та пасивами, інвестиційної діяльності, перестрахування;

- забезпечення постійної адекватності й ефективності внутрішніх документів шляхом внесення до них відповідних змін у відповідь на зміни зовнішніх або внутрішніх чинників;

- забезпечення розробки та затвердження внутрішніх положень та процедур щодо визначення кількісних характеристик ризику та здійснення періодичного перегляду (щонайменше один раз на рік) цих процедур та положень з метою їх актуалізації;

- створення окремого підрозділу з оцінки ризиків (або призначення працівника, відповідального за оцінку ризиків) та здійснення контролю за його роботою;

- забезпечення постійного підвищення кваліфікації працівників шляхом вивчення найкращого досвіду щодо управління ризиками;

- забезпечення дотримання вимог щодо платоспроможності з урахуванням рівня прийнятих ризиків.

2. Підрозділ страховика (або відповідальний працівник), що виконує функцію оцінки ризиків, повинен підпорядковуватися безпосередньо голові виконавчого органу та мати відповідні повноваження щодо доступу до інформації, необхідної для оцінки ризиків.

Підрозділ страховика (або призначений працівник), що виконує функції оцінки ризиків, є відповідальним за:

- виявлення, визначення, оцінки ризиків;
- збір необхідної інформації для здійснення оцінки ризиків та забезпечення безперервного контролю за ризиками;
- розробку та актуалізацію модулів ризиків;
- контроль за порушенням допустимих меж ризиків;
- проведення стрес-тестування;
- надання рекомендацій виконавчому органу страховика щодо врегулювання ризиків;
- надання звітів виконавчому органу щодо проведеної роботи, а також щодо розміру капіталу, необхідного для покриття неочікуваних збитків і збитків, пов'язаних із ризиками;
- надання пропозицій щодо заходів покращення ефективності СУР.

3. Структурний підрозділ страховика, що займається актуарними розрахунками, повинен сприяти ефективній реалізації стратегії управління ризиками щодо визначення кількісних характеристик ризиків.

4. Передання на договірній основі будь-яких операційних функцій або видів діяльності страховика до зовнішніх організацій (аутсорсинг) не повинно перешкоджати страховику дотримуватися цих Вимог та не повинно збільшувати операційний ризик.

У стратегії ризик-менеджменту застосовують такі правила [5, с. 115]:

1. *Правило максимуму виграшу* полягає у тому, що з можливих варіантів ризикових вкладень грошей обирається варіант, який дає найбільшу ефективність результату при мінімальному або прийнятному ризику.

2. *Правило оптимальної імовірності результату* полягає у тому, що з можливих рішень обирається таке, при якому імовірність результату прийнятна для інвестора.

3. *Правило оптимального коливання результату* у практиці застосування поєднується з правилом оптимальної імовірності результату.

Коливання показників виражається їх дисперсією, середнім квадратичним відхиленням. З можливих рішень обирається те, при якому імовірність виграшу та програшу для одного і того ж ризикового вкладення капіталу має невеликий розрив, тобто найменшу величину дисперсії, середнього квадратичного відхилення, варіації.

В економічних розрахунках встановлена така оцінка значення коефіцієнту варіації:

- до 10% - слабкі коливання;
- 10-25% - помірні коливання;
- понад 25% - високі коливання.

4. *Правило оптимального поєднання виграшу та величини ризику* полягає у тому, що менеджер оцінює очікувані величини виграшу та ризику, ухвалюючи рішення вкласти гроші у той проект, який дає змогу одержати очікуваний результат і одночасно уникнути великого ризику.

Тема 9. Управління перестраховальною діяльністю

План

9.1. Визначення й зміст перестрахування.

9.2. Законодавче регулювання перестраховальної діяльності

9.3.Управління пропорційним та непропорційним перестрахуванням.

9.4.Факультативне та облігаторне перестрахування.

Рекомендована література: [1-19]

Основні терміни і поняття: перестрахування, пропорційне, непропорційне перестрахування, облігаторне, факультативне перестрахування, цесій, ретроцесій

9.1.Визначення й зміст перестрахування

Як правило, страхова компанія має окремий підрозділ, який безпосередньо здійснює перестрахування. В невеликих компаніях функції перестрахування можуть покладатися на окремого працівника компанії. Згідно з вимогами Нацкомфінпослуг, фахівець, який здійснює операції з перестрахування, повинен пройти відповідне навчання та скласти кваліфікаційний іспит.

В процесі своєї діяльності підрозділ, який займається перестрахуванням, співпрацює з андерайтером з метою оцінки рівня ризику, який приймається на страхування і передається у перестрахування.

До функціональних обов'язків підрозділу перестрахування відноситься - контроль за розміром страхових сум, що приймаються на страхування;

- розрахунок розмірів страхових сум, які доцільно перестрахувати;
- проведення котирування страхових ризиків, що перестраховуються серед інших страхових компаній;

- пошук оптимального варіанту з перестрахування страхових ризиків з урахуванням розміру тарифу страховика та перестраховика;

- оформлення необхідних документів між учасниками процесу перестрахування.

При ефективній організації роботи підрозділу перестрахування страхова компанія має можливість отримувати додатковий дохід від проведення перестрахування. Адже тарифи, за якими укладаються договори страхування та перестрахування, відображають різний рівень цін, який скла дається на тому чи іншому ринку страхування, і забезпечують можливість отримувати дохід на їх різниці.

Кожна страхова компанія прагне створити стійкий стабілізований страховий портфель. Але жорстка конкуренція на страховому ринку не дає можливості для вільного відбору сприятливих ризиків, тому у портфелі страховика можуть опинитися ризики з дуже високою відповідальністю. У такій ситуації настання лише одного великого збитку може призвести до значних фінансових втрат компанії. Страховій компанії загрожують також великі збитки від масових дрібних ризиків, сконцентрованих на невеликій території (наприклад, коли йдеться про страхування будівель у сільській місцевості). І саме перестрахування дає змогу передбачити всі зазначені випадковості. Отже, потреба в ньому виникає за таких обставин.

- * Можливий збиток, пов'язаний з великим ризиком.

- * Можливий катастрофічний випадок, тобто кумуляція збитків у результаті однієї події.

- * Перевищується середня частота збитків.

Класичне визначення перестрахування було дано в законодавстві Великої Британії на початку XIX століття: перестрахування є новим страхуванням уже застрахованого ризику.

Визначення німецьких страховиків також лаконічне і точне: перестрахуванням визнається страхування ризиків, прийнятих страховиком.

