

ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УКРАЇНСЬКА АКАДЕМІЯ БАНКІВСЬКОЇ СПРАВИ
НАЦІОНАЛЬНОГО БАНКУ УКРАЇНИ»

На правах рукопису

ТКАЧЕНКО НАТАЛІЯ ВОЛОДИМИРІВНА

УДК 336.368.03 (477)

**ФІНАНСОВА СТІЙКІСТЬ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ
(МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ ТА МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ)**

08.00.08 – гроші, фінанси і кредит

Дисертація на здобуття наукового
ступеня доктора економічних наук

Науковий консультант

Барановський О.І.

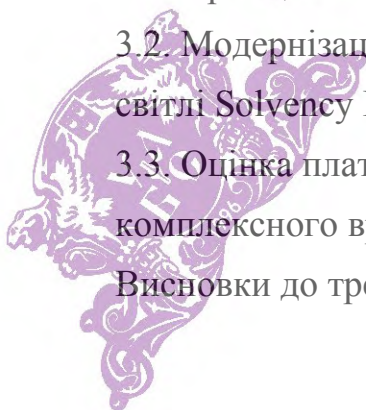
д.е.н., професор

Суми – 2011



ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ	17
1.1. Сутність та особливості визначення фінансової стійкості страхових компаній.....	17
1.2. Взаємозв'язок фінансової стійкості страхових компаній із фінансовою стійкістю страхової системи.....	37
1.3. Ризики, що впливають на фінансову стійкість страхової компанії та управління ними.....	49
1.4. Концептуалізація та складові забезпечення фінансової стійкості страхових компаній.....	63
Висновки до першого розділу.....	84
РОЗДІЛ 2. ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ	88
2.1. Інструментарій забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази страховиків.....	88
2.2. Реалізація підходів щодо формування стійкого страхового портфеля.....	107
2.3. Використання організаційно-управлінських способів забезпечення фінансової стійкості страхових компаній.....	116
2.4. Стан та тенденції розвитку вітчизняних страхових компаній	137
Висновки до другого розділу.....	147
РОЗДІЛ 3. МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНЮВАННЯ ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ З УРАХУВАННЯМ ВПЛИВУ РИЗИКІВ	151
3.1. Принципи та підходи до оцінки фінансової стійкості страховиків....	151
3.2. Модернізація оцінки платоспроможності страхових компаній у світлі Solvency II.....	181
3.3. Оцінка платоспроможності страхових компаній на основі комплексного врахування ризиків.....	197
Висновки до третього розділу.....	216



РОЗДІЛ 4. РЕЙТИНГОВА ОЦІНКА ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ	220
4.1. Характеристика існуючих підходів щодо рейтингової оцінки діяльності страховиків.....	220
4.2. Особливості визначення (присвоєння) рейтингів міжнародними рейтинговими агентствами.....	238
4.3. Методичні основи побудови рейтингу вітчизняних страхових компаній.....	248
4.4. Удосконалення методики рейтингової оцінки стану фінансової стійкості страховиків.....	261
Висновки до четвертого розділу.....	279
РОЗДІЛ 5. МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ	283
5.1. Основні напрями забезпечення фінансової стійкості страховиків в умовах фінансової кризи.....	283
5.2. Контролінг фінансової стійкості страхової компанії.....	303
5.3. Перестраховання в контексті забезпечення фінансово стійкого функціонування страховиків.....	316
5.4. Стрес-тестування як інструмент оцінки фінансової стійкості страхової компанії.....	342
Висновки до п'ятого розділу.....	365
ВИСНОВКИ	369
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	374
ДОДАТКИ	



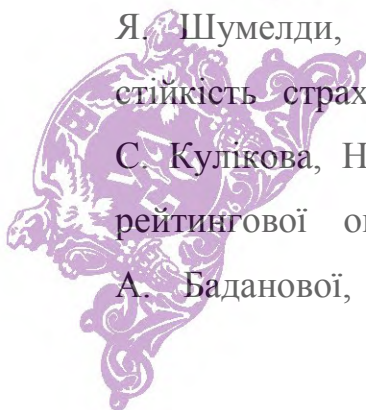
ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Ефективно функціонуючий страховий ринок є невід’ємною складовою фінансової інфраструктури країн з ринковою економікою. В умовах невизначеності та широкого спектру ризиків страхові компанії покликані надавати надійний страховий захист юридичним і фізичним особам, сприяючи їх ефективному функціонуванню та забезпечуючи їх впевненість у майбутньому. Стійкість страхових компаній є не лише важливою передумовою їх виживання, але й запорукою успішної реалізації їх місії та стратегічних цілей.

Фінансова стійкість страхових компаній є основною умовою, за допомогою якої інститут страхування може повноцінно виконувати свою багатопланову роль у процесі суспільного відтворення.

Окремі аспекти теоретико-методологічного обґрунтування сутності діяльності страхових компаній та забезпечення їх фінансової стійкості розглядаються у працях таких західних фахівців, як А. Банасицький, Д. Бланд, Р.-Е. Брюер, А. Вагнер, Б. Денсер, О. Еверлінг, Р. Ейсен, Е. Кембелл-Харт, Р. Курек, К. Лоу, А. Манес, А. Пфайффер, Ф. Ромейке, А. Сандстрем, К. Стівенсон, К. Хаген, П. Цвейфель та ін.

Теоретичним засадам розвитку страхового ринку і страхових компаній присвячено роботи українських і російських дослідників М. Александрової, О. Барановського, В. Базилевича, В. Бігдаша, М. Веселовського, К. Воблого, О. Вовчак, В. Гомеллі, Л. Горбач, Н. Грищенко, Є. Дюжикова, О. Залєтова, Є. Коломіна, А. Кудрявцева, М. Мниха, Л. Нечипорук, С. Осадця, Л. Рейтмана, Т. Ротової, В. Сухова, К. Турбіної, Т. Федорової, В. Фурмана, В. Шахова, Я. Шумелди, Р. Юлдашева; впливу платоспроможності на фінансовому стійкості страховиків – О. Гвозденка, А. Єрмошенко, І. Котлобовського, С. Кулікова, Н. Кузнецової, Л. Орланюк-Малицької, Г. Чернової; питанням рейтингової оцінки стану фінансової стійкості страхових компаній – А. Баданової, Н. Внукової, В. Дадькова, О. Козьменко, В. Корнеєва,



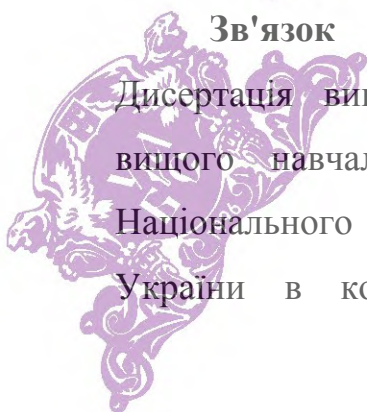
Т. Нерсісян, О. Охріменко, Г. Піратовського, Н. Свірідової, І. Чуринової, Л. Юрченко; розробці напрямків забезпечення фінансової стійкості страховиків – О. Гаманкової, Т. Гварліані, А. Жеребка, С. Луконіна, Ю. Слепухіної, Л. Шірінян.

Проте результати проведених досліджень не можуть повною мірою задовольнити потреби теорії і практики забезпечення фінансової стійкості страхових компаній. Аналіз напрацювань у цій сфері дає змогу зробити висновок про те, що дослідження концентруються переважно на окремих напрямках фінансової діяльності страхових компаній, в той час як належний синтез даних, отриманих внаслідок цих досліджень, системно не здійснюється. Залишається невпорядкованим понятійний апарат, потребує доопрацювання та систематизації визначення зовнішніх і внутрішніх факторів впливу на фінансову стійкість страховиків, недостатньо опрацьовані та вимагають додаткового дослідження методологічні підходи до забезпечення фінансової стійкості страхових компаній.

Висока значимість розробки концептуальних підходів до забезпечення фінансової стійкості страхових компаній, необхідність обґрунтування шляхів удосконалення методів оцінки фінансової стійкості та механізмів забезпечення фінансово стійкого функціонування страховиків визначили напрям дослідження. До того ж в умовах постійно змінюваного макросередовища, особливо в періоди економічних криз, проблема забезпечення фінансової стійкості страхових компаній ще більш актуалізується. Отже, важливість дослідження проблематики забезпечення фінансової стійкості страхових компаній в Україні, відсутність методології її оцінки та недостатня ефективність механізмів її забезпечення зумовили вибір теми, мети, завдань та зміст дисертаційної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

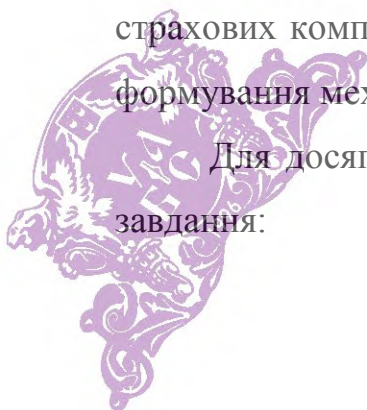
Дисертація виконувалася у межах науково-дослідних робіт: Державного вищого навчального закладу «Українська академія банківської справи Національного банку України» за темою «Формування страхового ринку України в контексті сталого розвитку» (номер державної реєстрації



0107U01213), до звіту за якою увійшли пропозиції автора щодо основних напрямів вдосконалення державного регулювання діяльності страховиків; Інституту економіки та прогнозування НАН України за темою «Оцінка і забезпечення стійкості фінансових ринків України» (номер державної реєстрації 0106U005436), у межах якої автором уточнено сутність фінансової стійкості страхових компаній, розроблено практичні рекомендації щодо механізмів забезпечення фінансової стійкості страхових компаній; Черкаського державного технологічного університету Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України за темою «Стратегічне управління ресурсами інституціональних одиниць» (номер державної реєстрації 0110U000516), у межах якої автором обґрунтовано систему забезпечення фінансової стійкості страхових компаній, запропоновано перелік та наведено авторську характеристику складових елементів, за допомогою яких досягається фінансова стійкість страховиків; Черкаського інституту банківської справи Університету банківської справи Національного банку України за темою «Небанківські фінансові установи: управління, фінанси та облік» (номер державної реєстрації 0110U000078), в рамках якої виявлено особливості формування капіталу страхових компаній, запропоновано методику дослідження структури їх капіталу; на основі ретроспективного аналізу нормативно-правового регулювання платоспроможності страхових компаній визначено переваги та недоліки чинної системи оцінки платоспроможності страховиків; обґрунтовано основні напрями вдосконалення державного регулювання діяльності страховиків.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційного дослідження є обґрунтування і розвиток теоретико-методологічних засад фінансової стійкості страхових компаній, розроблення науково-методичних підходів до її оцінки та формування механізмів її забезпечення на вітчизняному страховому ринку.

Для досягнення означеної мети в роботі ставились і були вирішені такі завдання:



- з'ясувати економічну природу й уточнити сутність поняття «фінансова стійкість страхової компанії»;
- дослідити зв'язок фінансової стійкості страховиків із фінансовою стійкістю страхової системи;
- визначити типологію ризиків, які властиві діяльності страхових компаній, систематизувати ризикоутворюючі фактори та з'ясувати їх вплив на фінансову стійкість страхових компаній;
- дослідити значення фінансової стійкості страхових компаній у забезпеченні виконання страховиками суспільно визнаної ролі в економіці;
- обґрунтувати специфічні особливості забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази та страхового портфеля страхової компанії;
- з'ясувати вплив організаційно-управлінських чинників на забезпечення фінансової стійкості страховиків;
- визначити принципи та підходи до оцінки фінансової стійкості страхових компаній, проаналізувати сучасний рівень фінансової стійкості вітчизняних страхових компаній та визначити ключові загрози, що спричиняють зниження її рівня в умовах фінансової кризи;
- удосконалити науково-методичні підходи до оцінки платоспроможності страхових компаній та приведення її у відповідність з міжнародними стандартами;
- удосконалити класифікацію рейтингів фінансової стійкості та науково-методичні підходи до формування таких рейтингів для вітчизняних страхових компаній;
- виявити основні напрями підвищення фінансової стійкості вітчизняних страхових компаній;
- розробити рекомендації щодо формування комплексного механізму управління фінансовою стійкістю страхової компанії в рамках застосування концепції контролінгу;



- розробити та обґрунтувати науково-методичний підхід до оцінки оптимальних умов квотного та ексцедентного договорів пропорційного перестрахування;

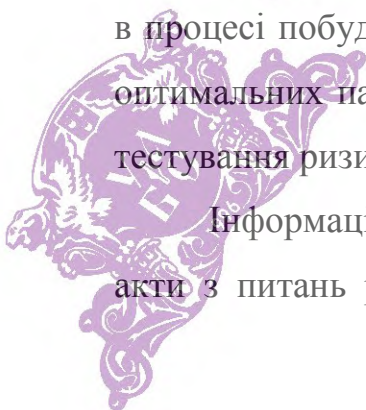
- побудувати математичну та імітаційну моделі діяльності страхової компанії та на їх основі провести стрес-тестування фінансової стійкості страховиків.

Об'єктом дослідження є економічні відносини, що виникають у процесі надання послуг страховими компаніями.

Предметом дослідження є теоретико-методологічні засади та практичний інструментарій оцінки й забезпечення фінансової стійкості страхових компаній, які надають послуги з ризикових видів страхування.

Методи дослідження. Методологічною базою дослідження є діалектичний і системний підходи до вивчення економічних і соціальних явищ. При розв'язанні поставлених у дисертаційній роботі завдань застосовувалися методи наукової абстракції, індукції та дедукції, аналізу і синтезу, історичний та інші методи пізнання соціально-економічних явищ, об'єктів і процесів – для формулювання наукових положень і уточнення термінологічного апарату щодо фінансової стійкості страхових компаній та окремих складових і механізмів її забезпечення; економіко-статистичні методи збору та обробки інформації, зокрема вибіркового дослідження, групування, статистичного порівняння, методи теорії ймовірностей, експертних оцінок – при дослідженні структури капіталу страхових компаній, стану і тенденцій розвитку світового й вітчизняного страхового ринків, платоспроможності українських страховиків; методи функціонального аналізу, математичної логіки, кореляційного аналізу, методи математичного та імітаційного моделювання складних систем, методи Фур'є – в процесі побудови рейтингу фінансової стійкості страхових компаній, вибору оптимальних параметрів пропорційного перестрахування та проведення стрес-тестування ризику недотримання фінансової стійкості страхової компанії.

Інформаційною базою дослідження є законодавчі та нормативно-правові акти з питань регулювання діяльності страхових компаній, статистичні дані



Міністерства фінансів України, Держкомстату України, Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України, матеріали Ліги страхових організацій України, інформаційно-аналітичних видань, звітні дані страхових компаній, перестрахового товариства „Swiss Re”, результати досліджень вітчизняних і закордонних науковців. Емпіричною базою стали результати здійснених автором розрахунків.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в обґрунтуванні і розвитку теоретико-методологічних засад забезпечення фінансової стійкості страхових компаній, які здійснюють ризикове страхування. До найбільш вагомих результатів, які визначають наукову новизну дисертації, належать такі:

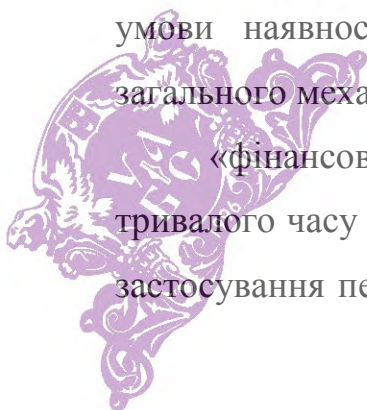
вперше:

- обґрунтовано концепцію забезпечення фінансової стійкості страхових компаній, що базується на застосуванні методології системного дослідження об'єкта (страхової компанії), функції (здійснення статутної діяльності), процесу (забезпечення фінансової стійкості) в поєднанні з ризиками, що дозволяє побудувати конструктивну модель оцінки й забезпечення фінансової стійкості страхових компаній;

- введено у науковий термінологічний обіг і дано визначення понять:

«фінансова стійкість страхової системи» – як такий її стан, що характеризується здатністю на належному рівні зберігати кількісні та якісні характеристики, які забезпечуються збалансованістю розподілених у часі вхідних і вихідних грошових потоків, ефективним та стійким функціонуванням страховиків і їх спроможністю динамічно розвиватися під впливом макроекономічних, політичних, правових та інших факторів, не руйнуючи сукупності взаємозв'язків, які існують між суб'єктами страхової системи, за умови наявності певного рівня єдності та координації дій страховиків, загального механізму контролю й нагляду за їх функціонуванням;

«фінансова стабільність страхової системи» – як її здатність впродовж тривалого часу рівномірно і передбачувано розвиватися, на основі інтеграції та застосування передового досвіду за умови збереження при цьому здатності до



відтворення, а також до прогресивного розвитку і якісного вдосконалення під дією налагодженого обігу грошових потоків між суб'єктами системи та за умови стійкого розвитку цих суб'єктів, здатності страхової системи успішно протидіяти й адаптуватися до негативних впливів зовнішніх і внутрішніх факторів, успішно виконуючи при цьому свої основні функції, в тому числі і в стресових ситуаціях та в періоди структурних змін;

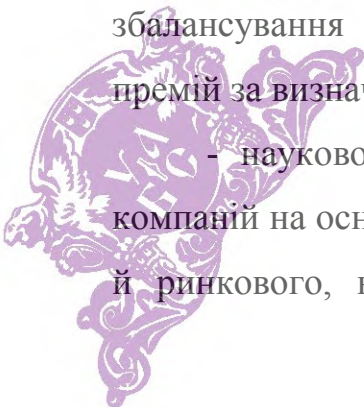
- запропоновано ідентифікацію якісних характеристик ризику недотримання фінансової стійкості страхової компанії за допомогою виокремлення таких класифікаційних ознак, як: сфера походження ризику, природа виникнення ризику, ступінь реалізації, ступінь прогнозованості, ступінь керованості, унікальність ризику, імовірність прояву ризику, локалізація джерела ризику, тривалість дії ризику, характер і обсяг очікуваних збитків;

удосконалено:

- визначення сутності поняття «фінансова стійкість страхової компанії», що на відміну від існуючих, підкреслює значимість організації вхідних і вихідних грошових потоків, за яких страхова компанія здатна своєчасно та в повному обсязі виконувати зобов'язання за негативного впливу як зовнішніх, так і внутрішніх чинників;

- комплекс характеристик, що визначають стійкість страхового портфеля, який додатково до існуючих (статистичної та структурної однорідності, рівноваги, стабільності, диверсифікованості) включає перестраховальну стійкість, гнучкість реагування на ринкову ситуацію та безпечність. Реалізація такого підходу сприятиме підвищенню ефективності формування та підтримання стійкого страхового портфеля в розумінні постійного збалансування обсягів страхової відповідальності і надходжень страхових премій за визначеною сукупністю договорів (об'єктів) страхування;

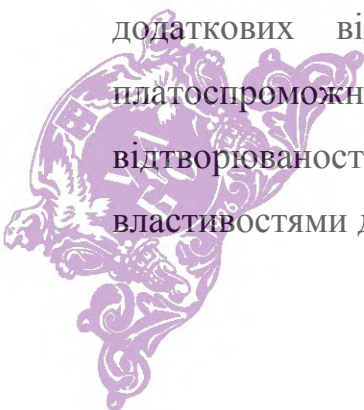
- науково-методичні підходи до оцінки платоспроможності страхових компаній на основі комплексного врахування ризиків (не тільки страхового, але й ринкового, кредитного та операційного), на які наражається в процесі



діяльності страхова компанія, що дозволить надійніше контролювати ризикову позицію компаній, ефективніше управляти страховою діяльністю та забезпечувати фінансову стійкість компаній;

- класифікацію видів рейтингів фінансової стійкості з огляду на виділення таких класифікаційних ознак, як: характер і обсяг інформації, яка використовується в процесі рейтингового оцінювання (добровільний і публічний); спеціалізація діяльності страхових компаній (страхових компаній, які діють в галузі ризикового страхування; страхових компаній, які надають послуги зі страхування життя); глибина проведення аналізу (ренкінг, багатомірні списки, власне рейтинг); метод побудови (на основі бального підходу або індексного підходу); територіальна ознака (національний та міжнародний); рівень управління (державний та недержавний); статика/динаміка (статичний та динамічний); спосіб оцінювання (експертний, бухгалтерський та змішаний). Така класифікація дозволяє систематизувати множину видів рейтингів фінансової стійкості страхових компаній та використовувати їх як інструмент контролю, аналізу, моніторингу, прогнозування й основу для планування і вироблення подальшої стратегії розвитку страховика;

- науково-методичний підхід до рейтингової оцінки фінансової стійкості страхової компанії за рахунок: а) використання неперервних на всій числовій осі функцій розрахунку числових показників, що апроксимують відповідні дискретнозначні функції з методики регулятора з метою підвищення стійкості в часі рейтингового функціоналу; б) зміни складу проміжних показників, а саме вилучення з методики регулятора зворотного показника платоспроможності та введення абсолютних показників (активи, капітал, страхові резерви) і додаткових відносних показників (достатність страхових резервів та платоспроможність). Така рейтингова оцінка задовольняє вимоги відкритості, відтворюваності результатів, корельованості з відомими рейтингами, властивостями динаміки рейтингу та його стійкості у часі;



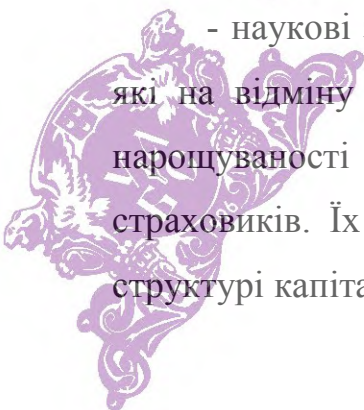
- методологічні підходи до формування системи комплексного управління фінансовою стійкістю страхової компанії завдяки впровадженню контролінгу фінансової стійкості страхової компанії на основі визначення його основних завдань та інструментів стосовно базової ділової стратегії, маркетингу, андеррайтингу, персоналу та фінансів страховика, що дозволяє забезпечити поступальний прогресивний розвиток страхової компанії в умовах ринкового середовища, посилення конкуренції і непрогнозованого впливу на її діяльність дестабілізуючих факторів;

- сутнісну характеристику поняття «перестраховування» через систему економічних відносин між перестраховувальником і перестраховиком щодо прийняття та перерозподілу ризиків, у ході яких досягається збалансованість грошових потоків страхових компаній. При цьому в ході вказаних відносин перестраховувальник забезпечує свою фінансову стійкість, збалансованість страхового портфеля та рентабельність страхових операцій за рахунок передавання частини відповідальності за взятими зобов'язаннями перестраховикові та, в зв'язку з цим, сплачує йому страхову премію, адекватну переданим ризикам, а перестраховик, приймаючи ці ризики, забезпечує собі фінансування та дохід. Такий підхід дозволяє враховувати функціональне призначення перестраховування з метою забезпечення фінансової стійкості як для перестраховувальника, так і для перестраховика;

набули подальшого розвитку:

- трактування дефініції «страхова система», що на відміну від існуючих, підкреслює організовану взаємодію сукупності страховиків та інших суб'єктів економічних відносин, які спільно утворюють цілісну систему, підсистемою якої є страховий ринок;

- наукові засади оцінки обсягів і структури капіталу страхових компаній, які на відміну від існуючих, передбачають розгляд структури та тенденцій нарощуваності капіталу не в цілому по ринку, а в розрізі окремих груп страховиків. Їх застосування дозволяє проводити якісне дослідження змін у структурі капіталу і здійснювати порівняння розрахунків, отриманих за різними



підходами, що в цілому створює підґрунтя для характеристики ефективності забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази страховика;

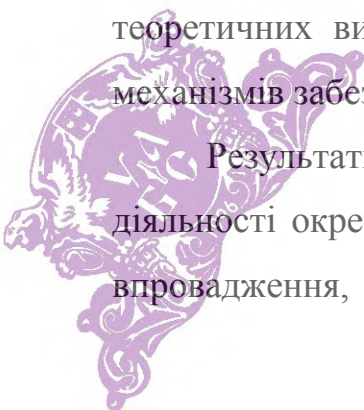
- наукові підходи до формування системи індикаторів фінансової стійкості, які дозволяють кількісно оцінити ступінь ризикованості діяльності страховиків та побудови ефективної системи ризик-орієнтованого пруденційного регулювання їх діяльності з огляду на реальну оцінку ризиків, визначених з позицій впливу потенційних загроз на фінансову стійкість страховика, за рахунок виділення таких компонентів, як: моніторинг ситуації, діагностика тенденцій, сценарний аналіз, стрес-тестування та впровадження системи раннього попередження;

- обґрунтування доцільності здійснення заходів, спрямованих на активізацію ролі страхувальників в процесі споживання страхових послуг, за рахунок переходу від примітивних форм пасивного споживання до усвідомленої політики з розробки та реалізації програм страхового захисту, які відповідають інтересам споживача страхової послуги, за допомогою використання аутсорсингу збуту послуг страховиків через страхових брокерів. Такий підхід дозволяє організувати страховий захист споживачів із врахуванням їх індивідуальних запитів та інтересів;

- науково-методичний підхід до визначення оптимальних для цедента параметрів кватного та ексцедентного договорів пропорційного перестраховування, зважаючи на різний рівень виплат за договорами страхування, що дозволяє розробити алгоритм управління рівнем виплат, і відповідно фінансовою стійкістю страхових компаній за умови дотримання бажаного рівня дохідності.

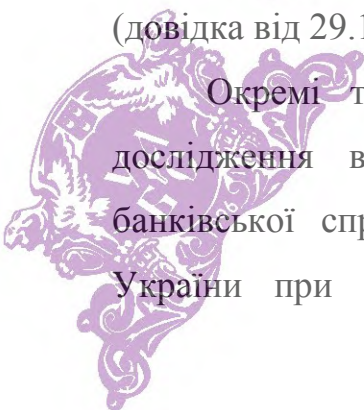
Практичне значення одержаних результатів полягає у використанні теоретичних висновків і практичних рекомендацій для підвищення дієвості механізмів забезпечення фінансової стійкості страхових компаній.

Результати дисертаційної роботи знайшли своє практичне застосування в діяльності окремих установ, що підтверджується відповідними довідками про впровадження, зокрема: Державної комісії з регулювання ринків фінансових



послуг України – при удосконаленні методики рейтингової оцінки стану фінансової стійкості страховиків, покращенні системи пруденційного регулювання діяльності компаній, визначенні індикаторів фінансової стійкості страховиків (довідка від 28.01.2010 №927/37-10); Ліги страхових організацій України – при підготовці першочергових антикризових заходів щодо оздоровлення ситуації на вітчизняному страховому ринку, а також проекту Програми розвитку страхового ринку до 2015 року, у яких використано пропозиції щодо методик досліджень структури капіталу (довідка від 28.01.2010 №1405/III-6); АТ «АХА Україна» – пропозиції щодо розробки методичних підходів до побудови ефективної системи контролінгу фінансової стійкості (довідка від 15.02.2010 №286/01); ЗАТ «Інго Україна» – пропозиції щодо забезпечення фінансової стійкості компанії з точки зору системного підходу підтримання стійкості окремих складових – капіталоутворюючої бази, страхового портфеля, організаційної структури, регіональної мережі та ділової репутації (довідка від 12.02.2010 №474); ВАТ «Страхова компанія «Універсальна» – науково-методичний підхід до вибору оптимальних умов квотного та ексцедентного договорів пропорційного перестраховування (довідка від 29.01.2010 №89/10-022); ЗАТ «Страхова компанія «Саламандра-Україна» – пропозиції щодо дослідження ризику недотримання фінансової стійкості на підставі моніторингу ризикоутворюючих факторів, визначення його якісних характеристик за допомогою фасетної класифікації та розгляд технології управління ризиком фінансової стійкості компанії (довідка від 26.01.2010 №055); ЗАТ «Страхова компанія «Провідна» – пропозиції щодо застосування комплексного підходу до визначення маржі платоспроможності на основі врахування страхового, ринкового, кредитного та операційного ризиків (довідка від 29.12.2009 №568/09).

Окремі теоретичні та науково-методичні положення дисертаційного дослідження впроваджено в навчальний процес Черкаського інституту банківської справи Університету банківської справи Національного банку України при викладанні дисциплін «Страхування», «Фінанси страхових

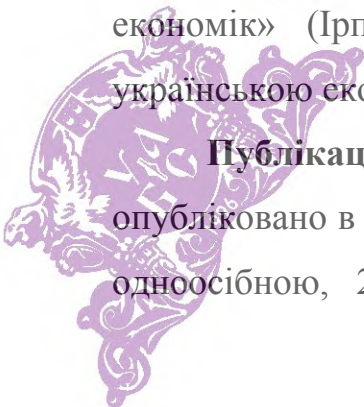


компаній», «Управління перестрахованням» і «Менеджмент у страхових компаніях» (довідка від 03.02.2011 №01-010/199).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійною науковою роботою. Наукові положення, результати, висновки і рекомендації, сформульовані в дисертації, одержані автором особисто та викладені в опублікованих працях. Особистий внесок автора у праці, опубліковані у співавторстві, вказано у списку публікацій.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації доповідалися на науково-практичних конференціях, зокрема: міжнародних науково-практичних конференціях «Фінансово-кредитне стимулювання економічного зростання» (Луцьк, 2005), «Теорія і практика сучасної економіки» (Черкаси, 2005, 2006, 2008), «Облік, контроль і аналіз в управлінні підприємницькою діяльністю» (Черкаси, 2005, 2007, 2008, 2009, 2010), «Проблеми та перспективи розвитку обліку, аналізу, контролю та аудиту у сфері надання послуг» (Тернопіль, 2005), «Банківська система України в умовах глобалізації фінансових ринків» (Черкаси, 2006, 2007, 2008, 2009), «Сучасний стан та проблеми інноваційного розвитку держави» (Луцьк, 2006), «Стан і проблеми трансформації фінансів та економіки регіонів у перехідний період» (Хмельницький, 2006), «Стійкий розвиток економіки: стан, проблеми, перспективи» (Білорусь, Пінськ, 2009); всеукраїнських науково-практичних конференціях «Сучасні аспекти фінансового управління економічними процесами» (Севастополь, 2006, 2007), «Розвиток фінансово-кредитної системи України: здобутки, проблеми, перспективи» (Львів, 2008), «Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України» (Суми, 2008, 2009), «Фінансова сфера та її роль у зростанні конкурентних переваг національних економік» (Ірпінь, 2009), «Інноваційні моделі та механізми управління українською економікою в умовах глобалізації» (Харків, 2010).

Публікації. Основні положення та наукові результати досліджень опубліковано в 72 друкованих виданнях, у тому числі 3 монографіях, з яких 1 є одноосібною, 2 навчальних посібниках; 43 статтях у фахових наукових



журналах і збірниках наукових праць; 24 публікаціях тез доповідей конференцій. Загальний обсяг опублікованих особисто автором робіт складає 98,89 друк. арк.



**Державний вищий навчальний заклад
“УКРАЇНЬКА АКАДЕМІЯ БАНКІВСЬКОЇ СПРАВИ
НАЦІОНАЛЬНОГО БАНКУ УКРАЇНИ”**

**State Higher Educational Institution
“UKRAINIAN ACADEMY OF BANKING
OF THE NATIONAL BANK OF UKRAINE”**

РОЗДІЛ 1

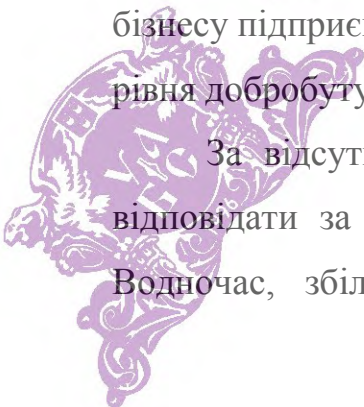
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ

1.1. Сутність та особливості визначення фінансової стійкості страхових компаній

Активне формування та розвиток ринкових відносин визначає місце страхування в економічній системі як основного фінансового механізму захисту юридичних і фізичних осіб, суспільства в цілому від різного роду ризиків і небезпек. Необхідно також враховувати, що діяльність страхових компаній відрізняється від діяльності промислових, комерційних та інших підприємств, фінансових установ. Специфіка діяльності страховиків визначається видом послуг, що пропонуються ними, а саме – наданням страхового захисту. В основі страхової послуги лежить категорія страхового ризику, що передбачає невизначеність оцінки обсягу зобов'язань страховика у кожний момент часу. Страхові компанії пропонують споживачам страхові послуги, які забезпечують страховий захист у вигляді майбутніх страхових виплат і відшкодувань страхувальникам, які підпали під страховий випадок та зазнали збитків. Дана особливість функціонування страховиків («плата наперед») передбачає необхідність певних гарантій спроможності страхової компанії відповідати за своїми зобов'язаннями перед страхувальниками, застрахованими або вигодонабувачами.

Страховий процес покликаний забезпечувати передавання ризику від страхувальника до страховика і, тим самим, сприяти підвищенню стійкості бізнесу підприємства-страхувальника чи забезпечувати збереження досягнутого рівня добробуту фізичної особи-страхувальника.

За відсутності об'єктивних гарантій спроможності страхової компанії відповідати за своїми зобов'язаннями страхування втрачає будь-який сенс. Водночас, збільшення обсягу прийнятих страховиком ризиків має бути



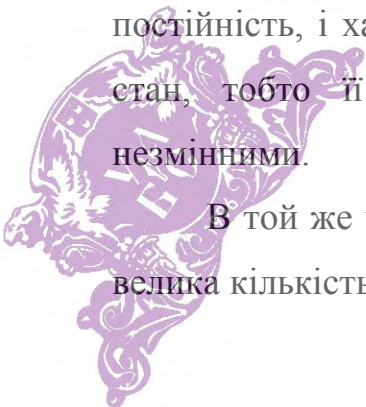
збалансоване різними методами: зростанням обсягу страхових операцій, співстрахуванням, перестрахуванням, управлінням страховими резервами, андеррайтерською політикою тощо. В іншому випадку, страхувальник, передаючи страховикові один ризик, придбає інший – ризик власного банкрутства. Тому, виходячи з природи діяльності страхової компанії, історично виділився основний критерій її оцінки – фінансова стійкість. У цьому зв'язку правомірною є постановка питання про забезпечення фінансової стійкості, як однієї з обов'язкових умов діяльності страхових компаній, що дозволяє їм функціонувати на ринку, а також про розробку заходів, спрямованих на підвищення фінансової стійкості страховиків.

Для відповіді на це питання необхідною є характеристика економічного змісту поняття «фінансова стійкість страхової компанії».

Досить часто термін «стійкість» трактується як здатність системи зберігати певні властивості та характеристики незмінними або майже незмінними. Так, сучасні зарубіжні та вітчизняні енциклопедичні видання і словники визначають поняття «стійкість» як «здатність вистояти супроти чогось, встояти, успішно протистояти силі, витримати, не поступитися» [68, с. 515], або як «сталість, постійність, невідкладність ризику втрат і збитків» [26, с. 770], або як «здатність довго зберігати і проявляти свої властивості, не піддаватись руйнуванню і псуванню» [261, с. 710], або як «спроможність системи відновлювати попередній (або близький до нього) стан після деякого збурення, яке виявляється у відхиленні параметрів системи від номінального значення» [27, с. 1257].

Дослідження етимології терміна «стійкість» вказує на те, що він споріднений з такими словами і поняттями, як сталість, стабільність, постійність, і характеризує здатність системи підтримувати певні процеси або стан, тобто її здатність зберігати певні властивості та характеристики незмінними.

В той же час, сьогодні в науковому товаристві спостерігається достатньо велика кількість різнопланових методологічних підходів до визначення поняття



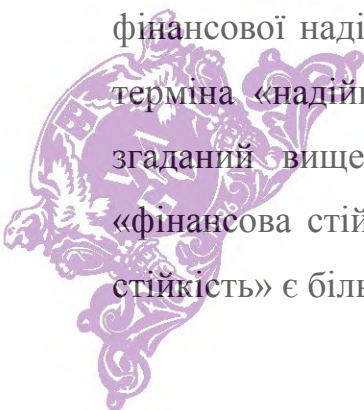
«фінансова стійкість страхових компаній» відсутній. Це можна пояснити такими причинами:

- по-перше, вивчення питань, пов'язаних із забезпеченням умов фінансово стійкого функціонування страхових компаній, підтриманням їх постійної плато- та конкурентоспроможності, привернуло до себе увагу вітчизняних науковців і практиків лише після демонополізації страхового бізнесу та активізації розвитку фінансового посередництва. Отже, це відносно новий і малодосліджений напрям;

- по-друге, на розуміння сутності дефініції «фінансова стійкість страхових компаній» часто впливають загальновідомі трактування поняття «фінансова стійкість підприємства», перелік яких наведено у таблиці А.1 додатку А. Але страховий бізнес має ряд специфічних особливостей, зокрема щодо формування та використання фінансового капіталу, обчислення фінансових результатів тощо. Саме тому, неврахування специфіки страхового бізнесу в ході дослідження явища фінансової стійкості страховиків зумовлює недосконалість існуючих підходів до наукової інтерпретації поняття «фінансова стійкість страхової компанії»

З огляду на це, вважаємо за необхідне дати оцінку існуючим теоретичним підходам до визначення сутності поняття «фінансова стійкість страхової компанії» та сформулювати концептуальні засади трактування його змісту.

Серед дослідників сфери страхування досі точаться дискусії щодо відмінності або подібності понять «фінансова стійкість» і «фінансова надійність». При цьому одні вчені-економісти [34, с. 187; 40, с. 317; 46, с. 190; 192, с. 266; 279, с. 480; 420, с. 249] ототожнюють терміни «стійкість» і «надійність». Другі вважають, що фінансова стійкість є «частковим виявом фінансової надійності страховика» [14, с. 290; 417, с. 7] або характеристикою терміна «надійність» [86, с. 11; 170, с. 169]. Третя група вчених заперечує згаданий вище підхід, визнаючи фінансову надійність похідною поняття «фінансова стійкість» [103, с. 84], або наголошуючи на тому, що «фінансова стійкість» є більш фундаментальним порівняно з надійністю [217, с. 153].

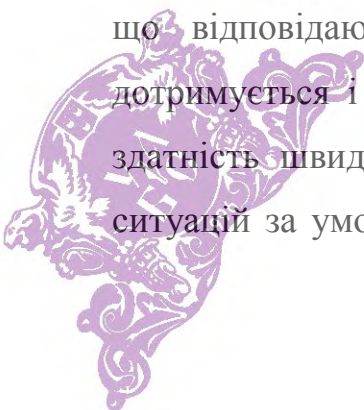


Ми підтримуємо останню групу науковців. На нашу думку, термінологічна плутанина виникає внаслідок прагнення розв'язати проблему поверхнево, не вдаючись до фундаментального обґрунтування своїх поглядів. Оскільки терміни «стійкість» і «надійність» спершу з'явилися в техніці, розглянемо наведені поняття у їх вузькій (предметній) технічній інтерпретації, з урахуванням положень теорії стійкості, рівноваги і руху механічних систем.

Новий політехнічний словник описує стійкість споруди як «здатність протистояти силам, що намагаються вивести її з вихідного стану статичної або динамічної рівноваги» [191, с. 572]. Таким чином, під стійкістю механічної системи слід розуміти її здатність повертатися до стану рівноваги після дестабілізуючого впливу, за умови, що параметри системи внаслідок цього впливу коливалися в межах, які визначають область стійкості й не виходили за межі припустимих значень певних параметрів, дотримання яких дозволяє системі повернутися у ці межі.

Надійність, з технічної точки зору, — це «здатність виробу виконувати задані функції, зберігати свої експлуатаційні показники в заданих межах за визначених режимів роботи та умов використання, технічного обслуговування, ремонту і транспортування» [191, с. 317]. Таким чином з фізичної точки зору поняття «надійність», на відміну від поняття «стійкість», характеризує властивість системи зберігати в часі у встановлених межах значення всіх параметрів, які характеризують здатність виконувати необхідні функції в заданих режимах і умовах функціонування.

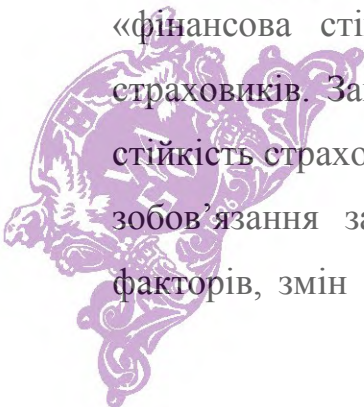
Переходячи до застосування терміна «надійність» в економіці підкреслимо, що у «Новій економічній енциклопедії» він визначається як «властивість системи зберігати значення своїх основних параметрів у межах, що відповідають заданому режиму» [248, с. 339]. Такої самої думки дотримується і Є.С. Кузьменко, який характеризує фінансову надійність «як здатність швидко реагувати у випадку настання несприятливих фінансових ситуацій за умови стабільності інших факторів (економічна ситуація в країні,



грошово-кредитна політика держави, відсутність різних змін у нормативно-правових актах)» [143, с. 166].

Узагальнюючи сказане, можна констатувати, що поняття «фінансова надійність» змістовно значно вужче порівняно з поняттям «фінансова стійкість». З нашої точки зору, фінансова надійність виявляється лише в момент урегулювання фінансових зобов'язань страховиком, за умов стабільного середовища, в якому внутрішні та зовнішні фактори впливу заздалегідь відомі й не змінюються впродовж певного проміжку часу. Те, що поняття «фінансова надійність» підпорядковане поняттю (або іншими словами, включене, у поняття) «фінансова стійкість», а отже є вужчим за нього, на наш погляд, ілюструє така ситуація: між моментом укладення договору страхування (за умов сплати страховику страхової премії) та моментом виконання страховою компанією своїх зобов'язань існує часовий розрив. Тому на час настання страхового випадку страховик, унаслідок впливу негативних чинників, може уже перебувати в зміненому середовищі. Отже, виходячи з наведених вище міркувань головною характеристикою страхової компанії є фінансова стійкість, а не фінансова надійність. Остання, на нашу думку, не завжди може свідчити про те, що страхова компанія є фінансово стійкою. Водночас фінансово стійка страхова компанія завжди буде фінансово надійною. Щоб наочно пояснити два останніх твердження, вкажемо на можливість наступної ситуації, коли виконання фінансових зобов'язань страховиком призведе до порушення його фінансової стійкості, в результаті чого відбудеться зменшення обсягів прибутку, а в найгіршому випадку – у нього виникнуть збитки. Отже надійний страховик, може бути фінансово не стійким.

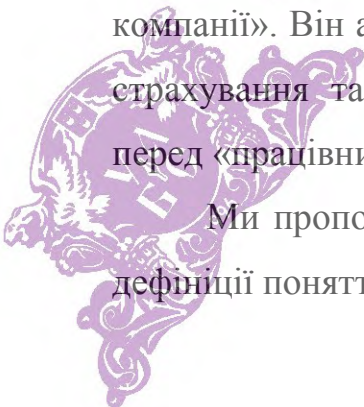
Рухаючись від загального до конкретного, розглянемо поняття «фінансова стійкість» і «фінансова надійність» з точки зору діяльності страховиків. Загальноприйнятим підходом до визначення поняття «фінансова стійкість страхової компанії» є її характеристика як «здатності виконувати взяті зобов'язання за договорами страхування в умовах впливу несприятливих факторів, змін в економічній кон'юктурі» [43, с. 19; 225, с. 116; 283, с. 9].



Фінансову стійкість страхових компаній також визначають як «здатність виконувати прийняті на себе зобов'язання за усіма укладеними договорами страхування» [34, с. 186]. Г.В. Чернова підтримує останнє трактування, акцентуючи увагу на здатності виконувати «страхові зобов'язання» [271, с. 194; 399, с. 139]. Цікаво, що аналогічне визначення, з наголосом на виконанні зобов'язань «за договорами страхування та перестраховування», наводять О.В. Мурашко [280, с. 521], О.Д. Вовчак [40, с. 318], Н.В. Хмелевська та О.В. Хмелевський [392, с. 106], В.Д. Бігдаш [23, с. 358], С.В. Сокол [281, с. 204], але зауважимо, що стосується воно не поняття «фінансова стійкість», а поняття – «фінансова надійність».

Враховуючи виявлену нами відмінність, яка існує в трактуванні понять «фінансова стійкість» та «фінансова надійність», мусимо констатувати необґрунтовану підміну, авторами згаданими вище, одного поняття іншим. Згадані у попередньому абзаці уточнення, щодо визначення поняття «фінансова надійність», на нашу думку, правильніше віднести до визначення дефініції «фінансова стійкість». Не можемо також погодитися із точкою зору окремих науковців, які вважають, що стійкість страховика проявляється як здатність «забезпечити виконання прийнятих на себе зобов'язань із відшкодування (при настанні страхових випадків) збитку та виплат страхових забезпечень відповідно з договорами страхування» [198, с. 227]. Але ж виконання зобов'язань не можна обмежувати лише зобов'язаннями за укладеними договорами страхування, оскільки за деякими обов'язковими видами страхування (наприклад, страхування від нещасних випадків на транспорті) укладання договорів не передбачене. У свою чергу, А.В. Палкін пропонує дещо розширений підхід до визначення поняття «фінансова стійкість страхової компанії». Він акцентує увагу не лише на виконанні зобов'язань за договорами страхування та перестраховування, а й на виконанні фінансових зобов'язань перед «працівниками і власниками організації» [208, с. 45].

Ми пропонуємо внести певні уточнення до наведеної загальноприйнятої дефініції поняття «фінансова стійкість», що зумовлено такими причинами.



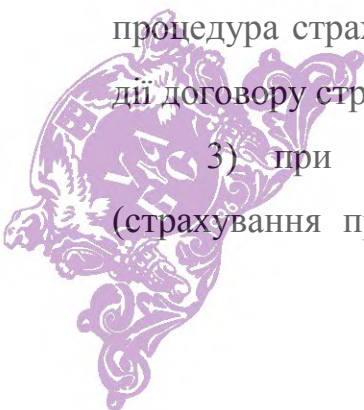
По-перше, сучасна тенденція розвитку світового страхового ринку полягає в дедалі більшому поширенні практики продажу не страхового, а так званого фінансового продукту, який, поряд із страховими послугами, включає інші різновиди послуг фінансово-кредитного характеру. У цьому зв'язку підвищується значимість інших (нестрахових) зобов'язань страхової компанії. Отже, при оцінці її фінансової стійкості необхідно враховувати усі зовнішні зобов'язання страховика, а не лише страхові. При цьому, не можна нехтувати і його внутрішніми зобов'язаннями. Саме таких поглядів дотримується Ю.М. Тронін, трактуючи фінансову стійкість страхової компанії як «здатність своєчасно і в передбаченому обсязі виконувати взяті на себе фінансові зобов'язання щодо усіх суб'єктів (включаючи державу) впродовж усього строку дії укладених між ними договорів» [369, с. 318]. Під цим самим кутом зору розглядають фінансову стійкість страхових компаній і А.М. Єрмошенко [269, с. 330], і російський практик С.В. Луконін [151, с. 28].

Наведена точка зору, звичайно, є цікавою і має право на існування, але водночас слід зазначити, що вона містить певні протиріччя. Адже специфіка надання страхових послуг, крім іншого, зумовлюється також наявністю часового інтервалу, впродовж якого страхова компанія готова виконувати взяті на себе зобов'язання. За певних обставин, договірні строки здійснення страховиком своїх зобов'язань можуть виходити за межі передбаченого договором кінцевого терміну їх дії. Таке явище виникає в таких випадках:

1) страхову компанію з об'єктивних причин ще не повідомили про страховий випадок, який відбувся в межах строку дії договору страхування, хоча термін дії договору вже завершився;

2) страхову компанію повідомили про настання страхового випадку, але процедура страхової виплати триває певний час, що виходить за межі терміну дії договору страхування;

3) при укладанні деяких договорів страхування відповідальності (страхування професійної відповідальності, відповідальності за забруднення



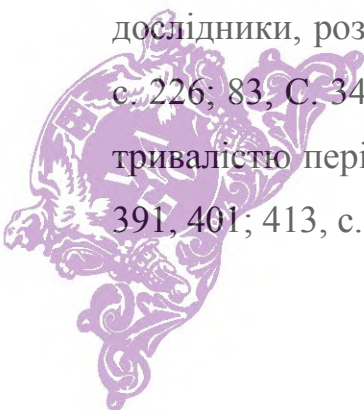
навколишнього середовища тощо) шкода чи збиток може виявитися після закінчення строку дії договору страхування.

У всіх описаних випадках страхова компанія зобов'язана здійснити страхові виплати, незважаючи на закінчення терміну дії укладеного договору страхування.

По-друге, у наведених визначеннях поняття «фінансова стійкість» на перший план виходять характеристики, які переважно стосуються сутності поняття «платоспроможність», оскільки в них системоутворюючою характеристикою є «відповідальність за зобов'язаннями», тобто здатність здійснювати платежі за зобов'язаннями. Безумовно, платоспроможність – важлива умова (показник) забезпечення фінансової стійкості [7, с. 138; 8, с. 110; 40, с. 237; 273, с. 808; 279, с. 485; 398, с. 140], але, на нашу думку, визначення поняття «фінансова стійкість страхової компанії» на підставі лише одної характеристики – платоспроможності не є коректним.

Так, Р.Т. Юлдашев і Ю.М. Тронін говорять про платоспроможність лише як про одну з чотирьох (поряд з ліквідністю, кредитоспроможністю та рентабельністю) «характеристик фінансово-господарського стану підприємства, при поєднанні прийнятних значень яких має місце фінансова стійкість» [423, с. 235]. Та й деякі українські вчені вважають, що ліквідність є складовою фінансової стійкості [147, с. 8]. О.Д. Вовчак характеризує фінансову стійкість з позицій ліквідності та рентабельності, а саме «наявності достатнього рівня покриття залучених пасивів активами, та рентабельності, тобто значної прибутковості, яка забезпечує необхідний розвиток компанії» [40, с. 327].

Хоча поняття «ліквідність» і «платоспроможність» тісно взаємопов'язані, на нашу думку, їх не можна ототожнювати, як це роблять окремі вчені-дослідники, розглядаючи ліквідність і платоспроможність або як синоніми [19, с. 226; 83, с. 345–346], або як поняття одного порядку, що розрізняються лише тривалістю періоду виконання зобов'язань [257, с. 326, 332; 380, с. 346; 381, с. 391, 401; 413, с. 177].



З огляду на це, вважаємо за доцільне зупинитися на дослідженні понять «ліквідність» і «платоспроможність». Поняття «ліквідність» у цілому визначається як процес перетворення активів у кошти. Зокрема, у «Великому економічному словнику» ліквідність трактується як «здатність елементів основного або обігового капіталу компанії швидко і легко реалізовуватися» [26, с. 427].

На нашу думку, суть терміна «ліквідність» щодо страхування найповніше розкриває Р.Т. Юлдашев, який розглядає її як «здатність страховика своєчасно виконувати свої зобов'язання, а також швидко перетворювати активи в реальні кошти, за умови незначних втрат у їх вартості, щоб у разі необхідності своєчасно врегулювати пред'явлені претензії» [424, с. 264]. Щодо наведеного визначення, слід уточнити, що «здатність страховика своєчасно виконувати зобов'язання» – це тлумачення платоспроможності, а ліквідності стосується лише друга його частина.

Отже, з урахуванням розглянутих вище трактувань, вважаємо за доцільне визначати термін «ліквідність» щодо страхової компанії як здатність забезпечувати своєчасне трансформування активів у гроші для виконання, з мінімальними затратами, зобов'язань, які виникають. При цьому, потрібно враховувати, що в основі можливості такого трансформування лежить узгодженість руху активів і пасивів страхової компанії, їх висока якість, що, в свою чергу, дозволяє страховику забезпечувати, в межах певного терміну, відповідність зобов'язань і джерел їх покриття.