У практиці вітчизняних страховиків використовується таке визначення: перестрахування – страхування одним страховиком (цедентом, перестрахувальником) 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 з законодавством країни, в якій він зареєстрований.

9.2. Законодавче регулювання перестраховальної діяльності

В договорі перестраховання беруть участь: страхове товариство, що передає ризик; страхове товариство, що приймає ризик на свою відповідальність; посередник (не обов'язково). Процес, пов'язаний з передаванням ризику, називають цедуванням ризику, або цесією. Страховика (перестраховальника), що віддає ризик, називають цедентом. Страховика (перестраховика), котрий ризик приймає, - цесіонарієм.

Страховик (цедент, перестраховальник), який уклав з перестраховиком договір про перестраховання, залишається відповідальним перед страхувальником у повному обсязі згідно з договором страхування.

При настанні страхового випадку перестраховик несе відповідальність згідно з узятими на себе зобов'язаннями з перестраховання. Відносини страховиків із перестраховання регулюються Договорами, що укладаються між ними.

Ризик, прийнятий перестраховиком від перестраховальника, може бути знову переданий у певній частині іншому перестраховику. Цей процес називають ретроцесією. Сторону, що передає непрямий ризик, називають ретроцедентом, а сторону, що бере на себе такий ризик, - ретроцесіонарієм.

У результаті перестраховання (цесії) та ретроцесії відбувається поділ ризиків, відповідальність розподіляється між багатьма страховиками як на внутрішньому, так і на зовнішньому ринку.



Рис.9.1.Цесія та ретроцесія

Оскільки у природі страхування і перестраховання є багато спільного то при проведенні перестраховальних операцій спираються на ті самі принципи, що й при страхуванні.

У разі купівлі в перестраховика захисту (гарантії від збитків) страховик передає йому частину ризику, а також і частину премії. Але за організацію прийому ризику на страхування страховик має право на отримання комісійної винагороди, або комісії з премії. Отже, комісія - це узгоджена частина понесених цедентом витрат з укладання договорів страхування.

Страховик (цедент) має також право на тантьему - відрахування з прибутку перестраховика, який він може отримати за результатами проходження договору перестраховання. Тантьєма виплачується щороку із суми чистого прибутку, який отримує

перестраховувальна компанія. Це форма заохочення перестраховиком перестраховальника щодо наданої участі в договорі перестрахування, сумлінності та обачного ведення справи.

Необхідність у перестрахуванні з кожным днем зростатиме через охоплення страхуванням дедалі більшої кількості великих специфічних ризиків, а також у зв'язку з приватизаційними процесами, що відбуваються в нашій країні.

Отже, роль перестрахування важко переоцінити.

За допомогою перестрахування страховик може захиститись від випадкових (спричинених непередбачуваними обставинами) відхилень розрахункової збитковості від її фактичного рівня в поточному році. Тому перестрахування 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 перестрахування, що дає йому можливість набувати потрібного досвіду безпечним для себе шляхом.

Перестрахування 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.

9.3. Управління пропорційним та непропорційним перестрахуванням

Існує безліч різних за формою перестраховувальних договорів. Немає стандартного, спільного для всіх страхових компаній договору. У кожному окремому випадку договори перестрахування мають свої певні особливості, різняться частками участі у договорі, ставками премії. Проте всі договори можна поділити на дві основні групи, що різняться системою розподілу ризиків між перестраховальником і перестраховиком. До них належать пропорційна і непропорційна форми проведення перестраховувальних операцій.

Пропорційна форма перестрахування передбачає часткову участь сторін у розподілі відповідальності. Відповідно до узгодженої частки участі в договорі між сторонами розподіляються страхові премії і збитки.

Сутність непропорційного перестрахування полягає в тому, що відшкодування, яке надається перестраховиком, визначається тільки розміром збитку і не залежить від страхової суми, а тому немає пропорційного розподілу відповідальності за окремим ризиком і оригінальною премією. Призначення непропорційного перестрахування - гарантувати відповідальність страховика за прийнятими ризиками щодо великого сукупного збитку за визначений період. Отже, у непропорційному перестрахуванні цедент сам оплачує збитки до певного розміру, а перевищення цього розміру оплачує перестраховик у межах ліміту відповідальності за договором.

9.4. Факультативне та облігаторне перестрахування

Передавання ризиків у перестрахування може відбуватися постійно або одноразово. Історія розвитку перестрахування свідчить, що першими були епізодичні передавання найбільш небезпечних ризиків.

Отже, за методом передавання ризиків у перестрахування і за оформленням правових відносин сторін перестраховувальні операції поділяються на такі:

- факультативні;
- облігаторні (договірні);
- факультативно-облігаторні і облігаторно-факультативні (змішані).

Факультативний метод перестрахування характеризується повною свободою сторін договору перестрахування. Перестраховувальник має право передавати ризики або

лишати їх на власній відповідальності, а перестраховик має право прийняти ризики чи відмовитися від них. При факультативному перестрахованні кожний ризик передається окремо. Головна особливість цього методу перестраховування полягає в можливості індивідуальної оцінки ризику.

Факультативне перестраховування в багатьох аспектах схоже на пряме страхування, зокрема в тому, що перестраховик, приймаючи ризик, дуже докладно його вивчає, знайомиться з практикою страхових операцій цедента. Таке докладне, ретельне вивчення партнера та його пропозицій має сенс, особливо якщо це одне з перших приймань від компанії-цедента. Проте вивчення інформації в такому обсязі потребує багато часу і чималих адміністративних витрат для обох сторін (перевірка документів, вивчення подробиць щодо ризиків і т. ін.).

Переваги факультативного методу полягають ось у чому:

- у можливості вибору для компанії-цедента якомога сприятливіших умов перестраховування (розміщення ризику в кількох перестраховувальних компаніях, вибір найкращих пропозицій);
- у використанні цедентом перестраховування в тих випадках, коли відповідальність справді може зашкодити фінансовій стійкості страховика або коли він має розширити свою діяльність у сфері несприятливих для нього страхувань.

Особливістю факультативного перестраховування є можливість регулювання страховиком (цедентом) розміру власного утримання.

Власне утримання — економічно обґрунтована частина страхової суми, яку страхова компанія залишає на своїй відповідальності. Цю суму визначають:

- окремо за страховим полісом;
- за одним ризиком;
- за групою ризиків.