Повертаючись до розгляду поняття «платоспроможність», зазначимо, що дане поняття характеризує здатність страхової компанії виконувати зобов'язання на конкретну дату. Аналізуючи співвідношення понять «ліквідність» і «платоспроможність» стосовно практики діяльності страхових компаній, слід наголосити, що коли страховик ліквідний, то він, як правило, здатен виконати свої платіжні зобов'язання. Недостатня ліквідність страховика може спричинити неочікуваний дефіцит платіжних засобів, який покривається шляхом збільшення затрат, що, цілком природно, призводить до зменшення

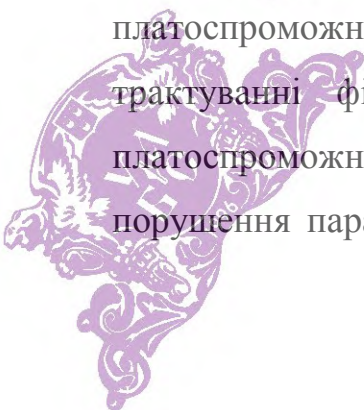


його прибутковості. У гіршому випадку неадекватна ліквідність здатна викликати неплатоспроможність страхової компанії. Разом з тим, надлишкова ліквідність, яка є результатом неефективного страхового менеджменту, також негативно впливає на діяльність страховика і свідчить про його неспроможність розумно розпоряджатися вільними ресурсами. У свою чергу, це може спричинити втрату страховою компанією рентабельності, а іноді навіть призвести до збитків. Отже, платоспроможність страхової компанії визначається, поряд з певними вимогами до її активів, ще й вимогами до ліквідності останніх тією мірою, якою це необхідно для виконання власних зобов'язань, насамперед страхових.

Повністю погоджуємося з трактуванням Л.О. Орланюк-Малицькою поняття «платоспроможність» як ширшого за «ліквідність», оскільки перше включає в себе «проблему наявності коштів для виконання зобов'язань і форму, в якій ці кошти перебувають» [196, с. 4].

Водночас ми не підтримуємо твердження Л.В. Шірінян [413, с. 177], згідно з яким страхова компанія може бути неплатоспроможною, але фінансово стійкою, адже вважаємо, що платоспроможність – це головна умова фінансової стійкості. В зв'язку з цим, повністю погоджуємося з думкою В.Д. Базилевича, що «страховик є неплатоспроможним, якщо його активи неадекватні або недоступні в певний час, щоб здійснити виплати за страховими випадками, що наставали» [279, с. 486]. А такої ситуації із фінансово стійкою страховою компанією бути не може. Водночас ми припускаємо, що можлива ситуація, коли страхова компанія платоспроможна, але фінансово нестійка.

Конкретизуючи поняття «фінансова стійкість страхової компанії», А.Є. Жеребо визначає її як «властивість страхової компанії відновлювати свою платоспроможність у разі її випадкового порушення» [84, с. 22]. У такому трактуванні фінансова стійкість страховика розуміється як збереження платоспроможності в цілому за певний проміжок часу у випадку можливого порушення параметрів платоспроможності в окремі моменти. Ми не можемо



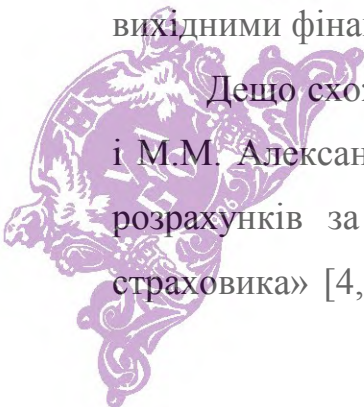
погодитися з цим визначенням, так само як із авторами, які під фінансовою стійкістю розуміють:

- «платоспроможність страхової компанії» [171, с. 19] або «платоспроможність страхової організації в часі з дотриманням умови фінансової рівноваги між власними та залученими коштами» [66, с. 42];
- «здатність страхової компанії зберігати існуючий рівень платоспроможності впродовж певного часу за можливих несприятливих зовнішніх та внутрішніх впливів на фінансові потоки» [151, с. 28];
- «здатність страхової компанії зберігати існуючий рівень платоспроможності впродовж тривалого часу і за суттєвих впливів, використовуючи для цього фінансовий, технологічний або управлінський потенціали» [60, с. 240].

О.О. Шевчук під фінансовою стійкістю розуміє «здатність страхової компанії зберігати нормальний стан фінансових потоків під впливом незначних збурень зовнішнього середовища, постійне збалансування або перевищення доходів над витратами по страховому фонду в цілому» [408, с. 33]. Прихильником даного підходу також є А.І. Гінзбург [52, с. 156].

Це визначення фінансової стійкості, на нашу думку, не можна вважати повним, оскільки в ньому враховані лише «незначні збурення з боку зовнішнього середовища». Але, загальновідомо, що збурення, викликані подіями у внутрішньому середовищі, також можуть відчутно впливати на стан фінансових потоків. Наприклад, результатом звільнення ключових працівників страховика може бути різке зниження обсягів надходжень страхових премій, а це відповідно зменшуватиме фінансові потоки на вході, що, у свою чергу, в межах страхового фонду може призвести до розбалансування між вхідними та вихідними фінансовими потоками.

Дещо схоже інтерпретує сутність фінансової стійкості страхової компанії і М.М. Александрова: «постійне переважання доходів над витратами в межах розрахунків за страховим фондом, яке забезпечується платоспроможністю страховика» [4, с. 171]. Подібної думки дотримується і А.О. Кудрявцев, який



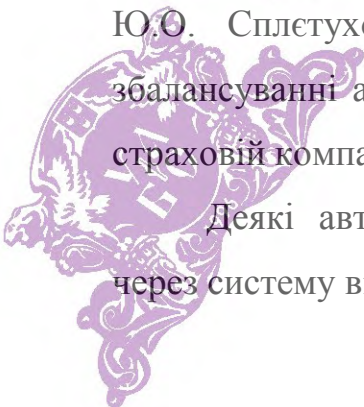
визначає фінансову стійкість як «забезпечення такої структури дохідності та ліквідності вкладень, яка мінімізує технічний ризик страхування» [140, с. 27]. Технічний ризик за Д.Х. Гуштеровим, – це «ризик недостатності коштів страхової компанії для виконання зобов'язань за страховими виплатами, пов'язаними з проведенням страхових операцій (з основною діяльністю)» [63, с. 57]. Г.В. Чернова [398, с. 26] зазначає, що для виконання таких зобов'язань використовуються, насамперед, страхові резерви. Отже, цей підхід до трактовки поняття фінансова стійкість страхової компанії подібний до підходу, якого притримується М.М. Александрова.

У цілому погоджуючись з позицією згаданих науковців, вважаємо надзвичайно спірним твердження про те, що фінансова стійкість страховика визначається виключно рівнем його прибутку, який він отримує від страхової діяльності. Адже страхуванню об'єктивно притаманна інвестиційна функція. При цьому, джерелом фінансування інвестиційної діяльності страховика є страховий фонд, а прибуток від інвестиційної діяльності може бути спрямований ним на фінансування страхових операцій [320, с. 5]. Таким чином, інвестиційні операції є невід'ємною частиною страхового бізнесу, та органічно пов'язані з основною діяльністю страхових компаній.

Така позиція узгоджується з думкою колективу авторів, які у своїй праці зазначають, що «прибуток від страхової діяльності не завжди є головною складовою прибутку страховика. Дуже часто основна діяльність страховика приносить йому не прибутки, а збитки, що компенсуються прибутком від інвестиційної та фінансової діяльності» [280, с. 508].

Наведену обмеженість щодо визначення фінансової стійкості як «переважання доходів над витратами в межах страхового фонду» долають Ю.О. Сплетухов і Є.Ф. Дюжиков [263, с. 283], які наголошують на збалансуванні або перевищенні доходів над витратами в цілому, що дозволяє страховій компанії забезпечувати безперебійну діяльність і розвиток.

Деякі автори намагаються визначити фінансову стійкість страховика через систему відповідності граничних величин встановленим нормативам [2, с.

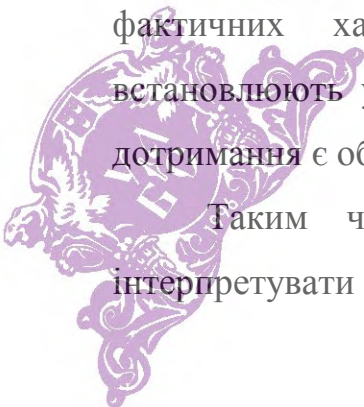


156; 56, с. 216; 144, с. 74]. Для цього вони окреслюють комплекс показників для оцінки фінансової стійкості страхових компаній. Л.М. Горбач, прихильник цього підходу, наголошує на необхідності формування комплексів таких показників окремо для компаній, які здійснюють страхування життя, компаній, які здійснюють інші види страхування, і для перестрахових компаній (при цьому не наводячи як перелік показників, так і методику їх розрахунку). Натомість С.В. Куліков для визначення фінансової стійкості страховика пропонує застосовувати такі показники: «достатність власного капіталу, забезпеченість страховими резервами, платоспроможність, ліквідність, прибутковість і рентабельність» [144, с. 74], не розмежовуючи їх залежно від спеціалізації страховиків.

Щоб краще зрозуміти природу явища, слід розглянути його прояви під різними кутами зору. Саме тому, тут і далі по тексту роботи, при розгляді питання фінансової стійкості страхових компаній вважаємо за доцільне користуватися напрацюваннями вчених-економістів, які досліджували суміжні галузі фінансів. Враховуючи, що страхові компанії – це фінансові установи, проаналізуємо нетипові погляди науковців на проблему фінансової стійкості інших фінансових інституцій.

Так, наприклад, учені-економісти В.П. Пантелєєв і С.П. Халява підкреслюють, що «оцінка рівня фінансової стійкості залежить від обраної стратегії і є суб'єктивною, як суб'єктивна й оцінка якості будь-якої системи, яка залежить від того, чому віддає перевагу особа, яка приймає рішення» [210, с. 65]. Ми не можемо погодитися з наведеною точкою зору з таких причин: по-перше, стратегія – це дії, що розгортаються в часі, вони можуть впливати на фінансову стійкість (поліпшуючи або погіршуючи її), але не на оцінку її фактичних характеристик; по-друге, чинні нормативно-правові акти встановлюють умови та критерії забезпечення фінансової стійкості, отже, їх дотримання є об'єктивною вимогою.

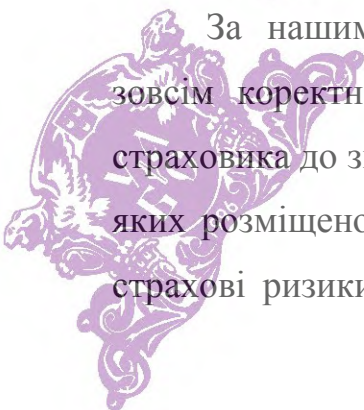
Таким чином, охарактеризований підхід не дозволяє правильно інтерпретувати сутність поняття «фінансова стійкість».



Проаналізувавши наведені нижче варіанти визначення поняття «фінансова стійкість» ми виявили, що в деяких літературних джерелах поняття «фінансова стійкість» тлумачиться з використанням філософського та загальноекономічного понятійного апарату, тобто розглядається або як «здатність виконувати на заданому суспільством рівні властиві фінансовій установі функції та роль в економіці незалежно від впливу зовнішніх і внутрішніх сил, що перешкоджають їх здійсненню» [378, с. 17], або як «здатність протистояти різноманітним дестабілізуючим чинникам при здійсненні страхової діяльності» [392, С. 105–106], або як «якісна інтегральна характеристика спроможності установи ефективно виконувати свої функції та забезпечувати цілеспрямований розвиток шляхом трансформації ресурсів та мінімізації ризиків, витримуючи вплив факторів зовнішнього та внутрішнього середовища» [138, с. 6]. Схожу інтерпретацію сутності фінансової стійкості наводить і Є.В. Склеповий [259, с. 142].

Водночас, на думку В.В. Глушенка, фінансова стійкість страхової компанії – це «такий стан її фінансових ресурсів, який забезпечує платоспроможність і подальший розвиток організації в умовах ризику, пов'язаного зі страховим захистом суб'єктів ринку» [53, с. 318]. Згідно з А.К. Шиховим, під фінансовою стійкістю страхової організації розуміється «її майновий і фінансовий стан, при якому величина та структура власних і прирівняних до них коштів, ліквідних активів, які є наслідком ступеня досконалості організації страхування, розвитку його нових видів, а також масовості проведення ефективних страхових операцій і режиму економії, забезпечують в будь-який момент часу певний рівень платоспроможності» [414, с. 125].

За нашими переконаннями, такі визначення фінансової стійкості не зовсім коректні, оскільки в них не враховано умову фінансової адаптації страховика до змін ринкового середовища, зокрема, в разі банкрутства банків, у яких розміщено кошти страхувальників, і перестраховиків, яким передаються страхові ризики, що, у свою чергу, спричиняє втрату «ступеня досконалості

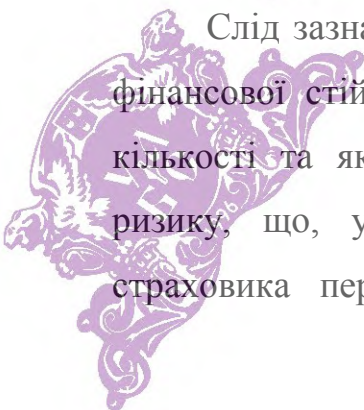


організації страхування». Згадана суперечність виправлена у трактуванні, запропонованому Ю.О. Сплетуховим і Є.Ф. Дюжиковим, на думку яких, фінансова стійкість страховика являє собою «збереження оптимального якісного та кількісного стану активів і зобов'язань, що дозволяє страховій організації забезпечити безперебійне здійснення своєї діяльності та її розвиток» [263, с. 283]. Визначення Н. Кириллової, яка інтерпретує фінансову стійкість страхових компаній як «здатність забезпечувати свої зобов'язання відносно усіх суб'єктів ринку, адаптуватися до мінливого економічного середовища, реалізовуватися як страховик у ринковій економіці» [108, с. 20], вважаємо не зовсім чітким, адже забезпечення зобов'язань ще не означає їх виконання, по-перше, своєчасно, а по-друге, у повному обсязі. Таку нечіткість долає Я.Є. Телепін, який повністю погоджується з підходом Н. Кириллової, акцентує увагу на «здатності виконання своїх зобов'язань» [290, с. 15].

Аналогічної точки зору дотримується і колектив авторів, розглядаючи поняття «фінансова стійкість» як «такий стан фінансових ресурсів організації, за якого вона здатна своєчасно і в передбаченому обсязі виконувати взяті на себе поточні та майбутні фінансові зобов'язання перед усіма суб'єктами за рахунок власних і залучених коштів» [273, с. 750].

Трактування фінансової стійкості страхової компанії «як системи, що адаптується до змін зовнішнього середовища і має дві ознаки: платоспроможність, тобто можливість розраховуватися за своїми зобов'язаннями, та наявність фінансових ресурсів для розвитку, щоб відповідати можливим змінам зовнішніх умов» [7, с. 138] заслуговує на увагу, але через неврахування сукупності факторів чи умов внутрішнього середовища його теж не можна вважати досконалим.

Слід зазначити, що в науковій літературі виділяється специфічна ознака фінансової стійкості, властива лише страховим компаніям, – «відповідність кількості та якості ресурсів величині та структурі прийнятого страхового ризику, що, у свою чергу, означає можливість виконання зобов'язань страховика перед страхувальниками» [195, с. 35]. Подібне за сутністю



трактування цього поняття дають також С.В. Науменкова і Ю.С. Конопліна, О. Кнейслер [112, с. 192; 184, с. 17].

Для глибшого розуміння феномену фінансової стійкості скористаємося напрацюваннями Н. Кириллової. За її визначенням, фінансовий потенціал, рівень фінансової стійкості найбільшою мірою виявляється тоді, коли якість та кількість фінансових ресурсів „не встигають” змінюватися відповідно до змін потреб середовища (рис. 1.1).

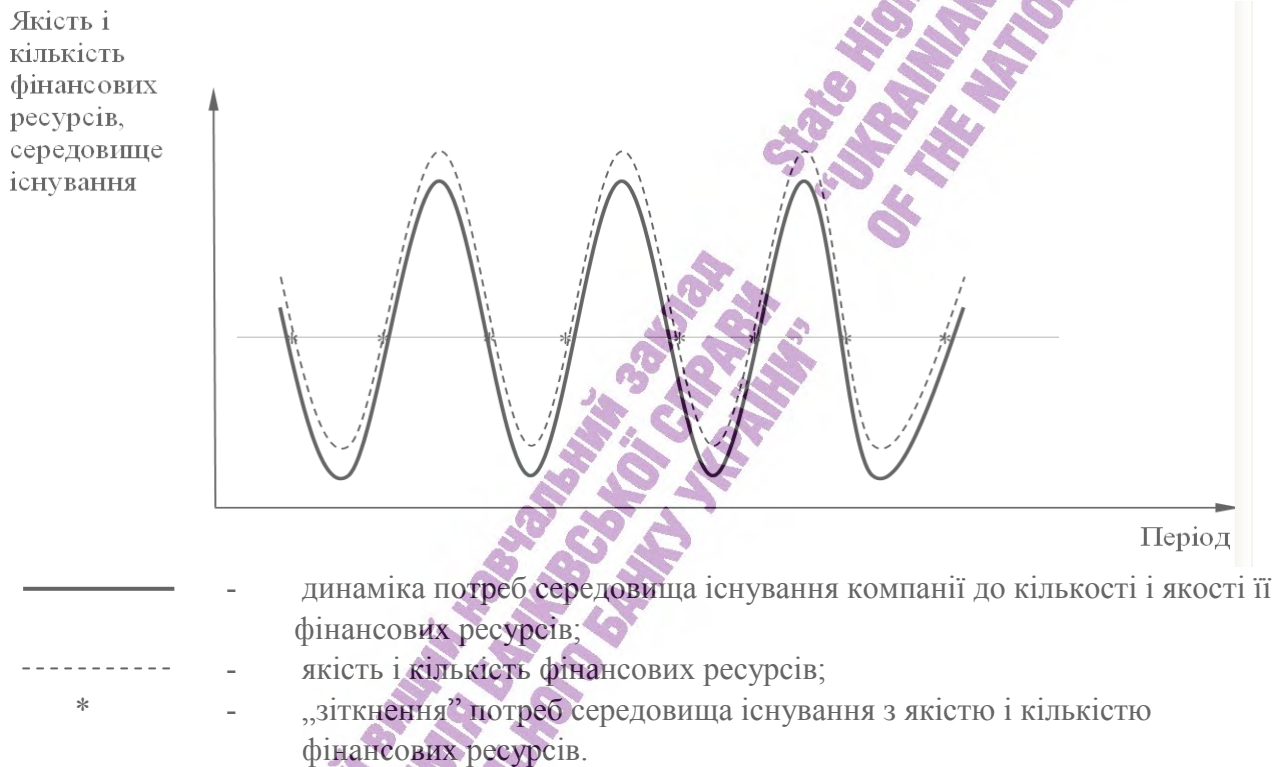


Рис. 1.1. Адаптація фінансових ресурсів до ринкового середовища існування [108, с. 17]

Н. Кириллова [108, с. 18] і Я. Телепін [290, с. 15] трактують поняття „фінансова стійкість” з двох точок зору:

1) фінансова стійкість як показник, що характеризує здатність організації зберігати фінансові ресурси в належній кількості та на рівні, достатньому для забезпечення власної платоспроможності й подальшого розвитку;

2) фінансова стійкість як певний фінансовий стан, який описується з допомогою якісних чи кількісних характеристик. У випадку застосування якісних характеристик можна говорити про високий чи низький рівень

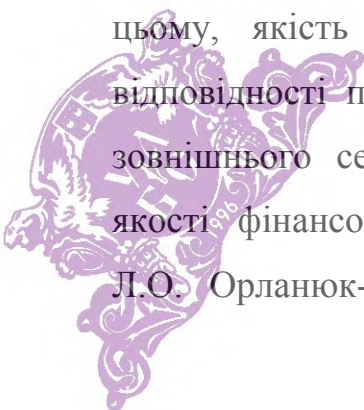
фінансової стійкості, про нестійкість і повну неспроможність (як відсутність фінансової стійкості чи крайній рівень нестійкості). При застосуванні кількісних методів оцінювання фінансової стійкості, використовують бальний підхід присвоюючи певному фінансовому стану бали від нуля і до максимальної їх кількості.

Таке трактування поняття «фінансова стійкість» поділяють також і деякі вітчизняні вчені [270, с. 327; 413, с. 174].

Рисунок 1.1 демонструє, що діапазон фінансової стійкості суб'єкта ринку межує з критичними зонами. Їх досягнення спричиняє кількісні зміни обсягів фінансових ресурсів і породжує якісний стрибок, наслідком якого є зміна не лише якості фінансових ресурсів, а й рівня фінансової стійкості. У разі досягнення мінімуму кількісних показників, а саме допустимих значень факторів, отже, і показників фінансової стійкості, настають якісні зміни в тому числі й юридичного характеру: банкрутство страхової компанії, переорієнтація її функцій на ринку і перехід в іншу якість, з іншою специфікою відносин та іншими різноманітними ознаками категорії підприємства, до якої вона потрапляє.

Проте необхідно зазначити, що існує альтернатива описаним наслідкам якісного стрибка, яка пов'язана з існуванням так званого «проміжного, або перехідного, стану». Вийти з нього можна, покращивши показники своєї діяльності, можливо здійснивши фінансове оздоровлення шляхом санації з наступним відновленням фінансової стійкості страхової компанії.

Вважаємо в основному вірною позицію Л.О. Орланюк-Малицької, яка розглядає фінансову стійкість як «здатність суб'єкта ринку зберігати кількість і якість своїх фінансових ресурсів за умов зміни середовища» [195, с. 33]. При цьому, якість фінансових ресурсів інтерпретується нею як ступінь їх відповідності потребам компанії для страхових виплат і розвитку в умовах зовнішнього середовища. Проте підкреслимо, що збереження кількості та якості фінансових ресурсів за умов зміни зовнішнього середовища, яке Л.О. Орланюк-Малицька вважає необхідним для забезпечення фінансової



стійкості, не завжди є позитивним явищем. На наш погляд, увагу слід акцентувати, переважно, на адаптації ресурсів до вимог зовнішнього і внутрішнього середовища компанії, що змінюються.

Визначення, близьке за змістом до трактування поняття «фінансова стійкість» Л.О. Орланюк-Малицькою, але дещо ширше за нього, в плані розуміння фінансової стійкості страхових компаній, пропонують вітчизняні науковці, які наголошують, що специфічною ознакою фінансової стійкості є «відповідність кількості та якості фінансових ресурсів величині та структурі страхового ризику, обумовленого необхідністю забезпечення страхового захисту та можливості виконання зобов'язань страховика перед страхувальниками» [184, с. 17].

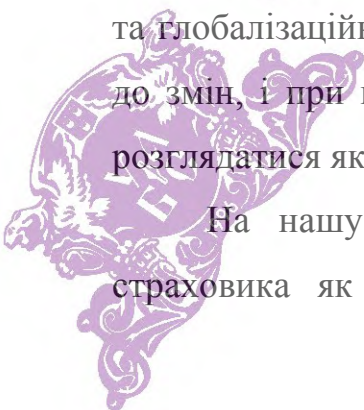
Навряд чи сьогодні актуальним є твердження, що фінансова стійкість страхової компанії – це «її здатність не погіршувати значення своїх показників діяльності при зміні факторів впливу» [417, с. 7]. Вважаємо дане трактування не повною мірою вірним з огляду на такі міркування:

- по-перше, не зрозуміло, які показники діяльності страхової компанії (абсолютні чи відносні, грошові чи натуральні) автор відносить до «своїх» і якими є їх значення;

- по-друге, не можна однозначно трактувати ув'язку показника рівня виплат зі «здатністю не погіршувати значення своїх показників». Так, наприклад, якщо рівень виплат в страховій компанії становить 40%, то погіршенням чи поліпшенням буде зміна цього показника до 60%, оскільки фінансова стійкість знижуватиметься, а рівень виконання страховиком своїх зобов'язань – підвищуватиметься;

- по-третє, «при зміні факторів впливу» (особливо в умовах інтеграційних та глобалізаційних процесів) страхова компанія, насамперед, має адаптуватися до змін, і при цьому зміна деяких показників діяльності страховика повинна розглядатися як цілком нормальне явище.

На нашу думку, більш повним є визначення фінансової стійкості страховика як «економічної категорії, що характеризує такий стан його



фінансових ресурсів, їх розподілу і використання, за якого страхова компанія залишається платоспроможною і здатною своєчасно й у повному обсязі виконати свої фінансові зобов'язання перед страхувальниками в умовах негативного впливу зовнішніх чинників, спричинених зміною параметрів середовища, в якому вона перебуває, і/або внутрішніх чинників, викликаних реалізацією одного або низки ризиків страховика» [103, с. 89]. Вважаємо, що це визначення точно відображає суть явища, але й воно є не повним, адже в ньому йдеться про виконання страховою компанією зобов'язань лише перед страхувальниками.

Підсумовуючи сказане, вважаємо за необхідне ще раз наголосити на специфіці поняття «фінансова стійкість» щодо сфери страхової діяльності порівняно з його суттю стосовно інших сфер економіки. Організація, яка не займається страховою діяльністю, використовуючи залучені кошти, як правило, точно знає, кому з ділових партнерів, коли і скільки їй потрібно заплатити. У страхових компаніях ситуація інша. Основну частину своїх активів страховик формує за рахунок залучених коштів, однак терміни і розміри майбутніх виплат страхувальникам він може оцінити лише з використанням імовірнісного підходу. При виконанні своїх зобов'язань страховик орієнтується не лише на кошти страхових резервів, спеціально призначених для здійснення страхових виплат, а й на інші власні кошти, вільні від будь-яких зобов'язань.

Проведений критичний аналіз літературних джерел дозволяє виділити три органічно і тісно взаємопов'язані та взаємообумовлені ознаки фінансової стійкості страхових компаній: надійність, платоспроможність та ліквідність. Ліквідність – основоположний фактор (умова) платоспроможності, остання, в свою чергу, є найбільш значущим критерієм надійності страхової компанії. Усі вказані вище ознаки спроможні впливати на формування рівня довіри до страховика і є підґрунтям для визначення рівня його фінансової стійкості.

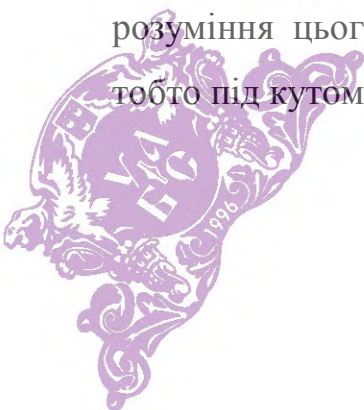
На нашу думку, феномен фінансової стійкості окремого страховика реалізовується не інакше як через постійний кругообіг коштів в межах сфери

його діяльності. Складовими цього кругообігу виступають грошові надходження і грошові витрати страхових компаній. Слушною є думка деяких експертів, які наголошують на тому, що поняття грошових потоків є «узагальненим, агрегованим, включає до свого складу різні види потоків, які обслуговують фінансово-господарську діяльність страхової організації» [189, с. 7]. Опосередковуючи економічні відносини, грошовий потік стає об'єктом управління в процесі страхової, інвестиційної та фінансової діяльності страховика [303, С. 323–324].

Відомо, що розвиток і діяльність страхової компанії мають циклічний характер. В окремих сферах функціонування страховиків періодично можуть виникати негативні ситуації. Досвід свідчить, що кризових ситуацій бажано не допускати, навіть, якщо платою за це буде зниження динаміки розвитку страховика. Адже швидкий розвиток і стійкість окремих страхових компаній можуть входити у певне протиріччя, оскільки іноді висока динаміка розвитку страховиків спостерігається на тлі погіршення їх фінансової стійкості. Водночас високий рівень фінансової стійкості може бути зумовлений недостатньою динамікою розвитку. Тому дефініцію «фінансова стійкість» слід розглядати, враховуючи її тісний зв'язок з показниками динаміки розвитку страховика.

На основі узагальнення й аналізу наведеної вище інформації ми створили графічну модель (рис. 1.2) поняття «фінансова стійкість страхової компанії», яка дозволила нам сформулювати власне трактування цього поняття [362, с. 120].

Вище ми розглянули питання фінансової стійкості на рівні окремого страховика тобто на мікрорівні. Та, на нашу думку, для кращого і повнішого розуміння цього феномену його доречно розглянути також і на макрорівні, тобто під кутом зору фінансової стійкості страхової системи в цілому.



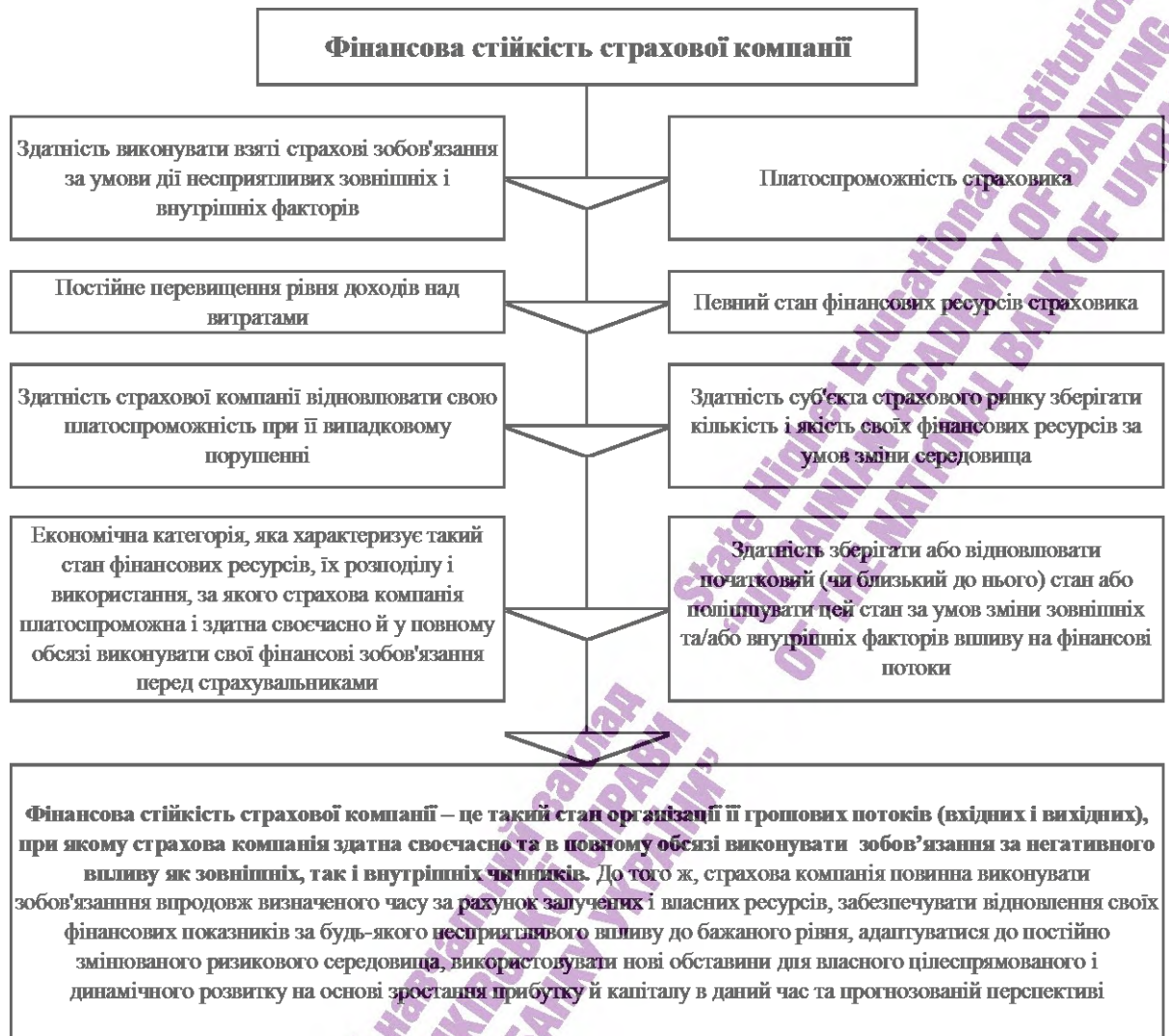


Рис. 1.2. Графічне подання поняття «фінансова стійкість страхової компанії»

1.2. Взаємозв'язок фінансової стійкості страхових компаній із фінансовою стійкістю страхової системи

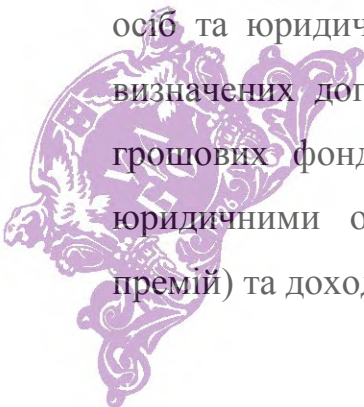
Фінансова стійкість окремих страховиків та фінансова стійкість страхової системи в цілому тісно взаємопов'язані, взаємозалежні та впливають одна на одну. Однак, говорити про фінансову стійкість страхової системи можна лише попередньо встановивши, який сенс вкладається в поняття «страхова система».

Необхідно відмітити, що в економічній літературі означення поняття «страхова система» одиничні. Визначення страхової системи як «сукупності страхових компаній, що функціонують в даному економічному середовищі»

[198, с. 39] та «сукупність різних видів страхових компаній в їх взаємозв'язку із страховим наглядом, що існує в тій чи іншій країні в певний історичний період» [422, с. 204], на нашу думку, є обмеженими, оскільки створена таким чином система (без врахування інших суб'єктів) ефективно функціонувати не може.

В.Г. Баранова, визначаючи поняття «страхова система», особливий наголос робить на побудові економічних відносин «з перерозподілу грошових ресурсів з метою надання страхового захисту за ризиками, які визнані суспільством як страхові» [14, с. 54]. Вважаємо таке трактування дещо неточним, з наступних причин: по-перше, страхові ризики визнаються не суспільством, а окремою страховою компанією; по-друге, акцентування уваги лише на «наданні страхового захисту», обмежує зміст поняття «страхова система». Так, російські вчені визначають страхову систему як «форму організації (побудови) страхових відносин між економічними суб'єктами в національному господарстві, що включає сукупність елементів, об'єднаних внутрішніми зв'язками, які взаємодіють із зовнішнім середовищем (з більш крупними або сусідніми системами), та являють собою єдине ціле, властивості якого відрізняються від властивостей окремих елементів» [393, с. 45].

З приводу наведеного визначення можна сформулювати зауваження щодо некоректності акцентування уваги саме на «страхових відносинах» між економічними суб'єктами, що робить наведене визначення близьким за змістом до визначення поняття «страховий ринок». До речі, аналогічний підхід прослідковується і в роботі В.Г. Баранової [14, с. 54]. Якщо звернутися до Закону України «Про страхування», то в ньому страхування визначається як «вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів» [91].



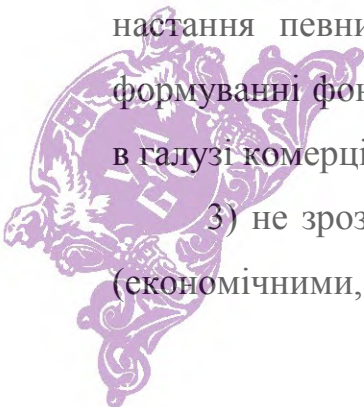
Із даного визначення можна зробити висновок, що страховими відносинами є саме відносини із захисту майнових інтересів юридичних і фізичних осіб у разі настання страхових випадків. В найбільш загальному вигляді організація страхових відносин представлена на рисунку А.1 додатку А. Загальновідомо, що учасниками страхових відносин можуть виступати страховик, страхувальник, застрахована особа та вигодонабувач. Якщо ж говорити про страхову систему, то їй притаманні не лише страхові відносини, а й відносини іншого характеру. Саме на це звертає увагу Ю.М. Тронін, який вважає, що «система страхування» – це «множина суб'єктів страхування, об'єктів страхування та грошових фондів, пов'язаних між собою відносинами із захисту майнових інтересів фізичних і юридичних осіб при настанні певних подій (страхових випадків) за рахунок грошових фондів, що формуються із страхових внесків (страхових премій), які сплачуються ними, а також іншими (економічними, фінансовими, цивільними і т. ін.) відносинами» [369, с. 20]. До суб'єктів страхування Ю.М. Тронін відносить страховиків, страхувальників, застрахованих осіб, вигодонабувачів, страхових посередників, державні позабюджетні фонди, актуаріїв, організації з підготовки кадрів, спеціалізовані страхові видавництва та ін.

Аналіз наведеного вище визначення страхової системи ставить ряд запитань, які вимагають з'ясування:

1) як поєднуються між собою множина суб'єктів страхування (зокрема, організації з підготовки кадрів, спеціалізовані страхові видавництва) з об'єктами страхування, звичайно не враховуючи можливі зв'язки між ними як між страховиком і страхувальником;

2) відносини із захисту майнових інтересів розглядаються лише на час настання певних подій (страхових випадків), хоча вони виникають і при формуванні фондів грошових коштів як в галузі соціального страхування, так і в галузі комерційного страхування;

3) не зрозумілою залишається суть відносин, які автор називає «іншими (економічними, фінансовими, цивільними і т. ін.) відносинами», оскільки, якщо



мова йде про відносини із захисту майнових інтересів, то їм вже притаманний економічний та цивільно-правовий характер.

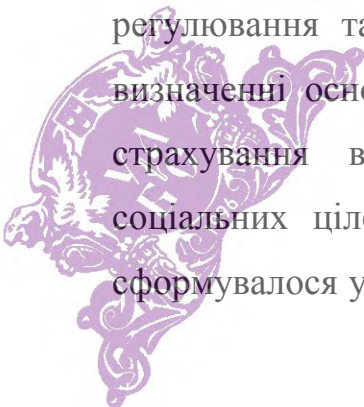
Водночас повністю погоджуємося з підходом І.П. Хомініч та С.М. Тихомирова стосовно доцільності застосування у науковому вжитку поняття «страхова система», а не «система страхування». На думку цих учених, «система страхування» включає «різні аспекти, пов'язані з технологічним процесом укладання страхових договорів» [393, с. 45].

До системи страхування Ю.М. Тронін [369, с. 20] включає і соціальне, і комерційне страхування. Аналогічні елементи, але вже до складу «страхової системи» відносять і І.П. Хомініч та С.М. Тихомиров [393, с. 48]. Зважаючи на запропонований ними підхід слід відмітити, що сутність, предмет страхування та інші складові цих галузей страхування є дещо відмінними (таблиця А.2 додатку А).

Якщо задатися питанням пошуку схожості між соціальним і комерційним страхуванням, то можна констатувати, що соціальне страхування лише частково (за одним критерієм – «об'єкт страхування») дещо схоже на особисте комерційне страхування. Необхідно також зауважити, що комерційне страхування дозволяє індивідуумам захиститися від більшої кількості ризиків, порівняно з соціальним страхуванням.

У таблиці А.3 додатку А наведено основні критерії, які відрізняють соціальне страхування від особистого комерційного.

Порівняння соціального і комерційного страхування дає підстави визначати соціальне страхування, насамперед, як механізм реалізації соціальної політики держави. При цьому, інститут соціального страхування, при управлінні соціальними ризиками, має поєднувати два принципи – соціальне регулювання та страхування. Принцип соціального регулювання полягає у визначенні основних соціальних орієнтирів розвитку суспільства, а принцип страхування визначає механізм фінансового забезпечення поставлених соціальних цілей. Тому, в процесі свого розвитку, соціальне страхування сформувалося у дещо відмінну від суто страхової системи систему фінансового



забезпечення певних суспільних потреб, засновану на перерозподілі валового внутрішнього продукту.

Вище вже відмічалось, що проблематиці дослідження сутності поняття «страхова система» приділяється, на жаль, недостатньо уваги. Натомість увага фокусується на понятті «страховий ринок». Існує достатньо велика кількість визначень цього поняття, оскільки науковці пропонують визначення сутності поняття «страховий ринок» базуючись на різних критеріях, а саме:

1) сфера економічних відносин, де об'єктом купівлі-продажу є страховий захист [190, с. 154; 272, с. 56];

2) особливе соціально-економічне середовище, така сфера грошових відносин де об'єктом купівлі-продажу виступає страховий захист, де формується попит і пропозиція на нього [10, с. 38; 23, с. 109; 40, с. 62; 56, с. 31; 60, с. 62; 79, с. 176; 137, с. 102; 179, с. 120; 221, с. 42; 280, с. 76; 281, с. 36];

3) система економічних відносин, що виникають з приводу купівлі-продажу страхової послуги в процесі задоволення суспільних потреб у страховому захисті [424, С. 685–686];

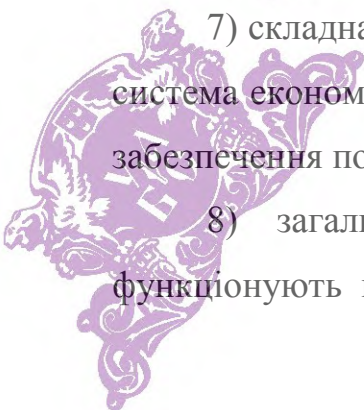
4) економічний простір або система, що управляється співвідношенням попиту покупців-страхувальників на страхові послуги та пропозицією продавців-страхових організацій із надання страхового захисту [291, с. 120];

5) економічні відносини в межах певної території, в процесі яких формуються попит, пропозиція і ціна на страхові продукти, укладаються договори страхування та виконуються зобов'язання за ними [420, с. 44];

6) система економічних відносин, які складають сферу діяльності страховиків і перестраховиків у певній країні, групі країн чи в міжнародному масштабі щодо надання страхових послуг страхувальникам [85, с. 414];

7) складна, багатofакторна, динамічна, відповідним чином структурована система економічних відносин, що виникають між суб'єктами ринку з приводу забезпечення потреби у страховому захисті [188, с. 32];

8) загальна кількість страхових і перестрахових компаній, що функціонують на певній території (в окремих державах, континентах або в



уському світі), а також реально існуюча потреба в страховому або перестраховому захисті [433, с. 51].

З нашої точки зору найповніше суть поняття «страховий ринок» окреслює В.М. Фурман, визначаючи його як «систему стійких економічних відносин між покупцями (споживачами, вигодонабувачами), посередниками і продавцями, пов'язаних з формуванням попиту, пропозиції та ціни на прямий страховий захист і перестраховування, що матеріалізуються у страхових, перестраховальних та супутніх послугах у даній країні, групі країн чи міжнародному масштабі» [390, с. 116].

Однак і це визначення не позбавлене недоліків. Зокрема, якщо мова ведеться про економічні відносини між покупцями, посередниками та продавцями з приводу формування попиту, пропозиції та ціни на страхування та перестраховування, то трактування автором поняття «страховий ринок» викликає наступні запитання:

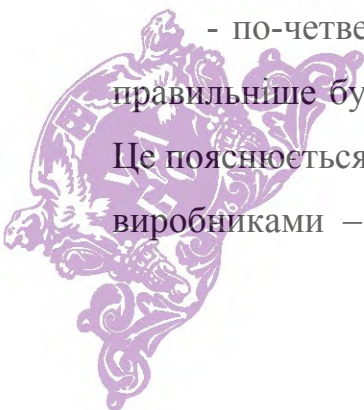
- по-перше, чому автор не акцентує уваги на виконанні зобов'язань за придбаними страховими та перестраховими послугами (до речі, цей момент влучно підкреслює Я. Шумелда);

- по-друге, система «стійких економічних відносин» між вигодонабувачами та посередниками або вигодонабувачами та продавцями (страховими компаніями), на нашу думку, неможлива;

- по-третє, очевидно, що для формування попиту, пропозиції та ціни в страховому бізнесі недостатньо лише покупців, посередників і продавців. Якщо притримуватися позиції автора, то в страховому бізнесі незрозумілими є місце та роль аварійних комісарів, актуаріїв, об'єднань страховиків і страхувальників, органів державного регулювання, організацій страхового сервісу;

- по-четверте, якщо говорити про покупців, посередників і продавців, то правильніше буде акцентувати увагу на покупцях, посередниках і виробниках.

Це пояснюється тим, що посередники є продавцями страхових послуг поряд з їх виробниками – страховими компаніями. Тому в наведеній інтерпретації або



слід говорити про покупців (страхувальників) і продавців (страхові компанії та страхових посередників) або про покупців, посередників і виробників;

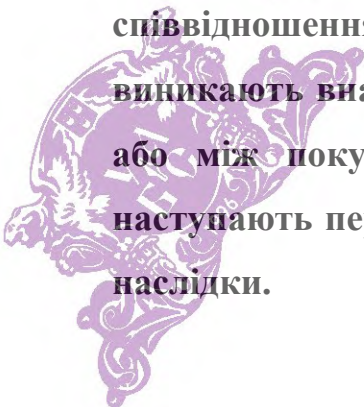
- по-п'яте, чи потрібно окремо зазначати «супутні послуги» як окремий продукт страхового ринку, якщо вони, як правило, надаються з метою підвищення конкурентоспроможності того чи іншого страхового продукту, і вже входять до нього;

- по-шосте, говорити про формування попиту, пропозиції та ціни на перестраховання не доречно, оскільки воно є вторинним відносно страхування і перестрахові відносини є додатковими економічними відносинами, як і безліч інших, що можуть виникати в процесі функціонування страхової системи.

На нашу думку, міркування наведені вище дають підстави стверджувати, що на існування мають право обидва поняття, а саме: «страховий ринок» та «страхова система».

У даному контексті вважаємо доречним навести визначення страхового ринку, запропоноване А.Ф. Бакіровим та Л.М. Клікіч, які вказують, що це «підсистема ринку послуг, де специфічні економічні відносини формуються між страховиком і страхувальником з приводу створення та використання страхового фонду» [11, с. 119]. І повністю погоджуємося з О.В. Козьменко, що «функціонування страхового ринку відбувається за умови взаємодії його суб'єктів із приводу об'єктів страхування, на які спрямований страховий захист» [118, с. 87].

Враховавши всі доступні для нашого аналізу точки зору на досліджуване явище пропонуємо уточнене визначення поняття «страховий ринок» – як окремої сфери послуг та специфічних економічних взаємовідносин з приводу купівлі-продажу страхового захисту в результаті співвідношення попиту та пропозиції на основі прямих зв'язків, які виникають внаслідок укладання договорів між покупцями та продавцями або між покупцями, продавцями та виробниками в результаті чого настають передбачені чинним законодавством цивільно-правові та інші наслідки.



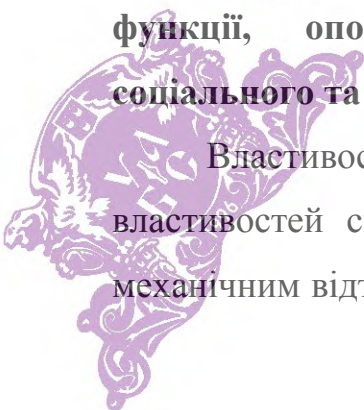
Таким чином, виходячи з визначення наведеного вище, поняття «страховий ринок» за своїм економічним сенсом, є вужчим порівняно з поняттям «страхова система». Саме тому, на нашу думку, страховий ринок необхідно розглядати в якості підсистеми страхової системи. Відповідно, страховий ринок виступає в ролі об'єкту регулювання в межах більшої системи, якою щодо нього є страхова система.

В той же час, огляд літературних джерел дозволяє зробити висновок про те, що офіційно визнане, усталене визначення терміну «страхова система» нині відсутнє.

Необхідно відмітити, що поняття «система» в наш час широко використовується. Теорія систем активно вивчається науковцями, практично в усіх галузях науки знайшов широке застосування системний підхід. Вивчення страхової галузі з застосуванням системного підходу свідчить, що це не аморфна, неструктурована сукупність страхових компаній, а певним чином організована система в основі діяльності й розвитку якої знаходяться інтегровані між собою головні умови її функціонування: сукупність достатньої кількості елементів, закономірно пов'язаних в єдине ціле; взаємодія елементів між собою відповідно до структури і функцій системи; цілісність і властивості функціонування системи підкоряються певним об'єктивним законам і не є аналогічні властивостям і функціям окремих її елементів.

Отже, враховуючи наведену вище аргументацію, **пропонуємо таке визначення терміну «страхова система» — певним чином упорядкована єдність страхових компаній та інших суб'єктів економічних відносин, які об'єднані внутрішніми зв'язками на певному проміжку часу взаємодіють між собою та з зовнішнім середовищем, а також виконують належні їм функції, опосередковані відносинами економічного, юридичного, соціального та іншого характеру [334, С. 321–133].**

Властивості страхової системи кількісно і якісно відрізняються від властивостей складових, які її формують, оскільки страхова система не є механічним відтворенням у більших масштабах сутності та відносин її окремих



елементів. Страхова система якісно інше, за суттю економічних відносин, утворення, яке характеризується певним чином організованою взаємодією сукупності страхових компаній та інших економічних суб'єктів, які спільно формують цілісну систему в економіці.

Графічна модель страхової системи, як ми її бачимо, наведена на рисунку А.2 додатку А. Кожна система має певний перелік ознак, які притаманні саме їй та характеризують її як окрему й унікальну систему. Типові ознаки, які на наш погляд, притаманні страховій системі наведено на рисунку А.3 додатку А.

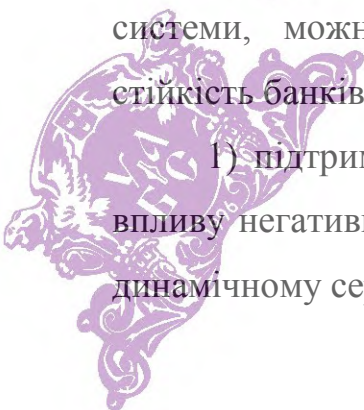
У зв'язку з відсутністю як у вітчизняних, так і зарубіжних наукових дослідженнях робіт, пов'язаних із розглядом питань забезпечення фінансової стійкості страхової системи, вважаємо за доцільне розглянути це питання на прикладі аналогу, а саме – банківської системи. Так, С.М. Ільєсов звертає увагу на те, що банківська система «функціонує стійко за певним параметром, якщо відхилення даного параметру не перевищує допустимої величини, а поміхи можуть бути компенсовані у певних межах» [101, С. 8–9].

Дещо по-іншому підходить до визначення цього поняття Г.Г. Фетисов, який під стійкістю системи розуміє «комплексний позитивний стан, який характеризується розвитком якісних параметрів її діяльності та діяльності її окремих елементів у взаємодії з інтересами економіки» [377, с. 31].

Вважаємо, що, в даному контексті, правильною є думка О.І. Барановського про те, що стійкість системи – це «об'єктивне віддзеркалення статус-кво у ній, з урахуванням стану збалансованості всіх її структурних елементів, що свідчить про здатність виконання нею свого функціонального призначення» [15, с. 79].

Враховуючи всі наведені вище точки зору щодо стійкості банківської системи, можна виокремити характерні властивості поняття «фінансова стійкість банківської системи»:

1) підтримання параметрів функціонування в певних межах, подолання впливу негативних факторів, зі збереженням власних якісних характеристик у динамічному середовищі;



2) взаємний вплив і взаємодія окремих елементів системи відбувається в унісон з економічними процесами.