Власне утримання встановлюється в абсолютній сумі або у відсотках страхової суми об'єкта. Складним питанням для практичного перестраховування є визначення частки ризику, яку слід залишати на своєму утриманні. Передавати в перестраховування досить велику частку не вигідно, оскільки страховик відраховує і значну частину зібраних ним страхових премій. Водночас досить високий ліміт власного утримання впливає на фінансову стійкість страховика. Не лише страховик, а й перестраховик має зважати на розмір власного утримання. Занижений розмір власного утримання страховика не дає перестраховикові впевненості щодо якості ризику або добропорядності страховика при врегулюванні збитків у разі настання страхових подій.

Отже, визначення оптимального розміру власного утримання є важливою ланкою в організації процесу перестраховування. Тому в багатьох країнах світу розмір власного утримання регламентується законодавством або самими учасниками перестраховування.

У ст. 30 Закону України «Про внесення змін до Закону України “Про страхування”» передбачена вимога щодо обов'язкового укладання договору перестраховування в тому разі, коли страхова сума за окремим об'єктом страхування перевищує 10 % суми сплаченого статутного фонду і сформованих вільних резервів та страхових резервів.

Існує багато теорій і практичних рекомендацій, які потрібно враховувати при визначенні ліміту власного утримання. Розглянемо їх.

- Обсяг премії. Чим більший обсяг зібраної премії при незначному відхиленні від загальної кількості ризиків, тим вищий ліміт власного утримання.
- Середня дохідність або середня збитковість за окремими видами страхування, за об'єктами. Чим вищою буде дохідність і нижчою збитковість, тим більшим може бути рівень власного утримання.
- Розмір витрат на ведення справи. Якщо витрати з ведення справи за окремими видами страхування досить великі, страховик (цедент) при встановленні

нижньої межі власного утримання може перекласти більшу частину цих витрат на перестраховиків.

- Територіальний розподіл застрахованих об'єктів. Чим більший розподіл, тим меншою буде кумуляція збитків і більшим можна встановити власне утримання.
- Кваліфікація і практичний досвід спеціалістів страховика (цедента). Правильна оцінка ризику, визначення максимально можливого збитку, встановлення адекватного розміру комісії і необхідного розміру передавань впливає на розмір власного утримання.

Облігаторне перестрахування передбачає обов'язкове віддавання перестраховувальником раніше узгодженої частини ризику за всіма покриттями. Перестраховик також обов'язково має приймати ці частини ризиків згідно з умовами договору.

У договорі облігаторного перестрахування обов'язково визначаються ліміти відповідальності, термін дії договору, перестраховувальна премія, перестраховувальна комісія, обмеження щодо покриття, схема розрахунків тощо. Перестрахування на облігаторній основі має універсальний характер, тобто використовується в усіх видах страхування, діє на всіх страхових ринках світу. Облігаторне перестрахування дало поштовх до розвитку техніки перестрахування, що посприяло розробленню системи договорів у різних галузях і видах страхування.

Облігаторне перестрахування дає змогу збільшити обсяги страхових операцій, збирає більшу частину перестраховувальної премії у професіональних перестраховиків світу. Інші переваги цього методу полягають ось у чому:

- у рівномірному розподілі ризиків (перестраховик упевнений у тому, що ризики як більш, так і менш сприятливі, будуть розподілені рівномірно);
- автоматичності приймання ризиків, що потребує значно менших витрат, пов'язаних з обробкою ризиків, скороченні часу на андеррайтинг;
- можливості розвитку довгострокових відносин між сторонами;
- гарантії підтримки перестраховика, яка надає більшої свободи цеденту щодо проведення страхових операцій, розширення бізнесу.

В облігаторному перестрахуванні перестраховувальник має систематично висилати перестраховикові бордеро-премії і бордеро-збитки. У такому разі відпадає потреба надавати додаткову інформацію, що відбиває стан страхового портфеля цедента. **Бордеро-премії** — це перелік ризиків, які підпадають під дію облігаторного договору перестрахування.

Зазвичай бордеро-премія містить такі дані: номер оригінального полісу; назву застрахованого об'єкта; період страхування; страхову суму; власне утримання перестраховувальника; частку перестраховика; перестраховувальну премію.

Стосовно збитків, що сталися, перестраховувальник надсилає перестраховикові **бордеро-збитки**. Цей документ містить таку інформацію: номер оригінального полісу; дату настання збитку; деталі пошкодження об'єкта; повний збиток; сплачений збиток; зарезервований збиток і т. ін.

Зауважимо, проте, що облігаторне перестрахування не позбавлене й недоліків. Основна недосконалість цього методу така: коли ризик, що підлягає перестрахуванню, не підпадає під умови облігаторного договору або страхова сума за ризиком перевищує ліміт відповідальності за договором, тоді може виникнути потреба в додатковому договорі факультативного перестрахування.

Договір облігаторного перестрахування частіше укладається на невизначений термін з правом взаємного розірвання шляхом повідомлення сторін щодо прийнятого рішення. Перестраховики багатьох країн надають перевагу облігаторному методу. У вітчизняному перестрахуванні поширенішим є факультативне перестрахування, оскільки облігаторна форма технічно складніша.

У практиці перестрахування інколи використовується поєднання методів перестрахування, так зване факультативно-облігаторне перестрахування і облігаторно-факультативне перестрахування.

У разі **факультативно-облігаторного перестрахування** компанія-цедент передає чи залишає в себе ризики або їх частину. Перестраховик згідно з таким методом перестрахування зобов'язаний прийняти обумовлені договором ризики. Отже, факультативність передбачається для страховика (цедента), а облігаторність — для перестраховика.

Зрозуміло, що перестраховик, який укладає факультативно-облігаторний договір, має повною мірою довіряти компанії-цеденту, оскільки його інтереси та збалансованість портфеля залежать від перестраховувальника. Тому перестраховик не завжди зацікавлений у факультативно-облігаторному договорі, віддаючи перевагу звичайній факультативній цесії, яка дає йому змогу всебічно проаналізувати кожний ризик.

Факультативно-облігаторне перестрахування використовується в особливо великих, небезпечних ризиках, у разі можливої кумуляції збитків, коли вичерпана місткість пропорційних договорів.

Облігаторно-факультативне перестрахування, навпаки, передбачає обов'язковість для страховика, а факультативність — для перестраховика. З огляду на світовий досвід такі договори частіше застосовують страхові компанії зі своїми філіями. За облігаторно-факультативним договором перестраховикові надається можливість відбирати вигідніші ризики, що небажано для незалежного страховика (цедента), оскільки може порушити баланс його страхового портфеля.

Тема 10. Управління фінансовою діяльністю страховика

План

- 10.1. Сутність та функції фінансового менеджменту страхової компанії.
- 10.2. Податковий менеджмент страхової діяльності.
- 10.3. Управління інвестиційним портфелем страхової компанії.
- 10.4. Управління платоспроможністю страховика, формуванням та використанням прибутку

Рекомендована література: [1-19]

Основні терміни і поняття: фінансовий менеджмент, фінансова надійність, фінансова стійкість, ліквідність, платоспроможність, запас платоспроможності, страхові резерви, інвестиції, капітальні витрати, поточні витрати, прибуток страховика, організація фінансів страховика, доходи від страхової діяльності, доходи від інвестиційної діяльності, доходи від фінансової діяльності, зароблені страхові платежі; витрати, пов'язані з виконанням страхових зобов'язань; витрати на обслуговування процесу страхування і перестрахування; витрати на утримання страхової компанії, прибуток від страхової діяльності, прибуток від страхової діяльності, прибуток від іншої звичайної операційної діяльності та надзвичайних операцій чистий прибуток, фактичний запас платоспроможності, нормативний запас платоспроможності, податковий менеджмент.

8.1. Сутність та функції фінансового менеджменту страхової компанії

Фінансовий менеджмент – це управління фінансами господарюючих суб'єктів, фінансовий аналіз, планування, а також знаходження і розподіл капіталу. Він охоплює всі основні сфери фінансів, розповсюджується на всі сегменти фінансового ринку і є складовою частиною управлінської діяльності.

Страховий менеджмент, як загальний, так і фінансовий, вимушений мати справу з ризиком браку зібраної страхової премії і сформованого страхового фонду на майбутні

виплати за укладеними договорами страхування, тобто з ризиком неплатоспроможності. Цей ризик є специфічним для страхового бізнесу. З урахуванням цієї специфіки *фінансовий менеджмент в страховому бізнесі* можна визначити як *управління залученими і власними фінансами для досягнення стратегічної мети бізнесу при дотриманні нормативних вимог до фінансової стійкості страхової компанії*.

Інший об'єктивний ризик – втрата інвестиційного доходу і інвестиційних вкладень унаслідок кон'юктурних коливань ринку і економічних криз. Але цей ризик є загальним для всього фінансового підприємництва. Ця мета через найважливішу соціальну роль страхування повинна враховувати не тільки інтереси власника бізнесу, але і інтереси суспільства і держави. Практика корпоративного управління, що склалася в розвинених країнах, показує, що стратегічні цілі бізнесу формулюються в місії корпорації. В цілому *місію страхового бізнесу* можна сформулювати як *задоволення суспільної потреби в надійному страховому захисті*.

Основні задачі фінансового менеджменту в страхуванні можна сформулювати таким чином.

1. Фінансове планування на основі прийнятої стратегії розвитку.
2. Формування і використання статутного капіталу відповідно до вимог чинного страхового законодавства і в розмірі, достатньому для виконання прийнятих страхових зобов'язань.
3. Встановлення вартості страхових послуг, адекватної ризикам і плановим власним витратам компанії, що приймаються на страхування.
4. Формування і розміщення страхових резервів відповідно до чинного страхового законодавства і додаткових вимог до поворотності і ліквідності.
5. Контроль за поточним станом платоспроможності компанії і його відповідністю вимогам законодавства.
6. Контроль за досягненням ключових фінансових показників в цілому, а також по функціональних і лінійних підрозділах.
8. Своєчасна і повна сплата податків і зборів.
9. Формування обов'язкової і додаткової управлінської звітності і доведення її до зацікавлених осіб.

Фінансовий менеджмент реалізується у властивих йому функціях і має виражену специфіку – управління грошовими потоками, тому його функції зумовлені завданнями фінансів страхової компанії.

Разом з традиційними методами планування, калькуляції, бюджетування, фінансового аналізу і контролю, фінансовий менеджмент в страховому бізнесі повинен застосовувати методи математичної статистики, теорії вірогідності і дослідження операцій.

Особливу роль у фінансовому менеджменті страхового бізнесу відіграють експертні висновки за оцінкою ризиків, що приймаються на страхування, і оцінці збитку від страхових випадків, що складаються технічними, медичними, фінансовими і юридичними експертами.

Найважливішою особливістю інструментарію фінансового страхового менеджменту є системність його вживання, оскільки тільки поєднання різних методів і інструментів дасть змогу одержати об'єктивну інформацію для ухвалення фінансового рішення.

8.2. Податковий менеджмент страхової діяльності

У сучасній вітчизняній страховій практиці для цілей оподаткування розрізняють дві групи діяльності: страхову і всі інші види діяльності. Згідно з цими групами визначаються доходи та витрати. Відповідно до чинного Податкового кодексу основним податком для страховика є податок на прибуток, який має певні особливості. Решта зборів і податків є такими ж самими як і для інших платників податків.

Наявність окремих специфічних податків вказує на особливий податковий статус страховиків. До таких **особливостей** можна віднести:

1) Діяльність, безпосередньо пов'язана зі страхуванням та перестрахуванням, звільнена від податку на додану вартість (ПДВ);

2) Умовою оподаткування страхової компанії є окреме оподаткування за різними ставками страхової діяльності, інвестиційної та фінансової діяльності, іншої господарської діяльності;

3) Методика оподаткування страхової діяльності компанії, що здійснює страхування інше, ніж страхування життя, суттєво відрізняється від методики оподаткування страхової діяльності страхової компанії, яка здійснює страхування життя;

4) Ставка оподаткування перестраховальних операцій диференційована залежно від країни походження контрагента з перестрахування та його рейтингу надійності.

Система бухгалтерського і податкового обліку страхової компанії має суттєві відмінності щодо обліку доходів і витрат. Цілком реальна ситуація, коли за результатами податкового обліку страхова компанія має прибуток, а за результатами бухгалтерського обліку є збитковою.

Головним податком для страхової компанії за своїм обсягом є податок на прибуток. Цей податок лише умовно можна назвати податком на прибуток, адже насправді об'єктом оподаткування в страхуванні є не стільки прибуток, скільки валовий дохід страховика у вигляді отриманих (нарахованих) страхових премій за договорами страхування і перестрахування. Оподаткування валового доходу (прибутку) страховиків здійснюється за ставками згідно Податкового кодексу України.