Вважаємо, що наведені властивості повинні бути актуальними також і тоді, коли мова ведеться про фінансову стійкість страхової системи. В той же час, необхідно звернути увагу на характерні особливості, що мають суттєве значення саме у випадку визначення поняття «фінансова стійкість страхової системи», а саме:

- спроможність страхової системи протидіяти впливові зовнішніх факторів, а також внутрішніх негативних факторів за рахунок механізмів саморегулювання та зовнішнього регулювання органами нагляду;

- наявність сукупності об'єктивних характеристик діяльності учасників страхової системи. Зрозуміло, що ці характеристики можуть відрізнятися залежно від розміру, форми власності, інших показників, притаманних певному учаснику та органічне й оптимальне поєднання таких характеристик виступає основним механізмом, який зсередини забезпечує фінансову стійкість страхової системи в цілому;

- залежність від стійкості учасників, які складають страхову систему, перш за все – страхових компаній. При цьому, фінансова стійкість страхової системи не є прямим наслідком і не дорівнює сумарно фінансовій стійкості окремих страховиків;

- конфігурація структури страхової системи, за такими показниками: суб'єктний склад (страхувальники, застраховані, вигодонабувачі, страховики, страхові посередники, об'єднання страховиків, організації страхового сервісу та ін.);

інституції: формальні (держава, інституції власності, права, ринку тощо) та неформальні (тіньова економіка, корупція тощо);

функціональні рівні: макрорівень, мезорівень (регіон), мікрорівень (окремі учасники страхової системи).

Таким чином, проведений аналіз, свідчить про неоднозначність та багатоаспектність поняття «фінансова стійкість» як на рівні окремого

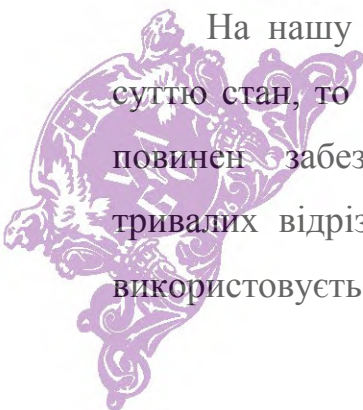


страховика (п.п. 1.1), так і на рівні страхової системи в цілому. Вважаємо, що говорячи про фінансову стійкість необхідно завжди уточнювати про який її рівень ведеться мова [311]. Якщо на увазі мають мікрорівень, то треба говорити про «фінансову стійкість страхової компанії», якщо на увазі мають макрорівень, то треба говорити про «фінансову стійкість страхової системи».

Враховуючи наведені вище міркування вважаємо, що фінансова стійкість страхової системи – це такий її стан, що характеризується здатністю на належному рівні зберігати кількісні та якісні характеристики, які забезпечуються збалансованістю розподілених у часі вхідних і вихідних грошових потоків, ефективним та стійким функціонуванням страховиків і їх спроможністю динамічно розвиватися під впливом макроекономічних, політичних, правових та інших факторів, не руйнуючи сукупності взаємозв'язків, які існують між суб'єктами страхової системи, за умови наявності певного рівня єдності та координації дій страховиків, загального механізму контролю й нагляду за їх функціонуванням.

В свою чергу, «фінансова стійкість» як прояв економічного життя забезпечує стабільність розвитку як окремої страхової компанії, так і страхової системи в цілому. При цьому, слід підкреслити, що ототожнювати фінансову стабільність із стійкістю не можна (хоча деякими науковцями [3, с. 21] ототожнення здійснюється), оскільки остання характеризує стан страховика на коротких проміжках часу. Натомість поняття «фінансова стабільність» передбачає надійність, стійкість функціонування страхової компанії впродовж тривалого періоду часу в умовах постійно змінюючих один одного реальних станів, для кожного з яких характерний певний рівень фінансової стійкості страховика.

На нашу думку, якщо фінансова стійкість – це за своєю економічною суттю стан, то фінансова стабільність – це динамічний процес, який, в ідеалі, повинен забезпечувати належне функціонування страховика впродовж тривалих відрізків часу. Така точка зору підтверджується визначенням, яке використовується для поняття фінансова стабільність Європейським



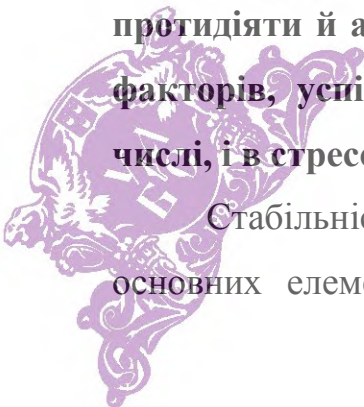
центральним банком – це «такий процес, коли фінансова система здатна протистояти шокам без розвитку, викликаних ними кумулятивних ефектів» [106, с. 30].

Виходячи з визначення наведеного вище, явище фінансової стабільності страхової компанії доцільно характеризувати як динамічний і передбачуваний тип розвитку, який має системний характер, відкриває різноманітні варіанти розвитку, характеризується відносністю та здатністю «поглинати» негативні впливи внутрішнього і зовнішнього походження. Звідси, стабільна страхова компанія є завжди фінансово стійкою, але фінансово стійкий страховик не завжди стабільно функціонує, оскільки параметри його діяльності відносяться лише до поточного часового інтервалу в короткостроковій перспективі.

Таким чином, поняття «стабільність страхової компанії» є поняттям ширшим і комплекснішим, порівняно з поняттям «фінансова стійкість страхової компанії», розгляд якого вимагає аналізу широкого спектру питань організаційного і технічного характеру. Разом з тим, забезпечення фінансової стійкості сприяє успішному розвитку всіх аспектів діяльності страховика. Таким чином, фінансова стійкість та фінансова стабільність є тісно пов'язаними, але не тотожними характеристиками.

На нашу думку, фінансова стабільність страхової системи – це її здатність впродовж тривалого часу рівномірно і передбачувано розвиватися, на основі інтеграції та застосування передового досвіду за умови збереження при цьому здатності до відтворення, а також до прогресивного розвитку і якісного вдосконалення під дією налагодженого обігу грошових потоків між суб'єктами страхової системи та за умови стійкого розвитку цих суб'єктів, здатності страхової системи успішно протидіяти й адаптуватися до негативних впливів зовнішніх і внутрішніх факторів, успішно виконуючи при цьому свої основні функції, в тому числі, і в стресових ситуаціях та в періоди структурних змін.

Стабільність страхової системи значною мірою визначається стійкістю її основних елементів – страхових компаній. Водночас, менеджмент кожної



страхової компанії, виходячи із суто власних міркувань, розробляє стратегію її розвитку. В результаті цього формуються певні макроекономічні умови, в яких діють як самі страховики, так і решта учасників страхової системи.

На рівень фінансової стійкості страхової компанії впливає значна кількість ризикоутворюючих факторів, питанню дослідження яких присвячено наступний підрозділ дисертаційної роботи.

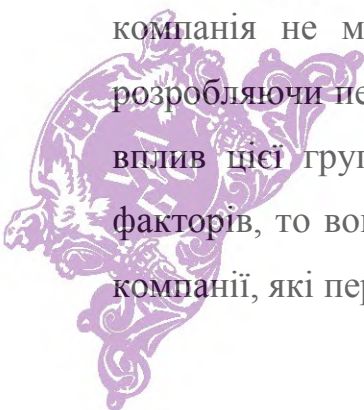
1.3. Ризики, що впливають на фінансову стійкість страхової компанії та управління ними

За своїм характером діяльність страховика є доволі різноспрямованою та передбачає як проведення страхових і перестрахових операцій, так і здійснення інвестиційної та фінансової діяльності. Саме тому, фінансова стійкість страхової компанії залежить від значної кількості ризикоутворюючих факторів.

Термін «фактор» походить від латинського *factor* і трактується як «умова, рушійна сила, причина будь-якого процесу» [187, с. 706]. В аналогічному контексті поняття «фактор» трактується і в економічних енциклопедичних виданнях, які вказують на те, що фактор це «суттєва обставина в будь-якому явищі, процесі» [26, с. 1244].

В подальшому, для потреб нашого дослідження називатимемо факторами причини, які зумовлюють виникнення того чи іншого ризику. В найбільш загальному вигляді фактори можна поділити на дві великі групи – зовнішні та внутрішні. Кожна з груп цих факторів має специфічний вплив на фінансову стійкість страхової компанії.

Особливе значення мають зовнішні фактори, на прояви яких страхова компанія не може впливати та змушена до них пристосовуватися. Тому, розробляючи певні стратегії поведінки, страховикам слід ретельно враховувати вплив цієї групи факторів на їх фінансову стійкість. Що ж до внутрішніх факторів, то вони стосуються таких чинників, параметрів діяльності страхової компанії, які перебувають під її контролем [339, с. 116].



На рисунках А.4 та А.5 додатку А наведені множини факторів, як пов'язаних з діяльністю страхової компанії, так і не залежних від неї, які впливають на її фінансову стійкість [335, с. 273].

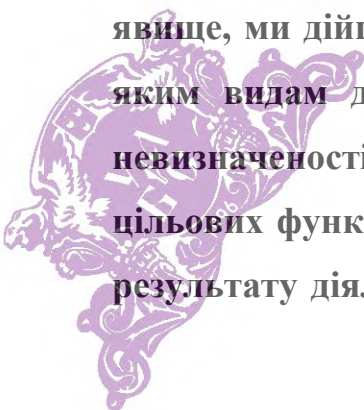
Проаналізувавши визначення поняття «ризик» щодо його застосування в економіці, наведені у вітчизняній і зарубіжній літературі, ми виявили, що всі запропоновані формулювання можна об'єднати у три групи.

1. Формулювання, в яких ризик визначається через поведінку суб'єкта в умовах невизначеності на підставі вибору альтернатив за рахунок оцінювання ймовірності досягнення запланованого результату, спрямованого на подолання факторів, які заважають діяльності суб'єкта. На нашу думку, трактування ризику як дії або діяльності є некоректним із точки зору дослідження операцій.

2. Формулювання, в яких ризик асоціюється з імовірністю одержання негативних наслідків від підприємницької діяльності. Недоліком цього підходу вважаємо те, що враховуються лише негативні результати, але внаслідок реалізації таких невід'ємних частин підприємницької діяльності (покликаних забезпечувати максимізацію прибутку), як ініціативність, ризиковість, самостійність і відповідальність, цілком можливе одержання й позитивних результатів. Саме тому, наш погляд, підхід до визначення ризику, за якого враховується можливість прояву лише негативних факторів, має односторонній характер, є недосконалим і не розкриває сутності ризику як явища.

3. Формулювання, в яких ризик визначається як імовірність відхилення від запланованих результатів або як імовірність розходження між запланованим і фактичним результатами. Таке трактування, на нашу думку, є більш повним і точним.

Базуючись на вивченні наведених вище точок зору на ризик як явище, ми дійшли висновку, що ризик є властивістю, притаманною будь-яким видам діяльності. Він реалізується внаслідок багатоманітності й невизначеності векторів впливу на певний об'єкт у ході реалізації його цільових функцій та установок і проявляється у вигляді такого кінцевого результату діяльності, який на стадії планування й реалізації не можливо



було врахувати і/або передбачити. При цьому ризик визначається як суб'єктивна оцінка об'єктивної невизначеності настання випадкової події, що може реалізуватися внаслідок непередбачуваних і/або не врахованих зовнішніх та внутрішніх впливів.

Різноманітність підходів до визначення поняття «ризик» свідчить про багатовимірність ризику як явища та його двоїсту природу. Адже ризик у підприємстві, як зазначали вище, здатен привести як до позитивних, так і негативних наслідків. З огляду на вищесказане погоджуємося з твердженням українських науковців про те, що ризик – це «всепроникаючий феномен, властивий усім ринковим суб'єктам» [241, с. 12].

Звичайно не є, винятком і страхові компанії, яким ризик притаманний також. Та при цьому ризик у страхуванні має специфічні риси. У цій сфері він є щонайменше двоаспектним, адже страхова компанія у своїй діяльності зазнає впливу двох великих груп ризиків, а саме: ризиків, що надходять від страхувальників, і ризиків страховика, як будь-якого іншого суб'єкта господарювання. Отже, багатоаспектність ризику у страхуванні зумовлена специфікою діяльності страхових компаній, які за плату приймають на себе ризики третіх осіб.

Детальніше проаналізуємо сукупність ризиків, властивих діяльності страховика. Розглядатимемо категорію «ризик», нехтуючи можливими позитивними наслідками реалізації ризиків.

Страхові компанії у своїй діяльності спроможні наражатися на різноманітні ризики. В узагальненому вигляді типологію і стислу характеристику ризиків наведено на рисунку 1.3. У результаті екстремальної реалізації, будь-який із ризиків може мати нищівні наслідки для страхової компанії.





Рис. 1.3. Типологія ризиків, які властиві страховим компаніям

На нашу думку, окремої уваги заслуговує розгляд специфіки страхового ризику, в структурі якого вважаємо за доцільне виділити специфічні складові: андеррайтингову, кредитну й ліквіднісну.

Андеррайтингова складова страхового ризику нерозривно пов'язана зі специфікою страхового бізнесу, а саме з політикою продажу страхових послуг.

Суть андеррайтингу полягає у відборі та оцінці ризиків для обґрунтування можливості їх страхування. Ризики, пов'язані з цим процесом, обумовлені небезпеками, на які наражається об'єкт страхових відносин. У ризиковому сегменті страхування вони зумовлюються природними й антропогенними лихами, нещасними випадками і ризиком відповідальності перед третіми

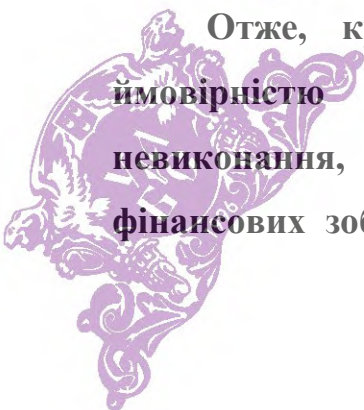
особами. Дослідження періодичності виникнення природних катастроф, місць їх виникнення й масштабів допомагає визначити приблизну частоту настання страхових випадків у різних видах ризикового страхування.

У сегменті страхування життя андеррайтингова складова страхового ризику відіграє не таку велику роль, як у випадку з ризиковим страхуванням. Це зумовлено тим, що рівень смертності (який систематично переглядається й фіксується в таблицях смертності) залишається приблизно однаковим, що дає змогу більш-менш точно визначити частоту настання страхових випадків і суму належних виплат.

Виходячи з наведеного вище, вважаємо, що андеррайтингова складова страхового ризику характеризується ймовірністю страхової компанії понести збитки або не отримати відповідний дохід у зв'язку з некваліфікованим і неефективним проведенням роботи з прийому ризиків на страхування чи перестраховування, зокрема, з оцінки ризиків, визначення можливостей їх страхування чи перестраховування і впливу на збалансованість страхового й перестрахового портфелів інших ризикоутворюючих факторів (про які йтиметься далі).

Кредитна складова страхового ризику зумовлюється тим, що контрагенти (дебітори, позичальники, брокери, страхувальники та ін.) не в змозі виконати свої зобов'язання. У разі якщо страхова компанія користується послугами перестрахових компаній, специфіка кредитної складової страхового ризику тісно пов'язана з діяльністю компаній-перестраховиків. Здійснюючи управління кредитною складовою страхового ризику, страхові компанії, передусім повинні уникати концентрації цього різновиду ризику й намагатися максимально урізноманітнити свої інвестиції.

Отже, кредитна складова страхового ризику характеризується ймовірністю виникнення у страхової компанії збитків унаслідок невиконання, невчасного або неповного виконання контрагентами фінансових зобов'язань перед страховою компанією відповідно до умов

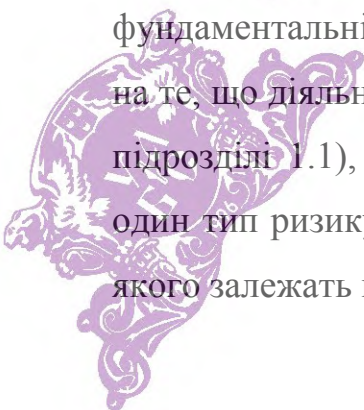


укладених договорів страхування та перестраховання, договорів, пов'язаних з розміщенням тимчасово вільних коштів, та інших договорів.

Ліквіднісна складова страхового ризику проявляється у неможливості страхової компанії виконати свої зобов'язання через неспроможність реалізації активів. Здатність перетворювати активи у готівку залежить від багатьох факторів, які впливають на обсяг ризику ліквідності. Одним із них є, зокрема, загальний стан ринку, який потребує якомога більшої диверсифікації інвестицій за несприятливих умов. З-поміж інших факторів, що зумовлюють раптове виникнення питання ліквідності, може бути зниження рейтингу, негативний розголос (незалежно від того, об'єктивний він чи ні) або інформація щодо проблем інших компаній, які провадять аналогічну чи подібну діяльність.

Таким чином, ліквіднісна складова страхового ризику характеризується ймовірністю виникнення збитків унаслідок неспроможності страхової компанії забезпечити виконання своїх зобов'язань у повному обсязі, що пов'язано з неможливістю швидкої конверсії фінансових активів у платіжні засоби без втрат. Ця складова виникає в результаті незбалансованості фінансових активів і фінансових зобов'язань страховика (у тому числі внаслідок невчасного виконання фінансових зобов'язань одним чи декількома контрагентами страхової компанії) та/або виникнення непередбаченої необхідності швидкого й одночасного виконання страховою компанією своїх фінансових зобов'язань.

Наслідком реалізації будь-якого з наведених вище ризиків (рис. 1.3) можуть бути локальні, а за певних обставин – і системні збої в діяльності страховика. Викликати їх можуть не лише недоліки цієї діяльності, а й фундаментальні причини макроекономічного характеру. Водночас, зважаючи на те, що діяльність страхових компаній має певну специфіку (про що йшлося в підрозділі 1.1), при розгляді цієї діяльності обов'язково слід урахувати ще один тип ризику – ризик фінансової стійкості, наявність і рівень інтенсивності якого залежать від усіх розглянутих вище ризиків та їхніх складових.

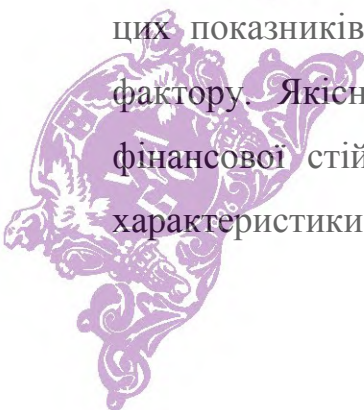


Ризики різних типів проявляються шляхом реалізації одного або множини окремих факторів. Іншими словами, ризикоутворюючі фактори викликають появу певних типів ризику й визначають їх характер. Рівень будь-якого ризику залежить від впливу множини ризикоутворюючих факторів, як пов'язаних із діяльністю страхової компанії, так і незалежних від неї. Вплив цих факторів залежить від особливостей конкретного виду діяльності і специфічних рис невизначеності, в умовах якої діяльність провадиться.

Для побудови дієвої системи управління ризиками страхової компанії, у тому числі ризиком її фінансової стійкості, надзвичайно важливим є визначення якомога повнішого переліку ризикоутворюючих факторів, спроможних впливати на формування конкретних типів ризиків (рис. 1.4).

Підсумовуючи викладене, доходимо висновку, що ризик недотримання фінансової стійкості визначається як імовірність порушення налагодженого кругообігу коштів у межах сфери діяльності страхової компанії в зв'язку з проявом одного або більшої кількості ризикоутворюючих факторів стратегічного, ринкового, страхового (його андеррайтингової, кредитної та ліквіднісної складових), операційного та інформаційного ризиків, на такому рівні, який спричиняє неспроможність виконання страховиком суспільно визначеної ролі в економіці. Наслідком цього може бути втрата страховою компанією частини своїх фінансових ресурсів, недоодержання доходів або, у гіршому разі, банкрутство [363, с. 90].

Говорячи про ризик недотримання фінансової стійкості та фактори, які впливають на його формування, необхідно відзначити, що вони можуть бути охарактеризовані за допомогою якісних та кількісних показників. Сукупність цих показників описує зміст та обсяги впливу певного ризикоутворюючого фактору. Якісні показники застосовуються для вербального опису ризику фінансової стійкості. Вони служать для первинної ідентифікації та якісної характеристики загроз фінансовій стійкості страховика. Кількісні показники



ризиків фінансової стійкості дозволяють визначити та вимірити масштаб їх впливу на діяльність страхової компанії.

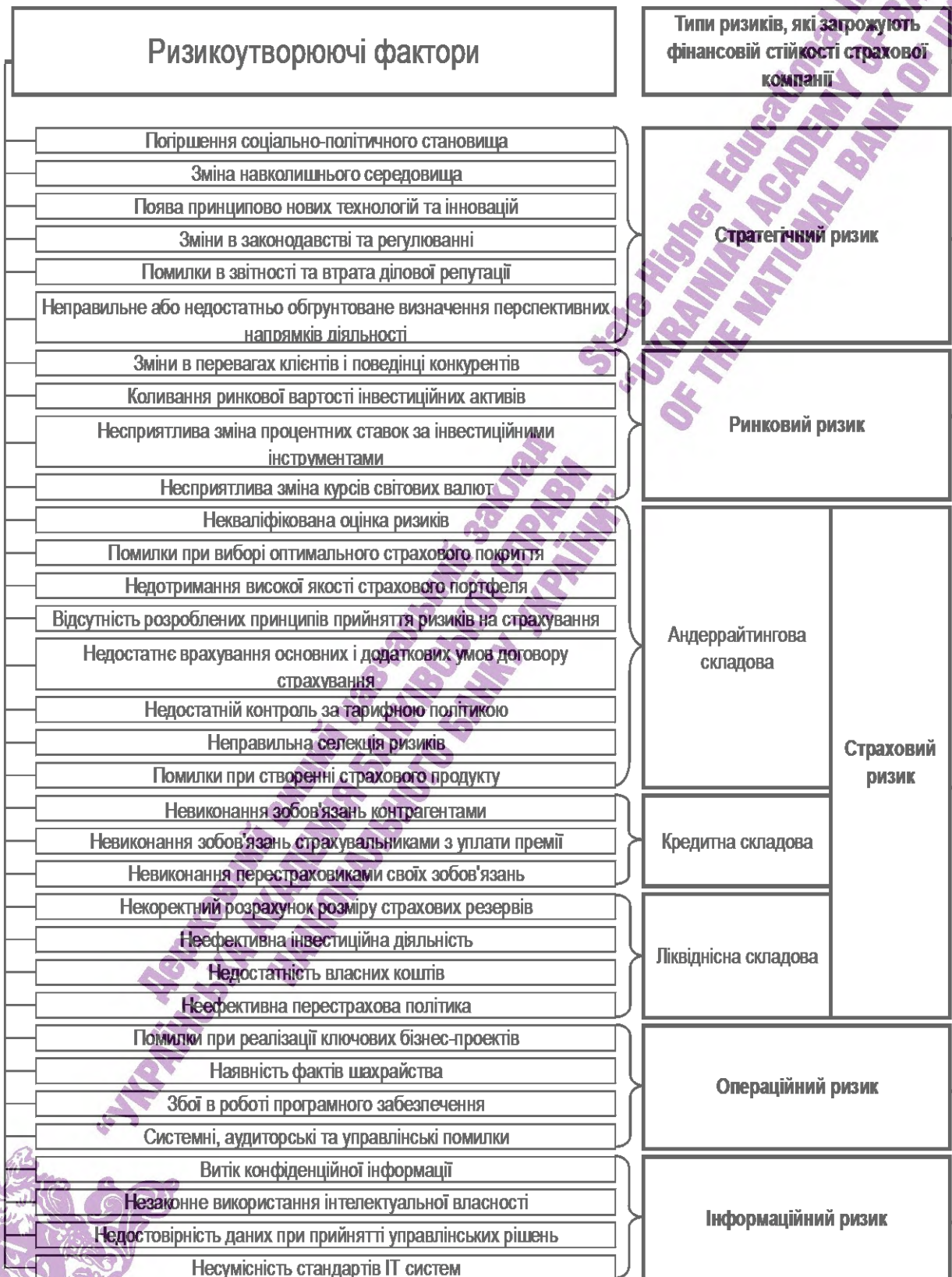


Рис. 1.4. Ризикоутворюючі фактори, які впливають на формування ризиків, властивих страховим компаніям

Опис ризику недотримання фінансової стійкості за допомогою якісних показників ґрунтується на узагальнених знаннях про ризик як категорію, якою можна управляти. Одним із найбільш дієвих та визнаних інструментів представлення знань, які описують певну галузь на рівні категорій (якісно), є фасетна класифікація. Фасетні класифікатори моделюють класифіковану сутність R дворівневою деревоподібною структурою (рис. 1.5), в якій перший рівень описаний множиною фасет F_i , а другий рівень – сімейством підмножин атрибутів-категорій A_{ij} :

$$\langle A_{ij} | i = \overline{1, I} \ \& \ j = \overline{1, J} \rangle \in \langle F_i | i = \overline{1, I} \rangle \in R$$

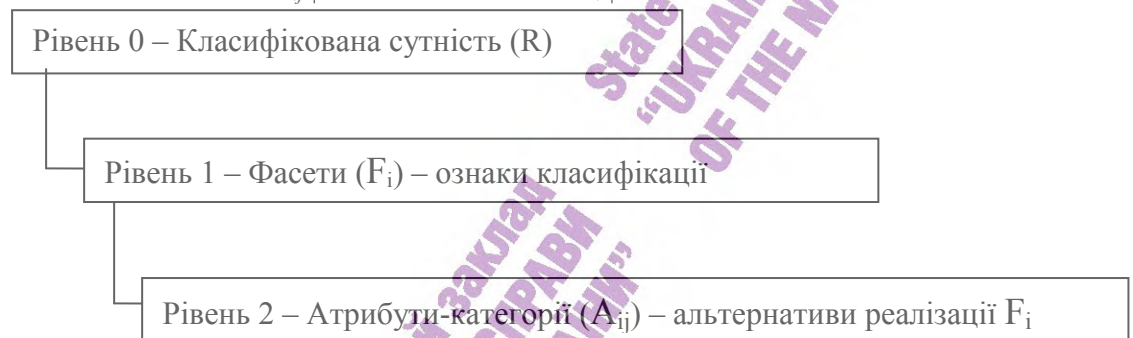


Рис. 1.5. Система фасетної класифікаційної структури

Нами визначено десять фасет та 38 атрибутів-категорій ризику недотримання фінансової стійкості страхової компанії (табл. 1.1). За допомогою запропонованого класифікатора можна ідентифікувати очікуваний ризик недотримання фінансової стійкості та визначити якісні характеристики, які впливають на нього [336, с. 228].

Пропонована класифікація може бути використаною в практичній діяльності страхових компаній. Та, враховуючи перманентні зміни в бізнесовому середовищі, питання визначення атрибутів для фасет не можна вважати вирішеним остаточно. Критерієм оптимальності такої класифікації служитимуть наслідки та ефективність практичної діяльності страхової компанії.

Досі ми говорили, так би мовити, про «статичні» елементи, які характеризують ризик фінансової стійкості страхової компанії.

Та при розгляді цього питання неможливо уникнути «динамічного» аспекту, під яким ми розуміємо управління в процесі діяльності страховика, ризиком, взагалі, та ризиком фінансової стійкості, зокрема. Розглядаючи цей

аспект менеджменту страхової компанії необхідно звернути увагу на те, що управління ризиком є важливою складовою загального менеджменту компанії.

Таблиця 1.1

Фасети та атрибути ризику недотримання фінансової стійкості
страхової компанії

Фасет F_i (ознака класифікації)	Атрибути-категорії A_{ij}
1	2
Сфера походження ризиків $F_1 = \langle A_{ij} j=1,12 \rangle$	<p><u>Політична</u> – пов’язана з виникненням непередбачених ситуацій у випадку зміни здійснюваного державою політичного курсу.</p> <p><u>Адміністративно-правова</u> – пов’язана з реалізацією незапланованих адміністративних обмежень фінансової діяльності страхової компанії, а також змін у законодавстві.</p> <p><u>Соціальна</u> – пов’язана з можливим введенням у дію незапланованих раніше соціальних програм або інших дій, що в основі свого походження мають соціальну сферу.</p> <p><u>Демографічна</u> – пов’язана зі зміною демографічної ситуації, що відповідно впливатиме на пріоритети та напрямки подальшої діяльності страховика.</p> <p><u>Екологічна</u> – пов’язана із настанням подій, які можуть мати несприятливі наслідки для природного середовища, господарської та іншої діяльності юридичних осіб, життя та здоров’я фізичних осіб за які страхова компанія несе відповідальність.</p> <p><u>Фінансова</u> – обумовлена характером безпосередньої діяльності страхової компанії (страхування, перестраховування та фінансова діяльність, пов’язана з формуванням, розміщенням та управлінням страховими резервами).</p> <p><u>Інформаційна</u> – пов’язана з випадковістю подій, що призводять до негативних наслідків і збоїв у інформаційній системі.</p> <p><u>Операційна</u> – пов’язана з невиконанням, неналежним і/або невчасним виконанням нормативно-правових документів та внутрішніх процедур.</p> <p><u>Маркетингова</u> – пов’язана зі збитками в результаті помилкової, невдалої стратегії або тактики на ринку продажу страхових продуктів.</p> <p><u>Управлінська</u> – пов’язана з імовірністю прийняття керівним складом страхової компанії помилкових рішень.</p> <p><u>Ресурсна</u> – пов’язана з нестачею кваліфікованого персоналу, інформаційних, матеріальних та фінансових ресурсів.</p> <p><u>Форс-мажорна</u> – пов’язана з імовірністю настання непередбачених обставин, що впливатимуть як на саму діяльність страховика, так і на діяльність його контрагентів.</p>
Природа виникнення ризику $F_2 = \langle A_{ij} j=1,2 \rangle$	<p><u>Об’єктивна</u> – незалежно ні прямо, ні опосередковано від діяльності страховика.</p> <p><u>Суб’єктивна</u> – залежить від характеру, методів, стратегії, тактики інших факторів, пов’язаних з діяльністю страховика.</p>



Продовження табл. 1.1

1	2
Ступінь реалізації $F_3 = \langle A_{ij} j = \overline{1,2} \rangle$	<u>Реалізований</u> – несприятливі для страхової компанії події, які відбулися. <u>Нереалізований</u> – потенційно можливі ризики або ризики, які не реалізувалися всупереч очікуванню.
Ступінь прогнозованості $F_4 = \langle A_{ij} j = \overline{1,2} \rangle$	<u>Прогнозований</u> – виникнення ризику можливо прогнозувати та відвертати, застосувавши превентивні заходи. <u>Непрогнозований</u> – виникають унаслідок настання подій або надзвичайних обставин, які не можуть бути частково або цілком передбаченими та відвернутими певними заходами.
Ступінь керованості $F_5 = \langle A_{ij} j = \overline{1,3} \rangle$	<u>Повністю керований</u> – в повному обсязі може бути керованим при вчасному застосуванні страховою компанією адекватних заходів та дій з метою відвернення (нейтралізації) проявів ризиків як таких і/або часу їх настання. <u>Частково керований</u> – своєчасно застосувавши адекватні заходи і дії страхова компанія спроможна впливати на час та обсяги прояву ризиків. <u>Некерований</u> – будь-які заходи, які здійснювалися страховою компанією до і/або під час реалізації ризиків, неспроможні вплинути на час та обсяги їх прояву.
Унікальність ризику $F_6 = \langle A_{ij} j = \overline{1,4} \rangle$	<u>Типовий</u> – реалізується, в зв'язку з подібним типом діяльності страховиків (та обсяги його прояву можуть варіювати). <u>Характерний</u> – реалізується для певної групи страховиків, діяльність яких має характерні особливості. <u>Специфічний</u> – реалізується для окремих страховиків у зв'язку зі специфікою їх діяльності. <u>Унікальний</u> – реалізується у виключних випадках, може бути не пов'язаним ні з типом, ні з характером, ні зі специфікою діяльності страховика.
Імовірність прояву ризику $F_7 = \langle A_{ij} j = \overline{1,6} \rangle$	<u>Нікчемна</u> – ймовірністю прояву можна знехтувати (від 0% до 10%). <u>Малоймовірна</u> – ймовірність прояву низька, але знаходиться на такому рівні, що її доцільно брати до уваги (від 11% і до 30%). <u>Помірна</u> – ймовірність прояву середня, її необхідно враховувати (від 31% і до 50%). <u>Цілком ймовірна</u> – ймовірність реалізації можна очікувати в більшості випадків (від 51% і до 70%). <u>Дуже ймовірна</u> – проявляється у переважній більшості випадків (від 71% і до 90%). <u>Практично достовірна</u> – проявляється практично завжди (від 91% і до 100%).
Локалізація джерела ризику $F_8 = \langle A_{ij} j = \overline{1,2} \rangle$	<u>Зовнішні</u> – джерело ризику знаходиться ззовні страхової компанії. <u>Внутрішні</u> – джерело ризику знаходиться всередині страхової компанії.
Тривалість дії ризику $F_9 = \langle A_{ij} j = \overline{1,2} \rangle$	<u>Короткочасні</u> – це ризики, що загрожують страховиків впродовж обмежених проміжків часу. <u>Постійні</u> – ризики, які проявляються впродовж усього часу діяльності страхової компанії.

Продовження табл. 1.1

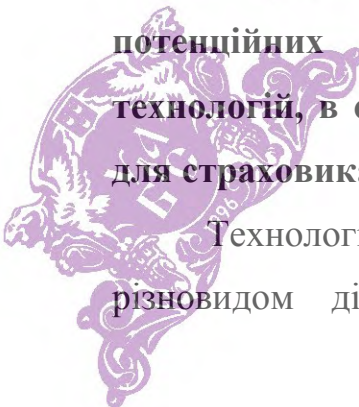
1	2
Характер і обсяг очікуваних збитків за ризиком $F_{10} = \langle \mathcal{A}_j \mathcal{B} = \overline{1,3} \rangle$	<u>Допустимий</u> – характер і обсяг очікуваних збитків не наражає страхову компанію на ризик банкрутства чи припинення діяльності. <u>Критичний</u> – характер і обсяг очікуваних збитків ставить компанію на межу виживання, наражаючи на ризик банкрутства чи припинення діяльності. <u>Катастрофічний</u> – характер і обсяг очікуваних збитків однозначно викличе банкрутство компанії або припинення її діяльності.

При цьому, критерієм ефективності системи управління ризиком фінансової стійкості є успішне функціонування страховика, досягнення ним своїх цілей та виконання місії в умовах невизначеності і дії багаточисельних факторів, які впливають на ризик фінансової стійкості страховика.

Управління ризиком фінансової стійкості є надзвичайно важливою складовою загального менеджменту страхової компанії. Адже ризик проявляється як можливість подій, невизначена за часом і/або місцем настання та обсягами нанесеної шкоди, реалізація яких спроможна негативно впливати на досягнення поставлених страховою компанією цілей.

Успішне вирішення питань управління ризиком недотримання фінансової стійкості є одним з ключових завдань у діяльності страхових компаній. Це зумовлено рядом факторів. По-перше, управління ним здійснюють опосередковано шляхом управління іншими ризиками, від яких він залежить. По-друге, ризик фінансової стійкості є основною формою генерування прямої загрози не лише втрати страховиком стійкого становища, але і його банкрутства. По-третє, в умовах постійного залучення потенційних страхувальників і, відповідно, розширення страхового поля, страховик запроваджує нові страхові продукти та технології їх продажу, які посилюють ризиковість страхового бізнесу. По-четверте, значне зростання масштабів та розширення сфер діяльності потенційних страхувальників, зумовлене появою абсолютно нових технологій, в свою чергу, спричиняє виникнення нових загроз і небезпек для страховика.

Технологія управління ризиком недотримання фінансової стійкості є різновидом діяльності страхової компанії, спрямованої на досягнення



визначених цілей. Така діяльність передбачає комплексне та системне управління ризиком фінансової стійкості шляхом орієнтації на інтегровану оцінку сукупності виявленої типології ризиків, визначення ключових елементів процесу управління ризиком фінансової стійкості та взаємозв'язків між цим та іншими типами ризиків [332].

В якості ключових елементів процесу управління ризиком фінансової стійкості в нашому дослідженні розглядаються процедури, які мають на меті досягнення певних цілей. Адже, можливе як послідовне, так і одночасне виконання кількох процедур, остільки має сенс їх об'єднання в певні етапи. Вважаємо, що в процесі управління ризиком фінансової стійкості слід виділити чотири етапи (рис. 1.6): I. Постановка (коригування) мети; II. Виявлення, аналіз і оцінювання факторів, які впливають на ризик; III. Розробка заходів з управління ризиком; IV. Моніторинг, контроль за виконанням та аналіз заходів з управління ризиком фінансової стійкості.

Отже, метою управління ризиком фінансової стійкості є забезпечення успішного функціонування страхової компанії в умовах прояву різноманітних ризиків та невизначеності, характеристика ж сутності цього процесу подана нижче. На нашу думку, **управління ризиком фінансової стійкості – це:**

1) безпосередній та системний процес, який провадиться в умовах невизначеності і полягає в оцінці усіх діючих та доступних для ідентифікації факторів ризику як зовнішніх, так і внутрішніх для раціонального та найбільш вигідного вирішення ризикової ситуації і/або нейтралізації її можливих негативних фінансових наслідків;

2) процес, що має переважно випереджальний та активний характер, мусить повсякчас контролюватися та модифікуватися під впливом зміни зовнішнього та внутрішнього середовищ, та базується на застосуванні принципу зворотного зв'язку;

3) процес прийняття та виконання управлінських рішень, що має динамічний характер, здійснюється відповідно до загальних цілей і завдань компанії, та має на меті мінімізацію несприятливого впливу, викликаного випадковими і/або не випадковими подіями.

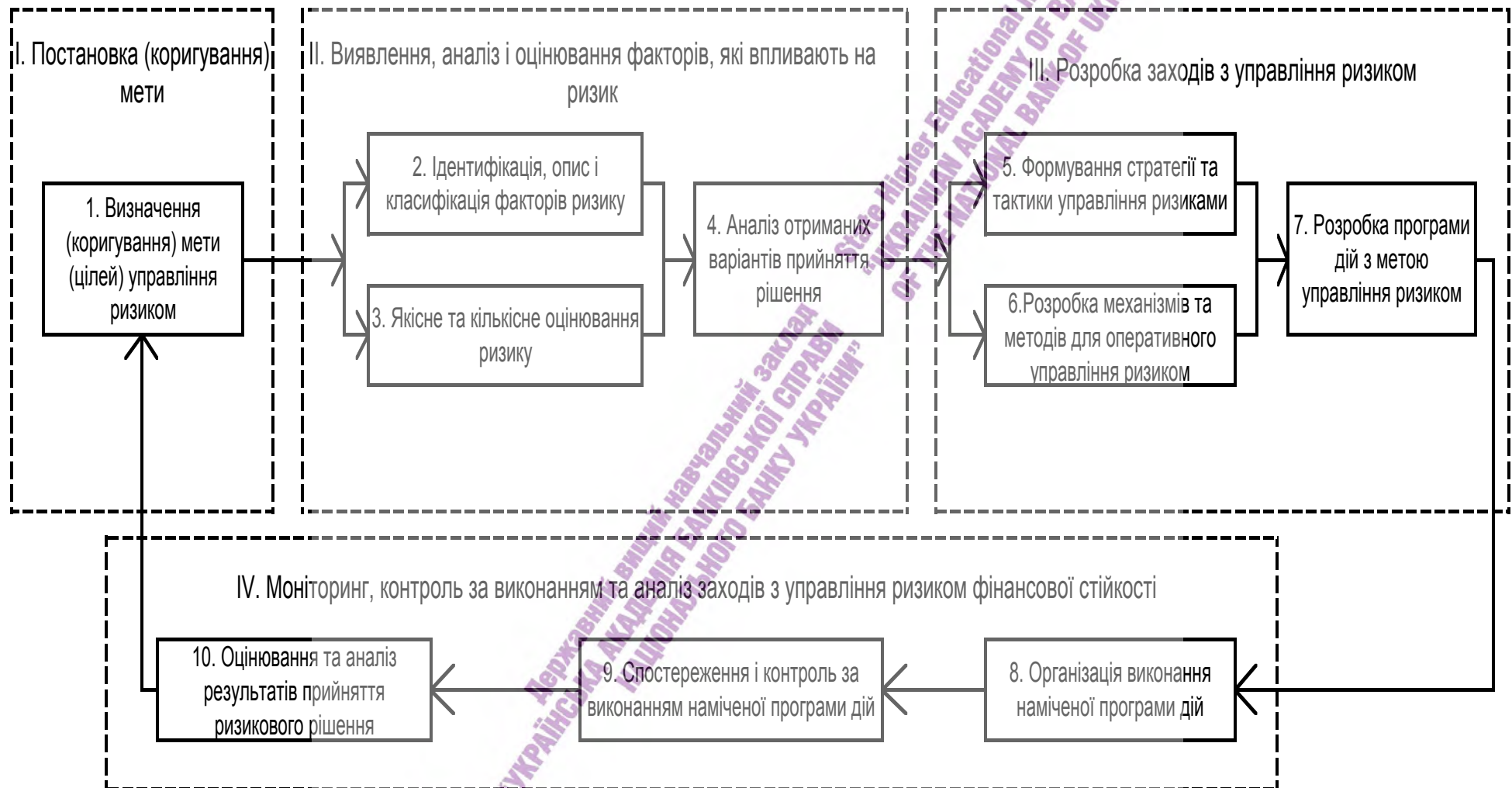


Рис. 1.6. Етапи управління ризиком недотримання фінансової стійкості

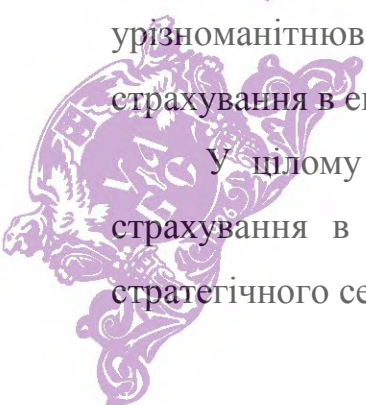


Управління ризиком недотримання фінансової стійкості є важливим завданням сьогодення, зважаючи на роль страхування в ринковій економіці. Зростає також значення страхування й в міжнародній економіці, що, у свою чергу, пов'язано з розвитком інтеграційних і глобалізаційних процесів. Крім того, зазначені процеси у фінансовій сфері, як відомо, зумовлюють транскордонне переміщення страхових капіталів, а також збільшення частки капіталу нерезидентів у структурі страхового капіталу багатьох держав світу, зокрема України. В зв'язку з цим зростає значущість питань забезпечення фінансової стійкості страхових компаній, про що буде мова у наступному підрозділі роботи.

1.4. Концептуалізація та складові забезпечення фінансової стійкості страхових компаній

Для розуміння значення фінансової стійкості страхових компаній в умовах сучасної економіки необхідно застосовувати комплексний підхід до аналізу інституту страхування. Очевидно, що наявність ризиків і невизначеність ситуації на макро- та мікроекономічному рівнях системно та визначально впливають на становлення та функціонування інституту страхування. Однак, розгляд страхування як специфічного інституту виключно з точки зору аналізу його ризикової складової не дозволяє повною мірою оцінити роль страхових компаній в сучасній економіці. Ризикова складова є первісною складовою. Саме вона, в історичній ретроспективі, зумовила необхідність виникнення страхової справи. Та мірою розвитку страхової справи, удосконалення її організаційних форм, страхові компанії урізноманітнювали пропонований ними спектр послуг та підвищували роль страхування в економіці.

У цілому теоретичні і практичні підходи до визначення місця й ролі страхування в економіці зводяться до розгляду цього виду діяльності як стратегічного сектору економіки, оскільки страхування:



1) дає можливість істотно знизити навантаження на витратну частину бюджетів різних рівнів [4, с. 31; 40, с. 27; 56, с. 10; 178, с. 129; 270, с. 12; 277, с. 17; 280, с. 36], беручи на себе відшкодування збитків, завданих державі, підприємствам, установам і організаціям, а також громадянам унаслідок природних, техногенних та інших катастроф, звільняючи державу від компенсації таких збитків;

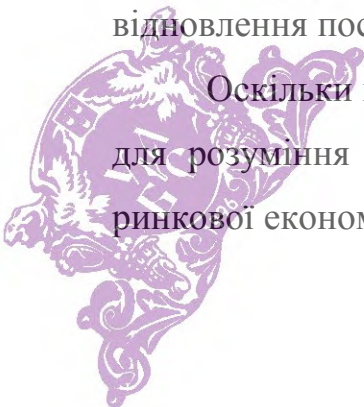
2) сприяє соціально-економічній стабільності в суспільстві, виступаючи важливим елементом соціального захисту населення [4, с. 31; 40, с. 28; 56, с. 10; 178, с. 129; 277, с. 18; 280, с. 37; 369, с. 40], за рахунок реалізації соціально важливих видів страхування, таких як страхування життя, додаткове пенсійне страхування, страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів, медичне страхування тощо;

3) активізує розвиток підприємницької діяльності, дає змогу знизити ризик та обсяги втрат в умовах ринкових відносин, гарантуючи підприємцю отримання відшкодування в разі настання певної події, передбаченої законодавством або/та договором страхування [4, с. 31; 40, с. 27; 167, с. 39; 178, с. 129; 270, с. 13; 277, с. 17; 280, с. 35; 281, с. 7];

4) є джерелом внутрішніх довгострокових інвестицій в економіку країни, а отже, одним із чинників зміцнення фінансової системи держави [4, с. 31; 40, с. 28; 56, с. 10; 167, с. 39; 178, с. 129; 277, с. 17; 280, с. 38; 281, с. 8; 369, с. 60];

5) сприяє збільшенню зайнятості населення як на страховому ринку (у розвинених країнах у страхових компаніях зайнято до 1% працездатного населення), так і в галузях своїх клієнтів, оскільки шляхом виплати страхового відшкодування забезпечує, по-перше, безперервне господарювання страхувальника, по-друге, створення додаткових робочих місць у процесі відновлення постраждалих об'єктів [167, с. 39; 252, с. 45].

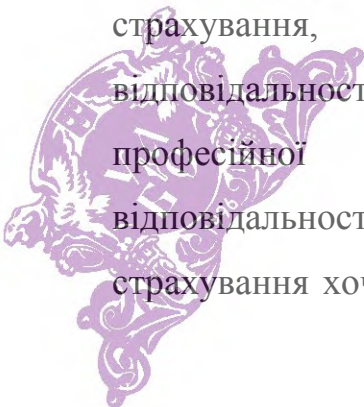
Оскільки кожен із перелічених вище аспектів, на нашу думку, є важливим для розуміння значення фінансової стійкості страхових компаній в умовах ринкової економіки, розглянемо кожний окремо.



Страховання дає можливість істотно знизити навантаження на витратну частину бюджетів різних рівнів. Держава в умовах ринкової економіки не може й не повинна виконувати роль одноосібного захисника суб'єктів господарювання від наслідків проявів явищ найрізноманітнішої генези, які руйнівню впливають на їх майно і діяльність. Як відомо, колосальні збитки, викликані різними причинами, важким тягарем лягають на бюджети, обсяги яких завжди обмежені. У пошуках альтернативних способів компенсації можливих втрат від стихійних лих та інших негараздів уряди країн запроваджують механізми обов'язкового страхування. Крім того, досвід країн із розвинутою ринковою економікою свідчить, що механізм обов'язкового страхування широко використовується державою в цілях гарантування соціальної стабільності і прискореного розвитку економіки.

Менше з тим, констатуємо, що за останні роки, на жаль, не здійснювалося серйозного аналізу потреби, результатів застосування та перспектив розвитку обов'язкового страхування в Україні. Це зумовлено рядом об'єктивних і суб'єктивних причин. Виключенням є робота І. Яковенко [426, с. 29], в якій здійснено вдалу спробу аналізу доцільності різних видів обов'язкового страхування та практики їх реального впровадження. В ході подальшого аналізу нами розбито усю сукупність обов'язкових видів страхування на 5 груп відповідно до прийнятих в страховій справі принципів застосування різних видів страхування (табл. Б.1 додатку Б).

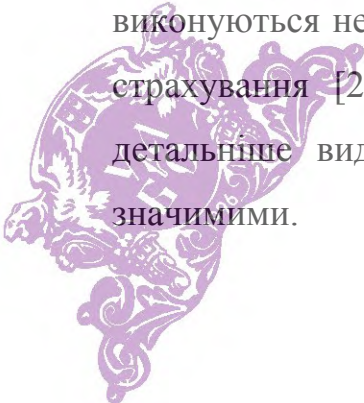
При порівнянні переліків обов'язкових видів страхування, запроваджених в Україні із основними видами таких страхувань, які існують в економічно розвинутих країнах, виявляється їх різна спрямованість. Так, за кордоном чільне місце серед обов'язкових видів страхування займають: медичне страхування, страхування відповідальності роботодавця, страхування відповідальності морського та повітряного перевізника, страхування професійної відповідальності та страхування цивільно-правової відповідальності власників наземного транспорту. В Україні медичне страхування хоча і включене до переліку обов'язкових видів страхування, але



ще не запроваджене в реальну практику. Те ж можна сказати і про страхування професійної відповідальності. Крім того, в Україні, переважає майнове обов'язкове страхування, що також не є характерним для економічно розвинутих країн. Тому, для гармонізації з європейськими стандартами необхідно вдосконалювати перелік обов'язкових видів страхування. Його економічно доцільні види повинні бути залишені (при цьому певна частина з них повинна бути суттєво модернізована), а неефективні види обов'язкового страхування необхідно скасувати (табл. Б.1 додатку Б).

Розвиток обов'язкових видів страхування повинен стати рушієм поступу страхового ринку, вдосконалення страхових послуг та якості обслуговування страхувальників. Як свідчить досвід країн з розвинутою ринковою економікою, механізм обов'язкового страхування широко використовується державою з метою забезпечення соціальної стабільності та прискорення розвитку економіки. Тому в рамках проведення в Україні заходів із систематизації законодавства потрібно розглянути питання доцільності консолідації окремих законодавчих актів за видами обов'язкового страхування в єдиний нормативно-правовий акт. Врахування в цьому акті найважливіших досягнень в галузі страхування дозволить Україні адаптувати свою систему страхування до міжнародних вимог, а в подальшому сприятиме інтеграції вітчизняної страхової системи у європейську та міжнародну на рівноправній основі [347, С. 191–192].

Відносно наступного аспекту страхування як **важливого елементу соціального захисту населення**, слід зазначити, що Конституція України надала кожному громадянину країни право на отримання якісної безкоштовної медичної допомоги, освіти, захисту у випадку тимчасової або постійної непрацездатності та пенсійне забезпечення. На жаль, нині ці гарантії виконуються не в повному обсязі. Реальною альтернативою в цьому випадку є страхування [296]. Для кращого розуміння згаданого аспекту, розглянемо детальніше види страхування, які, на нашу думку, є найбільш соціально значимими.



Невід'ємним елементом будь-якого ефективного ринкового механізму є медичне страхування. Нині вітчизняна сфера медичного обслуговування ще не має можливостей скористатися перевагами ринкової економіки. Головною проблемою галузі є невідповідність обсягів коштів, які спрямовуються з офіційних джерел на її фінансування, обсягам існуючих потреб. Сучасний рівень фінансування української медицини є недостатнім і не дозволяє надавати якісну медичну допомогу в необхідних обсягах, особливо соціально незахищеним верствам населення. Конституційна норма щодо безоплатності медичних послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я стала суто декларативною. Про це ж говорять і дані статистики. Сьогодні наша країна витрачає на охорону здоров'я близько 3% ВВП. За часів СРСР цей показник становив 6-6,5% ВВП (нині у США ця вже 11-14%, у Німеччині – 10-11%) [59, с. 32]. До того ж, в Україні державне фінансування медицини у 2009 році у розрахунку на одну особу населення становило 90 дол. США, що у 60 разів менше, ніж у Сполучених Штатах, у 30-40 разів менше порівняно з країнами Євросоюзу та у 7-12 разів менше, ніж у найближчих сусідів – Молдови, Білорусі, Росії, Польщі [239, с. 18]. За оцінками експертів, тіньові кошти у сфері охорони здоров'я України, які використовуються передусім для неофіційної оплати медичних послуг безпосередньо населенням, становлять приблизно 30 млрд. грн. щороку [385, с. 66].