Для страхових компаній, що здійснюють загальне (ризикове) страхування, об'єктом оподаткування законодавством визначено валовий дохід, який оподатковується за ставкою в розмірі 3%. Для цілей оподаткування під оподатковуваним валовим доходом від страхової діяльності розуміють суму одержаних (нарахованих) страховиком протягом

звітної періоду страхових платежів (внесків, премій) за договорами страхування і перестрахування на території України або за її межами, зменшених на суму страхових платежів (внесків, премій), сплачених (нарахованих) страховиком за договорами перестрахування з резидентами (вітчизняними перестраховиками) в тому ж самому податковому періоді.

Розрахунок здійснюється за формулою:

$$\text{ПНП звіт. періоду} = (\text{СП} - \text{СПП}) 43\%, \quad (10.1)$$

де ПНП звіт. періоду – сума податку на прибуток від страхової діяльності за звітний період;

СП – сума одержаних (нарахованих) страхових премій за звітний період;

СПП – сума сплачених (нарахованих) страхових премій за договорами перестрахування з вітчизняними перестраховиками за звітний період.

Для страхових компаній, які здійснюють страхування життя порядок оподаткування аналогічний методиці оподаткування прибутку страхових компаній, що здійснюють загальне (ризикове) страхування. Але при цьому слід враховувати, що основним видом діяльності страхової компанії, що здійснює страхування життя, є укладання договорів довгострокового страхування життя (накопичувальне страхування), які мають особливу систему оподаткування. Зокрема, законодавство передбачає можливість застосування «нульової» ставки податку при оподаткуванні доходів, отриманих за договорами довгострокового страхування життя.

У випадку дострокового розірвання довгострокового договору зі страхування життя, не пов'язаного зі смертю застрахованої особи або інвалідністю застрахованої особи, доходи, отримані страховиком оподатковуються за ставкою 3% у податковому періоді, в якому відбулося розірвання договору, з нарахуванням пені на суму податкового

боргу, розрахованої з початку податкового періоду, наступного за податковим періодом, на який припадає отримання таких доходів страховиком.

У разі перестрахування страхових ризиків у *нерезидентів* система оподаткування має певні особливості, що обумовлено прагненням державних органів управління обмежити відтік коштів страхових платежів у вигляді перестрахових премій за межі українського фінансового ринку.

У зв'язку з цим відповідним Рішенням Держфінпослуг (нині Нацфінпослуг) був запроваджений диференційований підхід до операцій вітчизняних страховиків з перестраховиками - нерезидентами.

Якщо страхова компанія здійснює перерахування коштів страхового платежу на умовах договору перестрахування до страхової компанії –нерезидента, яка має кредитний рейтинг на рівні не менше, ніж той, що був обумовлений рішенням Нацкомфінпослуг, то сума коштів, що перераховується до компанії - нерезидента, звільняється від оподаткування (тобто вираховується із оподатковуваного валового доходу – як у випадку із вітчизняними перестраховиками).

Якщо ж страхова компанія переказує перестрахову премію за договором перестрахування з перестраховиком, що не має рейтингу фінансової надійності, або його рейтинг є нижчим за встановлений Нацкомфінпослуг мінімальний рівень, то сума коштів, що переказуються на користь такого перестраховика – нерезидента оподатковується **за** ставкою 3% від суми таких виплат за власний рахунок в момент здійснення перерахування таких виплат.

Прибуток страхової компанії від не страхової (інвестиційної, фінансової та іншої господарської) діяльності оподатковується в усіх страховиків в загальному порядку – за ставкою 18% від суми валового прибутку. При цьому до категорії валових витрат, пов'язаних з одержанням таких прибутків, не включаються витрати, понесені страховою компанією при здійсненні операцій зі страхування (перестрахування). До нестрахових операцій можна віднести:

- операції з цінними паперами;
- операції з оперативного лізингу, оренди землі та приміщень;
- операції від торгівлі борговими зобов'язаннями і вимогами;
- кредитно – депозитні операції;
- операції з валютними цінностями;
- операції з основними фондами і нематеріальними активами тощо.

До валових витрат страховика відносяться лише витрати, безпосередньо пов'язані із здійсненням фінансової та іншої господарської діяльності.

Інвестиційний дохід, отриманий компанією від розміщення коштів резервів із страхування життя, оподатковується податком на прибуток не в повному обсязі, а лише в тій частині, яка безпосередньо належить страховій компанії.

Частина інвестиційного доходу, одержаного від розміщення коштів резервів зі страхування життя, що належить безпосередньо страховику, визначається як різниця між сумою доходу, одержаного (нарахованого) від розміщення коштів резервів із страхування життя, та сумою витрат страховика на ведення справи, яка не може перевищувати 15% отриманого інвестиційного доходу.

Якщо страховик здійснює відрахування у математичні резерви із страхування життя, то сума інвестиційного доходу, що належить страховику, зменшується на суму відрахувань у такі математичні резерви, що не можуть перевищувати 85% суми інвестиційного доходу, який належить страховику.

Фактично це означає, що інвестиційний дохід, який отримує компанія зі страхування життя за рахунок розміщення коштів, отриманих від страхувальників, звільняється від оподаткування, за винятком частини, яка спрямовується на відшкодування витрат компанії.

Крім того, страхові компанії, як і будь - які інші суб'єкти господарювання сплачують ряд інших загальнодержавних податків, зборів (обов'язкових платежів), місцевих податків та зборів, передбачених чиним законодавством.

8.3. Управління інвестиційним портфелем страхової компанії.

В умовах розвинутих ринкових відносин страхова компанія, зазвичай, вкладає тимчасово вільні кошти в інвестиційну діяльність з метою отримання доходу від використання коштів, що надійшли у його розпорядження (частина коштів страхових резервів та частина власних коштів). Внаслідок цього рух грошових коштів страховика більш складний, аніж у підприємців, зайнятих в інших сферах бізнесу. З огляду на це складнішими є завдання, пов'язані з організацією фінансів страховика та управління його інвестиційним портфелем.

Інвестиції – це майнові та інтелектуальні цінності, що вкладаються в об'єкти підприємницької та інших видів діяльності, в результаті якої створюється прибуток (доход) або досягається певний соціальний ефект.

Інвестиції поділяються на короткострокові, середньострокові та довгострокові. Довгострокові інвестиції – це нерухомість, права участі, вкладення у інвестиційні проекти з терміном реалізації 3 та більше років, цінні папери, розраховані на період 12 місяців і більше та ін. Вони не підлягають амортизації, відображаються у балансовому звіті за найменшою вартістю і ринковою ціною. Середньострокові та короткострокові інвестиції

– це банківські депозитні вклади, а також цінні папери та облігації з періодом погашення від 3 до 12 місяців. Вони класифікуються як оборотні кошти.