Якщо говорити про фінансування системи охорони здоров'я за рахунок добровільного страхування, то воно в Україні є нерозвинутим і забезпечує лише 1,9% від обсягів бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я. Для порівняння, в європейських країнах частка добровільного медичного страхування у фінансуванні системи охорони здоров'я становить 5-18% [126, с. 61]. Істотно покращити ситуацію в сфері охорони здоров'я може запровадження обов'язкового медичного страхування за участю спеціалізованих медичних страхових організацій.

Важлива соціальна роль страхування також проявляється в разі довгострокового страхування життя, яке фактично є одним із основних



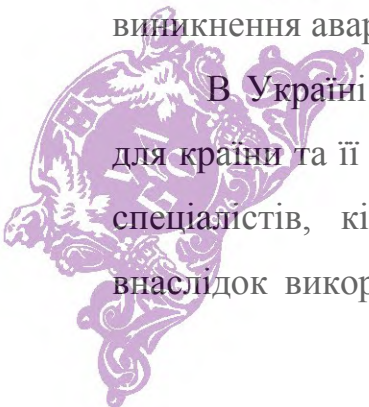
елементів пенсійного забезпечення, стабілізатором соціально-політичного життя держави, що забезпечує спокій і впевненість громадян у майбутньому. У розвинених країнах світу близько 90% населення мають поліси довгострокового накопичувального страхування [255, с. 67]. Наприклад, у Німеччині на 82 млн. населення в обігу перебувають понад 120 млн. полісів накопичувального страхування [255, с. 67].

Досвід розвитку страхових ринків показує, що інтерес населення до страхування життя виникає в разі, коли дохід на члена сім'ї становить 600–700 дол. [403, с. 38]. Тому при зростанні доходів українських громадян можна прогнозувати як зростання кількості страхувальників, так і зміну пріоритетів у споживанні страхових послуг – від простих страхових послуг до більш складних [310].

Таким чином, на нашу думку, створенню ефективних систем медичного, соціального та пенсійного забезпечення сприятиме вдосконалення страхових інструментів у системі соціальних гарантій населення України. Це, у свою чергу, забезпечуватиме поліпшення якості життя й добробуту громадян, що підтверджує досвід економічно розвинутих країн. Жодна держава не матиме можливості ефективно діяти в умовах ринкової економіки, якщо не буде спроможна створити ефективну систему соціального захисту власних громадян, що без належної системи страхування зробити неможливо.

Страхування активізує розвиток підприємницької діяльності, дає змогу зменшити ризик та обсяги втрат в умовах ринку. Зростання числа техногенних надзвичайних ситуацій великою мірою залежить від стану народного господарства й діяльності людей. Розвиток виробничої та іншої матеріальної бази часто зумовлює підвищення потенційної небезпеки виникнення аварій і катастроф та збільшення їх негативних наслідків.

В Україні 18620 промислових об'єктів складають потенційну небезпеку для країни та її жителів, а близько 6 тисяч – реальну [212, С. 26–27]. На думку спеціалістів, кількість техногенних надзвичайних подій постійно зростає внаслідок використання застарілих технологій та великого і все зростаючого

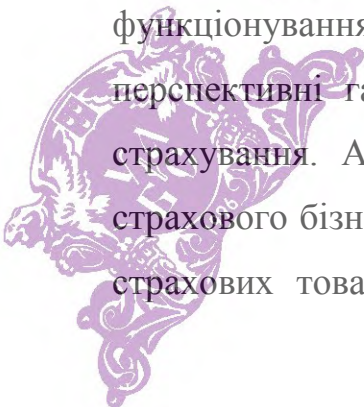


числа одиниць застарілого обладнання, яке використовується у виробництві. На сьогодні, знос основних виробничих фондів підприємств більшості галузей України складає в середньому 50% і більше.

Слід наголосити, що відповідно до пп. 5.4.6 п. 5.4 Закону України «Про оподаткування прибутку підприємств» [90] витрати на страхування, які не перевищують 5% від загальної суми витрат, не підлягають оподаткуванню, і це є стимулом для активізації дій суб'єктів господарювання щодо зниження та/або усунення ризику невизначеності. Водночас зауважимо, що в Україні, як правило, лише підприємства з іноземним капіталом свідомо укладають договори добровільного страхування, оскільки для таких компаній це усталена практика. Що стосується вітчизняних суб'єктів підприємництва, то їх попит на страхові послуги значною мірою зумовлюється не стратегічними рішеннями, а швидше зовнішніми чинниками, а саме: рішеннями держави; вимогами банків страхувати предмет застави.

На часі інтенсифікація використання страхування в Україні як додаткового механізму захисту від ризиків, які виникають в процесі підприємницької діяльності, та як фінансового джерела відшкодування можливих збитків, що, безсумнівно, сприятиме активізації підприємницької діяльності та розширенню сфери бізнесу.

Страхування створює додаткові джерела ресурсів для інвестування в економіку країни. Ця думка є цілком слушною. Зокрема, Т.Є. Гварліані справедливо зазначає, що «необхідність інвестування страховиками тимчасово вільних коштів впливає з природи страхування» [49, с. 153]. Спроможність трансформувати заощадження в інвестиції надає страхуванню високого інституційного статусу в системі суспільного відтворення. Ефективне функціонування сучасної економіки, переміщення вільних капіталів у перспективні галузі практично неможливе без наявності діючого інституту страхування. Академік К.Г. Воблий наголошує на інвестиційній складовій страхового бізнесу: «Навряд чи значна частина заощаджень, зроблена за участі страхових товариств, була б накопичена іншим шляхом. Зрозуміло, певна

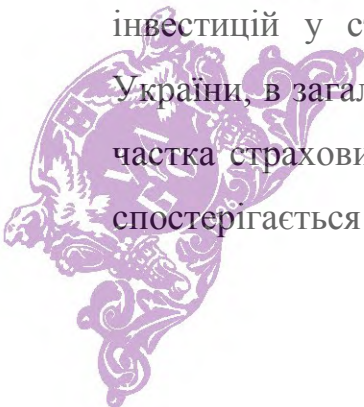


частина премій була б збережена і без страхових товариств. Але, по-перше, ці невеликі заощадження ніколи не могли бути так продуктивно розміщені, як це можливо для страхових товариств з їхніми великими капіталами; по-друге, ці заощадження ніколи не здійснювалися б з такою правильністю й точністю, якби не було страхових товариств» [39, с. 88].

Отже, багатоманітність аспектів діяльності страхових компаній робить їх задіяними у всі сфери народного господарства. Водночас невід'ємною характерною рисою страхування є його висока ризиковість. У зв'язку з цим необхідною умовою нормального функціонування страхових компаній і виконання ними історично сформованої ролі у процесі суспільного відтворення є забезпечення фінансово стійкого функціонування страховиків. Можна стверджувати, що зміцнення фінансової стійкості страховиків сприятливо впливає й на макроекономічні ринкові відносини загалом [301].

Прямі іноземні інвестиції продовжують залишатися рушійною силою процесу глобалізації сучасної міжнародної економіки. У даному контексті особливого значення набувають питання допуску іноземного капіталу на вітчизняний страховий ринок. Підтримуємо думку вітчизняних науковців про те, що експансія іноземного капіталу має об'єктивні передумови як внутрішнього, так і зовнішнього характеру [388, с. 288].

Про те, що національна галузь страхування стає все більш привабливою для інвесторів свідчить те, що на кінець 2008 року в Україні діяло 87 страхових компаній з іноземним капіталом, при цьому частка іноземного капіталу у статутному капіталі страховиків складала 25,5%. Такий показник демонструє залученість іноземців у стратегічні рішення та характеризує величину прямих інвестицій у страховий сектор [243, с. 331]. За оцінками Держфінпослуг України, в загальному обсязі зібраних за 9 місяців 2009 року страхових премій частка страховиків із іноземним капіталом перевищила 50% [61, с. 26]. Отже, спостерігається аналогічний процес, який відбувся у Східній Європі, де у



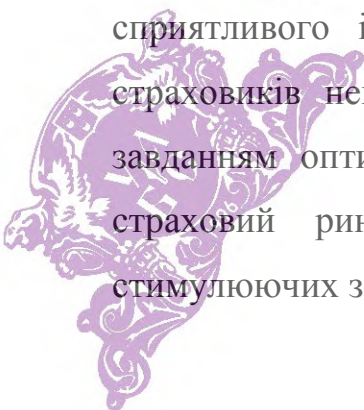
фінансовому секторі національний капітал практично повністю здав свої позиції.

Дискусія у страхових колах з приводу доцільності присутності іноземного капіталу у страховому секторі України точиться доволі давно. З одного боку, іноземний капітал сприяє підвищенню капіталомісткості страхового ринку і зміцненню фінансової стійкості страхових компаній; з другого боку, у процесі інтеграції національного страхового ринку у світовий існують небезпеки й ризики, про усунення яких мають піклуватися держава й національні страховики. Поняття «відкритий страховий ринок» є радше теоретичним. Практично всі держави світу вживають різноманітні заходи, спрямовані на захист національних страхових ринків. Хоча є й винятки: наприклад, Угорщина, де із 22-х зареєстрованих у країні страхових компаній лише дві є угорськими за ознакою місця реєстрації засновників і походженням капіталу; частка іноземного капіталу в загальному обсязі страхового національного ринку становить понад 70% [5, с. 31]. У Польщі частка участі іноземного капіталу на страховому ринку у 2008 році була ще більшою – 78% [430, с. 39].

Політику щодо залучення іноземних страховиків, слід розглядати з позицій цілей, які переслідує конкретна держава, а саме:

- 1) міра захисту національних інтересів – інтереси власних страхувальників і страховиків, при проведенні політики допуску іноземних страховиків на свій національний ринок;
- 2) залучення якомога більшого обсягу іноземних інвестицій у страхування з метою підвищення капіталізації ринку.

Наведені цілі певною мірою є взаємовиключними. Так, бажання збільшити притік іноземного капіталу завжди тягне за собою створення сприятливого інвестиційного клімату, а бажання захистити національних страховиків неминує породжує обмеження різного роду. Тому, основним завданням оптимальної політики у сфері доступу іноземних інвесторів на страховий ринок України є забезпечення балансу обмежувальних і стимулюючих заходів.



Здійснимо систематизацію переваг та недоліків відкриття українського страхового ринку залежно від інтересів окремих суб'єктів [317, С. 117–118]:

1) для іноземних інвесторів:

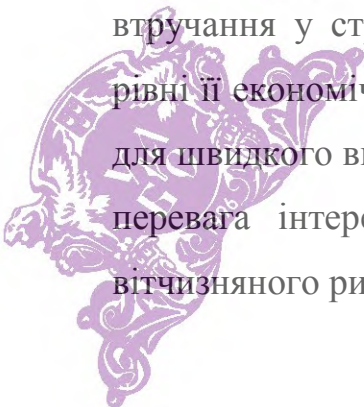
а) переваги: освоєння нових ринків, в тому числі в умовах стагнації страхування у багатьох європейських державах; можливість отримання довгострокового капіталу на ринку страхування життя; можливість організації розгалуженої системи обслуговування інших економічних суб'єктів-нерезидентів; отримання більш високих доходів від інвестування страхових резервів;

б) недоліки: відсутність сприятливого інвестиційного клімату; політичні ризики; нестабільність інвестування резервів в українську економічну систему; низький рівень життя населення і низька ступінь розвитку виробничої сфери економіки, у зв'язку з чим спостерігається низький рівень платоспроможного попиту на послуги страхування;

2) для держави:

а) переваги: підвищення авторитету у міжнародному співтоваристві; можливість ефективного розвитку страхування; загострення конкуренції у страховій галузі, що сприятиме покращенню якості страхових послуг; підвищення значущості страхової системи на державному рівні; виконання міжнародних зобов'язань, інтеграція у світове співтовариство; освоєння нерозвинених національними страховиками сегментів страхового ринку; підвищення загальної капіталізації страхового ринку; розвиток фінансових ринків і ринкової інфраструктури;

б) недоліки: ускладнення страхового нагляду за операціями страховиків з боку уповноважених державних органів та ймовірність посилення іноземного втручання у страхову систему України, що може негативно позначитися на рівні її економічної безпеки; відтік коштів за кордон; ризик появи інструментів для швидкого вилучення прибутку та виходу з ринку, недовговічність відносин; перевага інтересів країни походження капіталу над інтересами суб'єктів вітчизняного ринку;



3) для українських страховиків:

а) переваги: можливість підвищення капіталізації ринку в цілому, нові джерела інвестування; взаємодія з іноземними страховиками, підвищення активів компаній за рахунок іноземних інвестицій; конкуренція за рахунок якості обслуговування може викликати відповідну реакцію національних страховиків, що призведе до покращення страхового продукту; створення нових робочих місць, підвищення кваліфікації кадрів; впровадження міжнародного досвіду ведення страхової справи, фінансового оздоровлення, реорганізації та реструктуризації страхових компаній; поліпшення організаційного та фінансового менеджменту страхових компаній;

б) недоліки: гостра конкуренція, особливо для страхових компаній з невеликим статутним капіталом; можливі банкрутства; загроза повного поглинання іноземними страховими компаніями страхового ринку України; демпінг з боку фінансово могутніших страховиків для придбання монопольного становища в найбільш привабливих сегментах страхового ринку;

4) для українських страхувальників:

а) переваги: можливість великого вибору серед страхових компаній; збільшення кількості нових якісних страхових послуг; розвиток нових каналів продажу страхових продуктів; зниження тарифів з окремих видів страхування (особливо там, де тарифи були завищені); активізація конкуренції на внутрішньому страховому ринку;

б) недоліки: ризик шахрайства з боку іноземних страховиків.

До речі, Польща може слугувати прикладом позитивного впливу іноземного капіталу на страховий ринок. Допуск іноземного капіталу у країну дав значний ефект, що характеризувався сукупністю таких факторів, як зростання конкуренції (динамічний ріст кількості страховиків), підвищення капіталізації ринку, приватизація й демонополізація, передача ноу-хау, а також поява нових можливостей для національних страховиків. Наслідком залучення іноземних інвестицій у країні стало зростання рівня захищеності



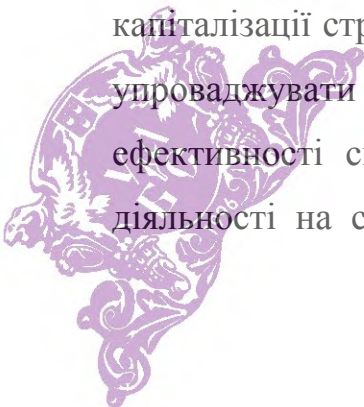
страхувальника, з одного боку, та поліпшення і стабілізація фінансового стану страхових компаній, з другого.

Аналізуючи зазначені вище переваги й недоліки «відкриття» вітчизняного страхового ринку, можна погодитися з думкою М.В. Мниха про те, що «недостатня конкурентоспроможність страхового ринку України, фінансова нестійкість страховиків навряд чи дадуть змогу в повному обсязі скористатись перевагами, які несе економічна відкритість» [179, с. 155]. Глобалізаційні процеси несуть у собі істотні ризики для вітчизняної страхової системи, тому зрозуміло, що за таких умов рівень відкритості національної економіки повинен відповідати рівню розвитку вітчизняної страхової системи. Це, звісно, не означає, що потрібно повністю закрити шляхи доступу іноземних страхових компаній на вітчизняний ринок. Слід погодитися з тим, що «глобалізація – це об'єктивний процес, і іншої альтернативи просто не існує» [82, с. 157]. Разом з тим, необхідно враховувати, що з поглибленням процесів глобалізації і зростанням загальної нестабільності ринків рівень ризиків страхової діяльності зростатиме.

Єдине обмеження, яке діє на даний момент відносно іноземних страховиків це те, що вони зможуть відкривати філії в Україні лише через п'ять років після вступу нашої країни у Світову організацію торгівлі (СОТ) [88].

На наш погляд, успішний розвиток глобалізаційних процесів на вітчизняному страховому ринку передусім визначатиметься фінансовою стійкістю вітчизняних страхових компаній і платоспроможності потенційних страхувальників.

Щоб не втратити конкурентних переваг, вітчизняні страхові компанії мають постійно вдосконалювати свої операції та послуги, нарощувати рівень капіталізації страхової системи й консолідації вітчизняного страхового бізнесу, упроваджувати прогресивні технології управління задля підвищення ефективності своєї діяльності [345, с. 140]. Стратегічною метою страхової діяльності на сучасному етапі має стати забезпечення системної фінансової



стійкості і створення сприятливих умов для розвитку ринку страхових послуг у контексті інтеграційних і глобалізаційних процесів.

У сучасних умовах трансформації національної економіки України та її інтеграції у європейську і світову економіку значення фінансової стійкості страхових компаній для стабільного й ефективного розвитку як страхової, так і фінансової системи держави дедалі зростає. Адже лише за умов фінансово стійкого функціонування страхових компаній досягаються [337, с. 91]:

1) **убезпечення підприємств, установ і організацій від наслідків реалізації різноманітних ризиків шляхом створення передумов для забезпечення стабільності й безперервного функціонування суб'єктів господарювання, що сприятиме зниженню ступеня невизначеності під час здійснення господарської діяльності;**

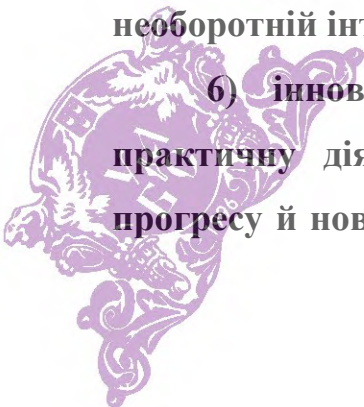
2) **соціальна спрямованість страхового захисту, що проявляється в захисті майнових інтересів страхувальника або застрахованої особи, пов'язаних з їх життям, здоров'ям, працездатністю й додатковим пенсійним забезпеченням;**

3) **субститутивність через запровадження механізмів обов'язкового страхування з питань, які зачіпають загальнодержавні інтереси, що сприятиме забезпеченню стабільності економічного середовища;**

4) **інвестиційна орієнтованість, зумовлена інституційною спрямованістю страхового фонду, який слугує одним із основних джерел інвестиційних ресурсів у масштабах економіки;**

5) **мобілізація вітчизняними страховиками бажаного обсягу інвестицій на міжнародних ринках капіталу, що сприятиме інтенсивній і необоротній інтеграції України у світовий економічний простір;**

6) **інноваційність страхових послуг шляхом запровадження у практичну діяльність суб'єктів господарювання досягнень технічного прогресу й нових технологій, які, своєю чергою, зумовлюють появу нових**



ризиків і невизначеностей, що потребуватиме модернізації існуючих страхових продуктів;

7) зайнятість працездатного населення як у страховій, так і в суміжних галузях економіки;

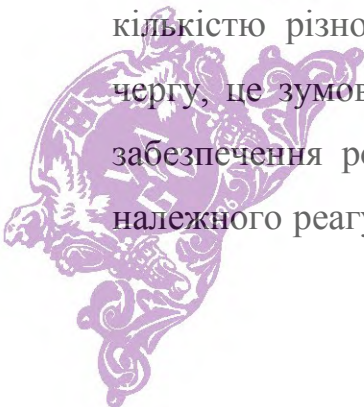
8) динамічність розвитку страхової системи, особливо в умовах посилення конкуренції, зростання на внутрішньому ринку кількості компаній з іноземним капіталом та іноземних брокерів і збільшення проявів міжнародної злочинності тощо;

9) інтеграційна рівновага, оскільки в умовах нестабільності страхові компанії можуть бути потенційними джерелами ризику й порушення рівноваги на фінансовому ринку, що насамперед зумовлюється інтеграцією страхового й банківського бізнесу [309].

Оточуючий світ уявляється дуже складним і хаотичним лише тому, що для його пояснення часто використовуються неадекватні концепції. Але, як тільки явище чи процес стає зрозумілим, хаотичність та незрозумілість відступає. Отже, складність і хаотичність не є обов'язковими характеристиками сучасності. Вони є лише особливостями нашого світосприйняття і розуміння на їх первинних етапах. Зміна існуючої або розробка нової методології дозволяє успішно розв'язувати проблему, яка до цього не вирішувалася.

В свою чергу зауважимо, що фінансова стійкість страхової компанії є складним комплексним поняттям, що вимагає постійного спостереження з боку менеджменту та інших зацікавлених сторін. Тому важливою умовою існування і успішного розвитку будь-якої страхової компанії є адекватна оцінка рівня її фінансової стійкості.

Зауважимо, що діяльність страхових компаній пов'язана з великою кількістю різноманітних за походженням та інтенсивністю ризиків. В свою чергу, це зумовлює високий рівень ризиковості їх діяльності та необхідність забезпечення розробки адекватних превентивних заходів, а також заходів із належного реагування на реалізовані ризики. Звідси попередження негативного



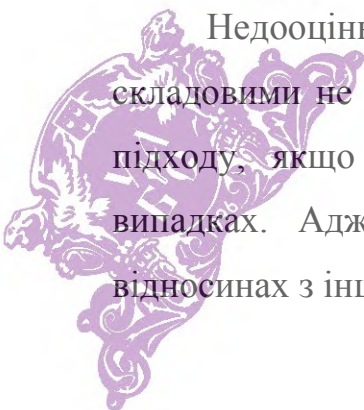
впливу ризиків і реагування на їх прояви вимагає складноорганізованої системної діяльності.

Враховуючи все вище наведене, можна стверджувати, що розгляд питань забезпечення та оцінки фінансової стійкості страхових компаній вимагає застосування методології системного підходу. При цьому, системність не означає простого вивчення системи з різних точок зору. Адже здатність до синтезу в одне ціле фактів, отриманих з різних джерел набагато складніша, ніж здатність до отримання інформації з різних ресурсів. Необхідний чіткий і ясний метод синтезу інакше процес пошуку істини на основі фрагментарної інформації з різних областей діяльності не буде успішним.

Таким чином, сучасна методологія системного дослідження виходить з того, що побачити ціле можна лише за умови одночасного розуміння об'єкту, функції і процесу. Кожен з відмічених моментів відображає свою грань одного і того ж явища. Разом із зовнішнім середовищем вони утворюють повний комплект або базову модель для дослідження. Іншими словами, об'єкт (страхова компанія), функція (здійснення статутної діяльності), процес (забезпечення фінансової стійкості) і середовище повністю визначають ціле або, щонайменше, дають можливість його зрозуміти. Структура об'єкту виявляє компоненти і їх зв'язки, функція обумовлює результати діяльності, процес в явному вигляді описує послідовність дій для отримання результату, а середовище визначає зовнішні умови діяльності існуючої системи.

Отже, структура, функція і процес разом з ризиками утворюють вичерпний комплект взаємозв'язаних змінних, що дозволяє побудувати конструктивну модель для розуміння цілого, в нашому випадку підходу до забезпечення й оцінки фінансової стійкості страхових компаній.

Недооцінка взаємозалежностей і взаємовпливів між згаданими вище складовими не дозволяє повною мірою використовувати переваги системного підходу, якщо взагалі можливо говорити про системний підхід в таких випадках. Адже системний підхід вимагає розуміння кожної змінної у відносинах з іншими змінними, причому всіма одночасно.



Не зважаючи на велике значення фінансової стійкості страхових компаній в основному правовому акті в галузі страхування – Законі України «Про страхування», відсутнє будь-яке визначення сутності фінансової стійкості страховиків та умов її забезпечення, тоді як III розділ Закону України «Про страхування» присвячений забезпеченню платоспроможності, зокрема, в статті 30 сформульовано основні умови забезпечення платоспроможності страхових компаній, а саме:

- наявність сплаченого статутного фонду та наявність гарантійного фонду страховика;
- створення страхових резервів, достатніх для майбутніх виплат страхових сум і страхових відшкодувань;
- перевищення фактичного запасу платоспроможності страховика над розрахунковим нормативним запасом його платоспроможності.

Як встановлено в ході нашого дослідження (підрозділ 1.1) платоспроможність є лише ознакою фінансової стійкості страхової компанії, а саме ж поняття «фінансова стійкість» набагато ширше та передбачає наявність певних умов її забезпечення. До цього ж, необхідно зазначити, що висування в якості умови забезпечення платоспроможності факту «перевищення фактичного запасу платоспроможності над нормативним» є некоректним. Цю умову правильніше розглядати в контексті забезпечення фінансової стійкості страхових компаній.

Крім наведених вище умов, в економічній літературі наводиться достатньо широкий перелік й інших умов забезпечення фінансової стійкості страхових компаній. Зокрема, В.О. Сухов [283, с. 12] виділяє такі умови забезпечення фінансової стійкості страхових компаній: достатній власний капітал; зобов'язання (включаючи технічні резерви); розміщення активів; обмеження одиничного ризику (перестраховання, ретроцесія); тарифна політика.

Аналогічної точки зору дотримується і вітчизняний дослідник М.В. Мних [179, с. 49].

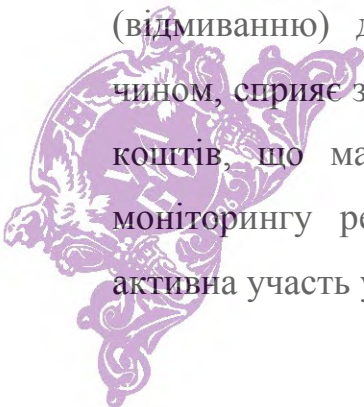


О.В. Мурашко [280, с. 520] та С.В. Сокол [281, с. 203] вважають, що умовами забезпечення фінансової стійкості є: розмір власних коштів; правильність розрахованих тарифних ставок; наявність збалансованого страхового портфеля; величина страхових резервів, адекватна сумі взятих страховиком на себе зобов'язань; ефективність розміщення страхових резервів; перестраховальні операції.