Інвестиційна діяльність в основному пов'язана з довгостроковим вкладенням капіталу. Інвестиційна діяльність – це послідовна, цілеспрямована діяльність, що полягає в капіталізації об'єктів власності, у формуванні та використанні інвестиційних ресурсів, регулюванні процесів інвестування і міжнародного руху інвестицій та інвестиційних товарів, створенні відповідного інвестиційного клімату і має на меті отримання прибутку або певного соціального ефекту.

Доходи від інвестиційної діяльності можуть бути використані на компенсацію збитків страхових операцій, розвиток страхової справи, споживання.

Доходи від інвестиційної діяльності включають три групи надходжень.

Перша група – надходження від реалізації:

- фінансових інвестицій (грошові надходження від продажу акцій або боргових зобов'язань інших підприємств, а також часток у капіталі інших підприємств, якими володіє страхова організація);

- необоротних активів (грошові надходження від продажу основних засобів, нематеріальних активів, а також інших довгострокових необоротних активів (крім фінансових інвестицій);

- майнових комплексів (грошові надходження від продажу дочірніх підприємств та інших господарських одиниць).

Друга група – надходження у вигляді отриманих:

- відсотків (грошових коштів у вигляді відсотків за аванси грошовими коштами та позик, наданих іншим сторонам (інші, ніж аванси і позики, здійснені фінансовою установою);

- дивідендів (грошових надходжень у вигляді дивідендів як результат придбання акцій або боргових зобов'язань інших підприємств, а також часток участі у спільних підприємствах).

Третя група – інші надходження (грошові надходження, крім перелічених вище).

Завдяки здатності акумулювати дрібні грошові потоки і спрямовувати їх на розвиток економіки страхові компанії перетворюються на потужного інституційного інвестора. Способи найкращого, з погляду інтересів страховика, розміщення грошових коштів являють собою інвестиційну стратегію страховика, яка залежить від:

- видів здійснюваних страхових операцій;
- обсягу акумульованих ресурсів;
- стану справ на фінансовому ринку.

При інвестуванні коштів страхова компанія бере до уваги такі основні критерії: гарантованість збереження вкладених коштів, ліквідність активів, норму прибутку.

У результаті аналізу інвестиційної діяльності страховика визначаються шляхи надійного вкладення капіталу, можливі зміни в майбутній діяльності компанії і зміни в політиці бізнесу.

Найбільш високоліквідними є короткострокові інвестиції. Вони становлять у середньому 70% всіх коштів страховика. Це зумовлено тим, що через специфіку страхової справи в будь-який момент може виникнути потреба в коштах.

Страхові компанії інвестують кошти в звичайні акції, що мають швидку віддачу на вкладені гроші. До середньо - та довгострокових інвестицій можна віднести інвестиції в цінні папери з фіксованим доходом, акції, нерухомість тощо. Для вітчизняних страхових компаній традиційним видом інвестицій є депозити в банках, які мають підвищений рівень ризику й невисоку ліквідність. Вони забезпечують прибутковість, але сьогодні не завжди мають надійність. Це пов'язано зі слабкою фінансовою стійкістю вітчизняних банків.

8.4. Управління платоспроможністю страховика, формуванням та використанням прибутку

Платоспроможність забезпечується системою фінансових гарантій, які відповідають галузевій специфіці діяльності господарюючого суб'єкта.

У страховій справі фінансові гарантії повинні забезпечувати платоспроможність на двох рівнях: за страховими операціями (ризик страховий) і за не страховою діяльністю (ризик ринковий).

Фінансова гарантія платоспроможності за страховими операціями базується на таких ключових чинниках як адекватність прийнятим зобов'язанням страхового тарифу (на стадії формування страхового фонду) і страхових резервів (на стадії використання страхового фонду).

У Законі України “Про страхування” зазначається, що виконання обов'язків страховика з виплат за зобов'язаннями повинне забезпечуватися трьома умовами платоспроможності: 1) наявністю сплаченого статутного капіталу і гарантійного фонду страховика; 2) створенням страхових резервів, достатніх для майбутніх виплат; 3) перевищенням фактичного запасу платоспроможності над розрахунковим нормативним запасом платоспроможності.

Одним з найважливіших фінансових результатів страхових компаній є досягнення реальної платоспроможності. Для забезпечення платоспроможності Законом передбачено, що страховик, відповідно до обсягів страхової діяльності зобов'язаний підтримувати належний рівень фактичного запасу платоспроможності (нетто-активів). На будь-яку дату фактичний запас платоспроможності страховика (ФЗП) повинен перевищувати

розрахунковий нормативний запас платоспроможності (НЗП):

$$\text{ФЗП} > \text{НЗП}.$$

Порядок визначення величини ФЗП на кінець звітного періоду може бути подано у вигляді такого алгоритму:

$\text{ФЗП} = \text{загальна сума активів (А)} - \text{сума нематеріальних активів (НА)} - \text{загальна сума зобов'язань (З)}.$

$$\text{ФЗП} = \text{А} - \text{НА} - \text{З}.$$

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.

Якщо страхова сума за окремим об'єктом страхування перевищує 10 % суми сплаченого статутного фонду і сформованих вільних та страхових резервів, страховик зобов'язаний укласти договір перестрахування.

Кабінет Міністрів України може змінювати порядок визначення фактичного та нормативного запасу платоспроможності.

Порядок визначення і розподілу прибутку страховика

У страховій діяльності розрізняють два види прибутку:

- фактичний, отриманий за результатами роботи організації;
- нормативний, закладений в структуру бруто - премії.

Розбіжності між значеннями нормативного прибутку та прибутку від реальної страхової діяльності пояснюються впливом багатьох факторів і, в першу чергу, ймовірною природою страхових виплат, яка приводить до відхилення реальних страхових виплат від тих, що були враховані в структурі страхового тарифу.

Враховуючи те, що страхова компанія проводить не тільки страхову, а ще й інвестиційну, фінансову та іншу діяльність, слід розуміти, що прибуток страховика є підсумком фінансових результатів цих видів діяльності.

1) Прибуток від страхової діяльності ПСД можна обчислити за формулою:

$$\text{ПСД} = (\text{ЗП} + \text{КП} + \text{ВП} + \text{ПЦР} + \text{ПТР}) - (\text{ВС} + \text{ВЦР} + \text{ВТР} + \text{ВВС}), \quad (10.2)$$

де ЗП – зароблені страхові премії за договорами страхування і перестрахування;

КП – комісійні винагороди за перестрахування;

ВП – частки страхових виплат, сплачені перестраховиками;

ПЦР – повернені суми із централізованих страхових резервних фондів;

ПТР – повернені суми з технічних резервів, інших, ніж резерв незароблених премій;

ВС – виплати страхових сум і страхових відшкодувань;

ВЦР – відрахування в централізовані страхові резервні фонди;

ВТР – відрахування в технічні резерви, інші, ніж резерв незароблених премій;

ВВС – витрати на ведення справи.

Розрахунок обсягу зароблених премій є найбільш важливим моментом при визначенні прибутку. Як вже зазначалось, страхові премії сплачуються раніше, ніж виникає зобов'язання страховика здійснити страхову виплату.

Страхова компанія має право розпоряджатися цими коштами, використовуючи їх для поточного інвестування і одержання інвестиційного доходу. Але не всю суму отриманих премій можна вважати доходом страховика, коли йдеться про визначення прибутку від страхової діяльності. Адже ці премії ще потрібно заробити. Отже, в будь-який момент часу страхова премія складається з двох частин – тієї, що вважається заробленою, і тієї, яку на даний момент часу не можна вважати заробленою (незароблена премія). Співвідношення між цими частинами пропорційне до часу, який залишився до закінчення строку дії договору страхування.

У зв'язку з тим, що страхова компанія має не один, а десятки і сотні договорів страхування, які не збігаються в часі, визначати зароблену і незароблену страхові премії досить складно і незручно. На практиці застосовуються спеціальні методи.

Спочатку, зазвичай, обчислюють незароблену премію, а потім – зароблену. Вітчизняні страховики обчислюють величину резерву незаробленої премії відповідно до Закону України «Про страхування» методом «плаваючих кварталів». Суть методу полягає у наступному.

Отже, величина резервів незароблених премій встановлюється на будь-яку звітну дату залежно від часток надходжень сум страхових премій з відповідних видів страхування у кожному місяці з попередніх дев'яти місяців (розрахунковий період) і обчислюється в такому порядку:

- частки надходжень сум страхових премій за перші три місяці (П1) розрахункового періоду множаться на 1/4;
- частки надходжень сум страхових премій за наступні три місяці (П2) розрахункового періоду множаться на 1/2;
- частки надходжень сум страхових премій за останні три місяці (П3) розрахункового періоду множаться на 3/4;
- одержані добутки додаються і складають резерв незароблених премій на певну дату.

$$\text{РНП} = \text{П1} \cdot 1/4 + \text{П2} \cdot 1/2 + \text{П3} \cdot 3/4 \quad (10.3)$$

На основі здобутої суми розраховують зароблені страхові премії (ЗП) за формулою:

$$\text{ЗП} = (\text{РНП}_{\text{поч.}} - \text{ЧП}_{\text{поч.}}) + (\text{СП} - \text{ПП}) - (\text{РНП}_{\text{кін.}} - \text{ЧП}_{\text{кін.}}), \quad (10.4)$$

де РНП_{поч.} – резерв незароблених премій на початок звітного періоду;

РНП_{кін.} – резерв незароблених премій на кінець звітного періоду;

ЧП_{поч.} – частка перестраховика у резерві незароблених премій на початок звітного періоду;

ЧП_{кін.} – частка перестраховика у резерві незароблених премій на кінець звітного періоду;

СП – страхові премії, що надійшли у звітному періоді;

ПП – страхові премії, передані перестраховикам.

Відношення річної суми прибутку до річної суми платежів називається рентабельністю страхових операцій. Показник рентабельності визначається по кожному виду страхування і по страховим операціям в цілому.

2) Прибуток від інвестиційної та фінансової діяльності визначається як різниця між відповідними доходами та витратами. В компаніях з ризикового страхування цей прибуток повністю залишається в розпорядженні акціонерів, об'єднується з прибутком від страхової діяльності і розподіляється згідно із рішенням загальних зборів акціонерів.

Інвестиційний дохід у компаніях із страхування життя поділяється на дві частини:

- отриманий за рахунок інвестування страхових резервів;
- отриманий за рахунок інвестування власних коштів страховика.

3) Прибуток від іншої звичайної операційної діяльності та надзвичайних операцій визначається як різниця між відповідними доходами і витратами. Надзвичайна операція (подія) – це така, яка відрізняється від звичайної діяльності страховика та не очікується. Що вона повторюватиметься періодично або ж в кожному наступному звітному періоді.

Слід зазначити, що прибуток від страхової діяльності не завжди складає основну частину прибутку страховика. Дуже часто основна діяльність страховика приносить йому не прибутки, а збитки, що компенсуються прибутками від інших видів діяльності. Взагалі страховик не повинен намагатись отримати високий прибуток від страхових операцій, оскільки це порушує принцип еквівалентності його відносин із страхувальником.

Страховик також може отримувати прибуток за рахунок зниження собівартості страхової послуги. Різниця між доходами і витратами страховика, які є наслідками звичайної діяльності та надзвичайних подій, за вирахуванням податків, являє собою чистий прибуток, отриманий ним у звітному періоді. Його можна визначити за формулою:

$$\text{ЧП} = \text{Пр.ЗД} + \text{Пр.НП} - \text{Зб.НП} - \text{Под.НПр.} \quad (10.5)$$

де ЧП – чистий прибуток страховика;

Пр.ЗД – прибуток від звичайної діяльності страховика;

Пр.НП – прибуток від надзвичайних подій;

Зб.НП – збиток від надзвичайних подій;

Под.НПр. – податок на прибуток з надзвичайної діяльності.

Розподіляється прибуток страховика за спільними для всіх суб'єктів підприємницької діяльності принципами. Однак переважна більшість страховиків в Україні є акціонерними товариствами, а тому розподіл прибутку відбувається виходячи з відповідного рішення загальних зборів акціонерів. За рахунок чистого прибутку (перш ніж він буде розподілений між власниками) страховик може створювати вільні резерви для зміцнення

своєї платоспроможності.

Одним із майнових прав акціонерів є одержання дивідендів. За результатами підприємницької діяльності товариство визначає, якими за розмірами будуть дивіденди, чи доцільно їх сплачувати у конкретному році. Виходячи з цього, чистий прибуток (ЧП) для акціонерного товариства складається з двох частин: нерозподільної (НЧП) і розподільної (РЧП).

$$\text{ЧП} = \text{НЧП} + \text{РЧП} \quad (10.6)$$

Нерозподільною називається та частина, з якої кошти не розподіляються між акціонерами у вигляді дивідендів, а спрямовуються на розвиток господарської діяльності (РГД), соціальний розвиток працівників (СРП), оплату праці (ОП), а також на поповнення резервного фонду (РФ):

$$\text{НЧП} = \text{РГД} + \text{СРП} + \text{ОП} + \text{РФ} \quad (10.7)$$

З розподільної частини всі кошти спрямовуються на сплату дивідендів.

Загальні збори акціонерів спочатку затверджують загальний розмір чистого прибутку, одержаного за рік, потім приймають рішення про розмір нерозподільної частини чистого прибутку. Після цього затверджуються розміри розподільної частини прибутку:

$$\text{РЧП} = \text{ЧП} - \text{НЧП} \text{ або } \text{РЧП} = \text{ЧП} - (\text{РГД} + \text{СРП} + \text{ОП} + \text{РФ}) \quad (10.8)$$

Якщо акціонерні товариства приймають рішення про те, що дивіденди у певному році не сплачуватимуться, це означає, що розподільна частина прибутку дорівнює нулеві (РЧП = 0), а весь чистий прибуток спрямовуватиметься на розвиток страхової компанії.

Рекомендована література

Основна

1. Страховий менеджмент : підручник / С. С. Осадець, О. В. Мурашко, В. М. Фурман та ін.; за наук. ред. д-ра екон. наук, проф. С. С. Осадця. – К.: КНЕУ, 2011. – 333 с.
2. Супрун, А. А. Страховий менеджмент : навчальний посібник / А. А. Супрун, Н. В. Супрун. – Львів : Магнолія-2006, 2011. – 301 с.
3. Никулина, Н. Н. Страховий менеджмент : учебное пособие / Н. Н. Никулина, Н. Д. Эриашвили. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2011. – 703 с.
4. Страховий та інвестиційний менеджмент: Підручник / Під керівн. і наук. ред. В. Г. Федоренка, В. Б. Захожая / В. Г. Федоренко, В. Б. Захожай, О. Г. Чувардинський та ін. — К.: МАУП, 2002. — 344 с.: іл. — Бібліогр. в кінці розд
5. Слободянюк Н.О. Моделирование основных параметров модели ДФА страховой компании // Н.О. Слободянюк // Вісник Одеського національного університету. Економіка.—2016.—№Т.21, Вип.4.—С.142-149.
6. Слободянюк Н.О. Проблеми та перспективи вдосконалення страхування інвестиційних ризиків/ Н.О.Слободянюк, О.В. Пишна //Розвиток національної економіки України: нові реалії та можливості в умовах євроінтеграції: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м.Запоріжжя, 28 жовтня 2016 р.). — Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2016.- с.41-44
7. Слободянюк Н. О. Стан страхового ринку України на сучасному етапі, проблеми та перспективи його розвитку / Н. О. Слободянюк, Г. Ю. Прокопчук // Молодий вчений. — 2016. — №5.—С.166-169

7. Про внесення змін до закону України “Про страхування” : [закон України від 04.10.2001 № 2745-III]. // *Голос України*. – № 207 (2707). – 2001. – С.10-20.

8. Kosova, T., Slobodyanyuk, N. Securities as an investment instrument for the insurance companies: challenges and opportunities/ T. Kosova, N.Slobodyanyuk// *Economic Annals-XXI* (2016), 159(5-6), 85-88.

11 Кургин, Е. А. Страховой менеджмент: управление деятельностью страховой компании / Е. А. Кургин. – М. : РКонсульт, 2005. – 304 с.

9.. Шірінян Л. В. Страховий менеджмент [Електронний ресурс]: конспект лекцій для студентів спеціальності 7.03050801, 8.03050801 «Фінанси і кредит» денної та заочної форм навчання / Л. В. Шірінян. – К.: НУХТ, 2014. – 143 с.

10. Сокиринська І. Г. Журавльова Т.О. , Аберніхіна І.Г.Страховий менеджмент. Навчальний посібник./І.Г.Сокиринська, Т.О.Журавльова, І.Г.Аберніхіна – Дніпропетровськ: Пороги, 2016. – 301 с.

Допоміжна

11. Говорушко Т.А.Страхові послуги. Підручник. – К.: Центр учбової літератури, 2011. – 376 с.

12.Слободянюк Н.О. Формування масиву даних з використанням MSEXCEL для побудови системи бюджетування / Н.О. Слободянюк // *Бізнес Інформ*. – 2016.– №1. – С. 293–298.

13 Страхування: Підручник / Керівник авт. колективу і наук. ред. С.С.Осадець.— Вид. 2-ге, перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — 599 с.

14.Страхові послуги. Підручник / С. С. Осадець, Т. М. Артюх, О. О. Гаманкова та ін.; Кер. авт. кол. й наук. ред. проф. С. С. Осадець і доц. Т. М. Артюх. —К.: КНЕУ, 2007. — 464 с. Рекомендовано Міністерством освіти і науки України Лист № 1.4/18-Г-51 від 15.01.07

15 Гаманкова О.О. Фінанси страхових організацій: Навч. посіб. - К.: КНЕУ, 2007. - 328 с.

16 Ринок страхових послуг України: теорія, методологія, практика [Текст] : монографія / О. О. Гаманкова. – К. : КНЕУ, 2009. – 283 с.

17.Мурашко О.В. Соціальне страхування. Практикум : навч. посіб. / Мурашко О.В., Стецюк Т.І.; М-во освіти і науки, молоді та спорту України, ДВНЗ "Київський нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана". - К. : КНЕУ, 2013. - 215, [1] с.

18.Мельников, А. В. Риск-менеджмент: стохастический анализ рисков в экономике финансов и страхования / А. В. Мельников. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : Анкил, 2003. – 159 с.

19.Говорушко, Т. А. Управління фінансовою діяльністю страхової компанії з метою забезпечення її ефективного розвитку : монографія / Т. А. Говорушко, В. М. Стецюк, О. Ю. Толстенко. – К. : Центр учбової літератури, 2012. – 168 с.

Навчальне видання

Слободянюк Наталя Олександрівна

Кафедра фінансів і банківської справи

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ З ДИСЦИПЛІНИ

СТРАХОВИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Формат 60×84/8. Ум. др. арк. 9.

Донецький національний університет економіки і торгівлі
імені Михайла Туган-Барановського
50005, Дніпропетровська обл.,
м. Кривий Ріг, вул. Трамвайна, 16.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4929 від 07.07.2015 р.