Дещо розширений перелік визначення умов забезпечення фінансової стійкості страховиків пропонують М.М. Александрова [4, с. 171] та М.В. Хохлов [394, с. 127], а саме: наявність достатнього обсягу страхових операцій; наявність розвиненої практики перестраховування; забезпечення збалансованого страхового портфеля; обмеження відповідальності за ризиками; оптимальне розміщення страхових резервів; раціональна тарифна політика; диверсифікація діяльності.

Однак, наведений перелік умов забезпечення фінансової стійкості страхової компанії потребує доповнення та уточнення в зв'язку з тим, що фінансова стійкість страховика зумовлюється ще й наступним: по-перше, достатністю власних коштів, оскільки саме від розміру власного капіталу страховика залежать його можливості оптимально організувати тарифну, фінансову, інвестиційну та перестрахову політики компанії, а по-друге, не зазначена така умова як дотримання нормативу платоспроможності, оскільки саме платоспроможність є основною ознакою фінансової стійкості страховиків.

Додатково до вищенаведених умов забезпечення фінансової стійкості страхової компанії В.Д. Бігдаш [23, с. 358] виділяє ще й таку умову як – здійснення фінансового моніторингу. Він вважає, що здійснення фінансового моніторингу полягає у проведенні заходів для запобігання протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом. Моніторинг, таким чином, сприяє зменшенню ризику формування страхового фонду за допомогою коштів, що мають незаконне походження. При цьому, перелік заходів з моніторингу регламентується чинним законодавством, але передбачається активна участь у моніторингу і страховика.



На нашу думку, в сучасних умовах наведений аспект забезпечення фінансової стійкості страховика має велике значення, але включення його до умов її забезпечення є недоцільним. Як зазначено вище, заходи для запобігання протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, регламентуються чинним законодавством як при створенні страховика, так і при його функціонуванні (наданні страхових і перестрахових послуг, розміщенні страхових резервів тощо). Фактично кожний етап діяльності страхової компанії супроводжується певними приписами щодо виконання вимог фінансового моніторингу. Саме тому, вважаємо, що моніторинг, в контексті формулювання умов забезпечення фінансової стійкості страховиків, можна виключити з цього переліку.

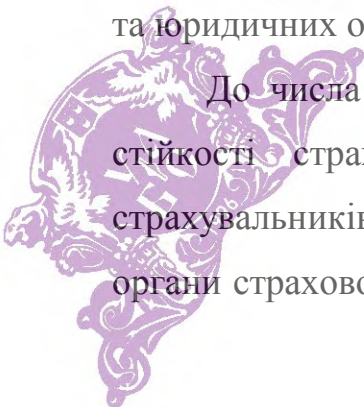
Узагальнивши наведене вище, сформулюємо ключові умови забезпечення фінансової стійкості страхової компанії:

- оптимальна організація (з точки зору доходів і витрат) тарифної, перестрахової, інвестиційної та фінансової політик;
- дотримання нормативу платоспроможності.

Порушення хоча б однієї з цих умов призводить до погіршення або повної втрати фінансової стійкості страховою компанією.

Вище вже неодноразово говорилося про велике значення фінансової стійкості страхових компаній для економіки в цілому. Недарма К.Є. Локшин говорить про те, що фінансова стійкість страховика є «предметом публічного інтересу: в ній зацікавлений не лише окремий страхувальник, але й решта клієнтів страховика» [149, с. 10]. Та, з нашої точки зору, згаданий автор вказує не всі контингенти зацікавлених в оцінці фінансової стійкості страхової компанії. В ній прямо чи опосередковано зацікавлені ще й інші групи фізичних та юридичних осіб.

До числа суб'єктів, які безпосередньо зацікавлені в оцінці фінансової стійкості страхових компаній можна віднести інвесторів, менеджерів, страхувальників (застрахованих, набувачів), інших страховиків, кредиторів, органи страхового нагляду [361, с. 143]. Цілі зазначених суб'єктів різні, але всі



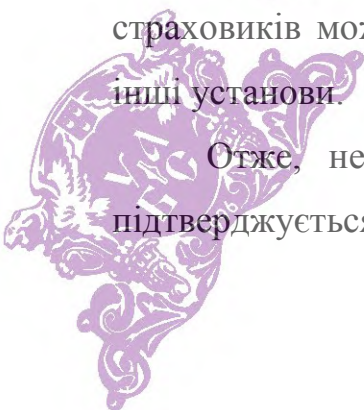
вони мають одну характерну рису – отримання інформації, необхідної і достатньої для прийняття певних рішень відносно тієї чи іншої страхової компанії (рис. 1.7).



Рис. 1.7. Цілі суб'єктів, які зацікавлені в оцінці фінансової стійкості страхової компанії

До числа опосередковано зацікавлених в оцінці фінансової стійкості страховиків можна віднести аудиторські фірми, рейтингові агентства та деякі інші установи.

Отже, необхідність оцінки фінансової стійкості страхових компаній підтверджується наявністю зацікавленості в цьому всіх суб'єктів страхової

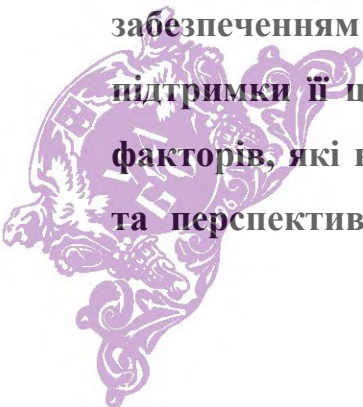


системи – держави, страхувальників, кредиторів, страхових посередників та інших.

Та, незважаючи на широке коло зацікавлених осіб в оцінці фінансової стійкості, проведений нами аналіз літературних джерел, свідчить про те, що складові фінансової стійкості страхової компанії нині остаточно не визначено. Це є суттєвим пробілом в теорії страхової справи. Спробуємо його ліквідувати.

Стійкість страховика, як і будь-якої іншої установи, включає в себе взаємопов'язані блоки. Зокрема, щодо забезпечення стійкості банків російські вчені Є.С. Стоянова [379, С. 506–508] та Ю.С. Маслеченков [166, С. 27–28] виділяють п'ять блоків: 1) капітальна стійкість; 2) комерційна стійкість; 3) функціональна стійкість; 4) організаційна стійкість; 5) фінансова стійкість. Аналогічної думки притримуються і деякі вітчизняні дослідники [192, С. 266–267]. Ми, також, частково погоджуємося з думкою Є.С. Стоянової та Ю.С. Маслеченкова щодо виділення зазначених блоків в діяльності фінансової установи, хоча вважаємо більш правильним підхід В.М. Кочеткова [131, с. 41], який виділяє в рамках забезпечення фінансової стійкості банку взаємопов'язані напрями: стійкість капітальної бази; стійкість ресурсної бази; організаційно-структурну та комерційну стійкість банку. Наведеного підходу до визначення складових фінансової стійкості фінансових установ притримуються і В.В. Коваленко та О.В. Крухмаль, які до того ж підкреслюють, що «фінансова стійкість характеризує підсумки діяльності, ресурси, капітал, доходи та витрати, прибутки та збитки» [113, с. 107].

На нашу думку, найбільш правильним підходом до розгляду фінансової стійкості страхової компанії є підхід, який враховує результативність інших складових її стійкості. Саме такий підхід є правомірним, оскільки **під забезпеченням фінансової стійкості ми розуміємо комплексний процес підтримки її цільового рівня, що включає виявлення та систематизацію факторів, які впливають на неї, вибір показників і методів її оперативної та перспективної оцінки, постійний моніторинг змін, що відбуваються**



ззовні і зсередини страхової компанії, підготовку управлінських рішень на основі виявлених відхилень від цільового рівня.

Враховуючи специфіку діяльності страхової компанії в контексті забезпечення фінансової стійкості, вважаємо за необхідне виділити такі її складові: стійкість капіталоутворюючої бази; стійкість страхового портфеля. Водночас уваги заслуговують організаційно-управлінські способи, за допомогою яких забезпечується фінансова стійкість страховиків, а саме: стійкість кадрового складу; організаційно-структурна стійкість; стійкість регіональної мережі; стійкість ділової репутації.

Забезпечення належного рівня стійкості кожної зі складових стійкості досягається за допомогою економічних та організаційно-управлінських способів (рис. 1.8).



Рис. 1.8. Складові елементи та способи забезпечення фінансової стійкості страхової компанії [340, с. 62]

Детальний розгляд складових елементів фінансової стійкості та способів їх забезпечення буде предметом розгляду в наступному розділі роботи.

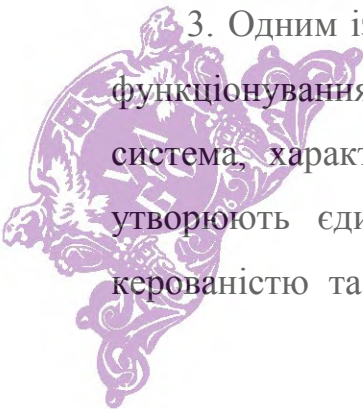
Висновки до першого розділу

Проведене у першому розділі дослідження теоретико-методологічних засад фінансової стійкості страхових компаній дало підстави зробити наступні висновки:

1. Питанням забезпечення фінансової стійкості страхових компаній приділяється все більше уваги, що пов'язано насамперед з особливостями страхової діяльності, до яких відноситься: соціальний характер страхової діяльності; складність, а часто і неможливість, точної оцінки витрат в момент продажу страхового продукту, непрозорість страхових витрат; наявність значних негативних зовнішніх ефектів у випадку визнання страхової компанії фінансово нестійкою; багаточисельність та різноманітність страхових продуктів; велика кількість страхових компаній; посилення невизначеності та нестабільності в ринкових умовах.

2. На основі критичного аналізу літературних джерел удосконалено сутність поняття «фінансова стійкість страхової компанії», яке визначається через певний стан організації її вхідних і вихідних грошових потоків. При такій організації грошових потоків страхова компанія повинна: 1) своєчасно та в повному обсязі виконувати зобов'язання за негативного впливу зовнішніх і внутрішніх чинників; 2) виконувати зобов'язання впродовж визначеного часу, який іноді може виходити за межі строків дії договорів страхування; 3) забезпечувати відновлення своїх фінансових показників за будь-якого несприятливого впливу до бажаного рівня; 4) адаптуватися до постійно змінюваного ризикового середовища; 5) використовувати нові обставини й властивості для власного розвитку на основі зростання обсягів прибутку й капіталу.

3. Одним із найважливіших чинників зростання економіки є створення та функціонування стійкої і потужної страхової системи. Життєздатна страхова система, характеризується специфічністю, єдністю множини складових, що утворюють єдине ціле, динамічністю, самоорганізацією, упорядкованістю, керованістю та регульованістю, інваріантністю, інформаційною відкритістю,

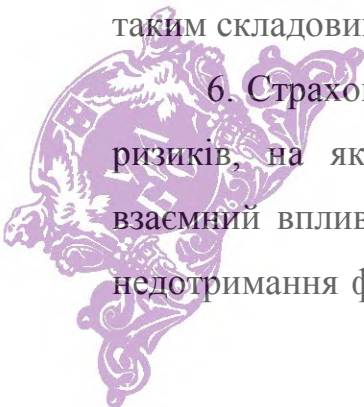


комплексністю, що забезпечує їй стійку тенденцію до зростання. В економічній літературі означення поняття «страхова система» одиничні, до того ж існуючі трактування його змісту роблять його тотожним поняттю «страховий ринок». Проведене дослідження дало змогу розмежувати зазначені вище поняття і на цій підставі стверджувати, що поняття «страховий ринок» за своїм економічним сенсом є вужчим порівняно з поняттям «страхова система».

4. Фінансова стійкість окремих страховиків і фінансова стійкість страхової системи в цілому тісно взаємопов'язані, взаємозалежні та впливають одна на одну. В свою чергу, «фінансова стійкість» як прояв економічного життя забезпечує стабільність розвитку як окремої страхової компанії, так і страхової системи в цілому. Через відсутність унормованих понять «фінансова стійкість страхової системи» та «фінансова стабільність страхової системи» і трактувань їх змісту, запропоновано введення в науковий обіг і тлумачення зазначених понять.

5. Страхові компанії виконують роль стабілізуючого елемента ринкової системи господарювання, та, в зв'язку з цим, повинні бути стійкими у фінансовому відношенні, виступаючи гарантами фінансових зобов'язань із відшкодування збитків. За своєю природою страховики покликані стабілізувати та поживляють економічні відносини, що вимагає від них особливого відношення до забезпечення власної фінансової стійкості, з врахуванням того, що самі вони наражаються на весь спектр ризиків, від яких вони покликані захищати страхувальників. З'ясовано, що в процесі діяльності страхові компанії наражаються на ряд ризиків, зокрема: стратегічний, ринковий, страховий, операційний та інформаційний. На окрему увагу заслуговує розгляд специфіки страхового ризику, в складі якого виділено та подано характеристику його таким складовим: андеррайтинговій, кредитній та ліквідній.

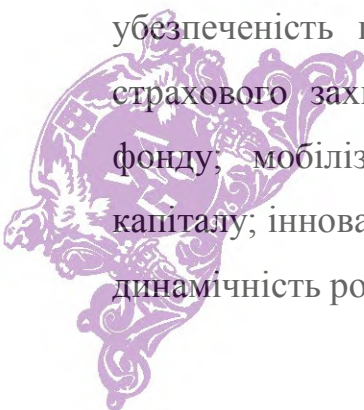
6. Страхова компанія крім ретельного врахування впливу на її діяльність ризиків, на які вона наражається, повинна враховувати взаємозв'язок та взаємний вплив цих ризиків. Саме тому, дослідження та управління ризиком недотримання фінансової стійкості, який за своєю суттю є похідним від решти



ризиків, дозволяє забезпечити функціонування системи моніторингу, аналізу та оцінки ризиків страхової компанії, а саме: стратегічного, ринкового, страхового, операційного та інформаційного, дозволяючи страховим компаніям приймати виважені рішення щодо рівня цих ризиків, які є припустимими для страхової компанії. Крім того, вивчаючи ризик недотримання фінансової стійкості страховики можуть отримати краще уявлення відносно того, як різні події всередині і ззовні компанії можуть вплинути на результати його діяльності та фінансову стійкість. При цьому, комплексне управління ризиком недотримання фінансової стійкості дозволяє страховикові ефективніше протидіяти комплексу згаданих вище ризиків.

7. В силу виключної динамічності та мінливості ризику фінансової стійкості, управління ним набуває першочергового значення. При цьому, для вербального опису ризику фінансової стійкості, первинної його ідентифікації та якісної характеристики загроз фінансово стійкому функціонуванню страховиків, використовуються якісні показники. Опис ризику недотримання фінансової стійкості за допомогою якісних показників представлений за допомогою фасетної класифікації, де класифікована сутність змодельована за допомогою десяти фасет відповідно до яких визначено альтернативи їх реалізації.

8. Значущість фінансової стійкості страхових компаній доводить можливість повноцінного виконання інститутом страхування своєї багатопланової ролі у процесі суспільного відтворення та успішного залучення інвестицій на міжнародних ринках капіталу для розширення та модернізації власного бізнесу в сучасній економіці. В процесі дослідження з'ясовано, що за умов фінансово стійкого функціонування страховиків досягаються: забезпеченість підприємств, установ і організацій; соціальна спрямованість страхового захисту; субститивність; інвестиційна орієнтованість страхового фонду; мобілізованість страховиками інвестицій на міжнародних ринках капіталу; інноваційність страхових послуг; зайнятість працездатного населення; динамічність розвитку страхової системи; інтеграційна рівновага.



9. Не зважаючи на те, що ключовими умовами забезпечення фінансової стійкості страхової компанії визначено оптимальну організацію тарифної, інвестиційної, фінансової та перестрахової політик; дотримання нормативу платоспроможності, розгляд питань забезпечення й оцінки фінансової стійкості страхової компанії є складним комплексним поняттям, дослідження якого вимагає застосування методології системного підходу. Лише розгляд в єдності структури (страхової компанії), функції (здійснення статутної діяльності), процесу (забезпечення фінансової стійкості) та волатильного впливу ризиків, утворюють вичерпний комплект взаємопов'язаних змінних, що дозволяє побудувати конструктивну модель для дослідження специфіки забезпечення й оцінки фінансової стійкості страхової компанії. Тому, в роботі забезпечення фінансової стійкості страхової компанії розглядається, по-перше, з позиції системного підходу, який базується на синтезі таких складових, як стійкість капіталоутворюючої бази, стійкість страхового портфеля, а також врахуванні впливу таких організаційно-управлінських чинників, як: стійкість кадрового складу, організаційно-структурна стійкість, стійкість регіональної мережі, стійкість ділової репутації; по-друге, з врахуванням впливу зовнішніх та внутрішніх ризиків як на процес забезпечення, так і на оцінку фінансової стійкості страхової компанії.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях [296, 301, 303, 309, 310, 311, 317, 332, 334, 335, 336, 337, 339, 340, 345, 347, 361, 362, 363].



РОЗДІЛ 2

ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ

2.1. Інструментарій забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази страховиків

Економічні способи забезпечення фінансової стійкості страхових компаній спираються на досягнення ряду кількісних показників, які характеризують величини цін на страхові продукти, розміри власних коштів страховика і його страхових резервів, кількість укладених договорів страхування, кількість застрахованих об'єктів та ін. Саме за допомогою економічних способів забезпечується стійкість капіталоутворюючої бази та стійкість страхового портфеля страховика.

Стійкість капіталоутворюючої бази досягається за допомогою таких інструментів як: нарощуваність капіталу, тарифікація; резервування (рис. 2.1).

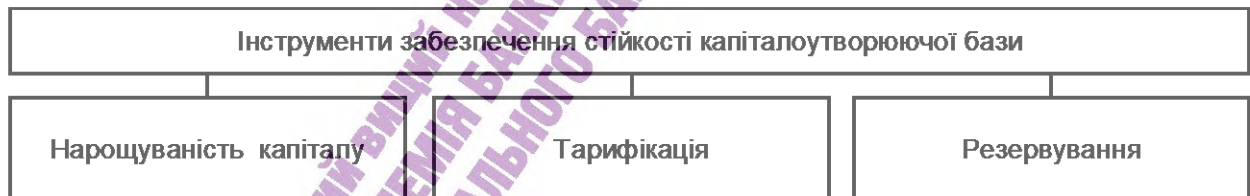
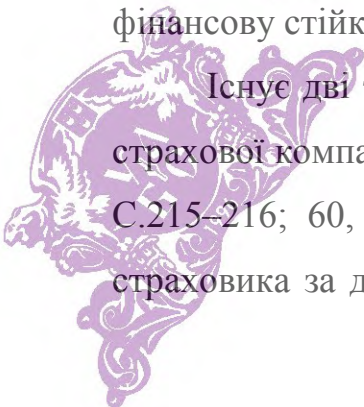


Рис. 2.1. Інструменти забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази

Розглянемо детальніше кожний з наведених інструментів.

Нарощуваність капіталу. Формування капіталу страхової компанії є процесом залучення фінансових ресурсів, управління їх рухом і трансформацією у конкретні форми капіталу, які здатні забезпечити її фінансову стійкість у будь-який момент часу.

Існує дві точки зору в питанні походження джерел формування капіталу страхової компанії. Перша група дослідників-науковців [31, с. 43; 34, с. 174; 56, С.215–216; 60, с. 226; 273, с. 746; 369, с. 222; 399, с. 56] поділяє капітал страховика за джерелами його формування на власний і залучений. В даному



контексті не повною є точка зору М.Я. Веселовського [34, с. 174], який поділяє «капітал страхової компанії, який знаходиться в обороті та використовується для проведення страхових операцій і здійснення інвестиційної діяльності» на власний і залучений. Вважаємо, що наведене визначення потребує уточнення, адже в ньому відсутня згадка про фінансову діяльність страхової компанії. Не зрозуміло також, за рахунок якого виду капіталу (власного чи залученого) фінансова діяльність здійснюється. Та загально визнаним є факт, що страхова, інвестиційна та фінансова складові діяльності страховика тісно пов'язані між собою і концептуально неправильно розглядати їх окремо.

Інша група дослідників [46, с. 190; 182, с. 108; 190, с. 300] виділяє три складові капіталу страхової компанії, а саме: власний, залучений та позиковий. Ми дотримуємося точки зору цієї групи дослідників. Склад капіталу страхової компанії, відповідно до цього підходу, наведено на рисунку 2.2.

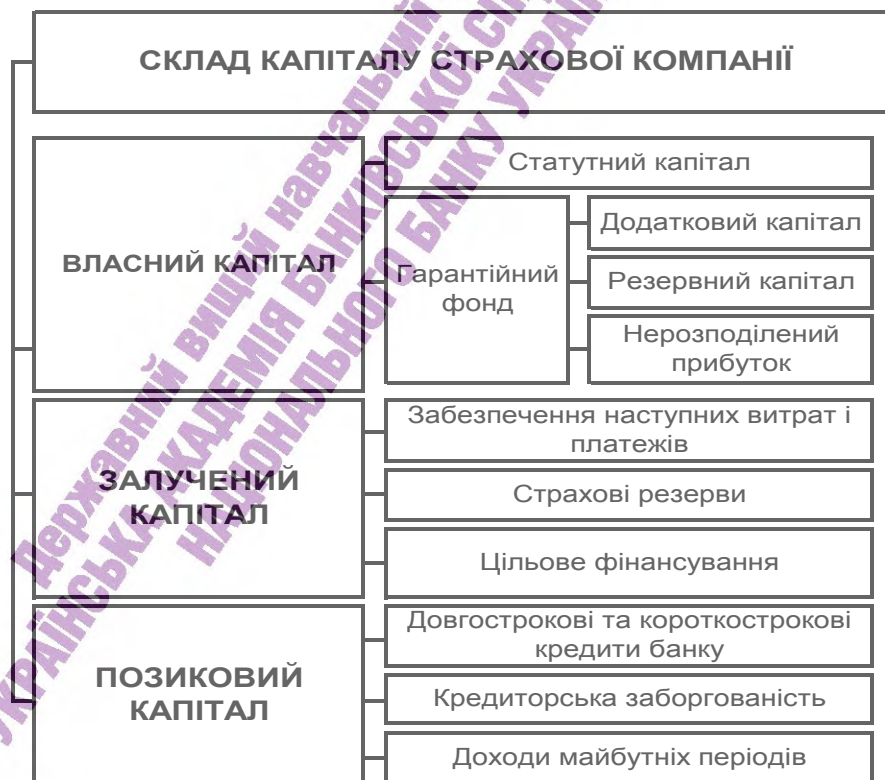


Рис. 2.2. Склад капіталу страхової компанії

Водночас, для зручності, в ході подальшого розгляду, поділятимемо капітал страхової компанії лише на власний та залучений. Вважаємо, що підхід, який передбачає розмежування капіталу, за джерелами походження, на власний

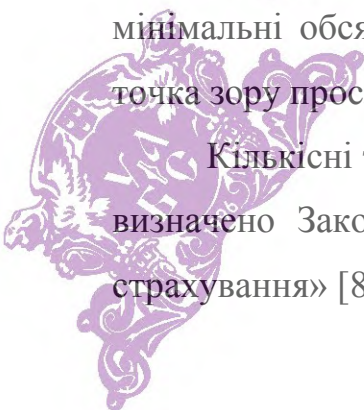
і залучений (маючи на увазі, що до нього входить і позиковий) має право на існування, оскільки у порівнянні з обсягами страхових резервів, які відносяться до залученого капіталу, показники усіх інших статей, де відображаються обсяги залучених та позикових коштів, є досить скромними.

Власний капітал страхової компанії відіграє важливу роль як на стадії створення страхової компанії, так і в процесі її функціонування. Це пов'язано з тим, що, по-перше, ймовірність негативного відхилення від запланованих результатів зберігається впродовж усієї діяльності страховика, а, по-друге, конкурентоспроможна страхова компанія повинна постійно розвиватися, розширюючи свою присутність на завойованих ринках збуту, виходячи на нові ринки, залучаючи нових клієнтів та розробляючи нові продукти. Все це потребує значних матеріальних затрат і гарантій.

Власний капітал страхової компанії складається з статутного капіталу, додаткового та резервного капіталу, нерозподіленого прибутку.

Статутний капітал страховика є фінансовою основою його діяльності та займає найбільшу частку в структурі власного капіталу. М.Я. Веселовський влучно зазначає, що на початковому етапі функціонування страхової компанії «статутний капітал є єдиною гарантією забезпечення платоспроможності» [34, с. 174]. Саме тому, порядок формування та дотримання розміру статутного капіталу страховика суворо регулюється законодавством. В свою чергу О.О. Гаманкова підкреслює, що «статутний капітал від самого початку заснування страхової організації формує основу її фінансової стійкості» [46, с. 28]. Повністю погоджуємося із М.М. Михальським, який акцентує увагу на тому, що статутний капітал є «засобом забезпечення фінансової стійкості та контролю над платоспроможністю страховика з боку держави, яка встановлює мінімальні обсяги та склад їх статутного капіталу» [173, с. 223]. Аналогічна точка зору прослідковується і в роботах інших дослідників [14, с. 113].

Кількісні та якісні вимоги до формування статутних капіталів страховиків визначено Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування» [88].



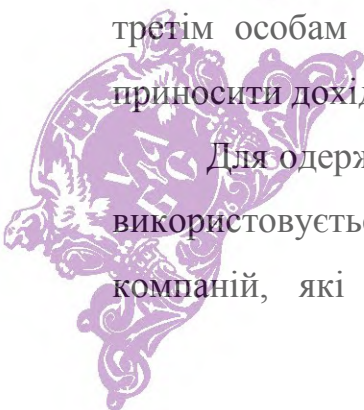
Що ж до гарантійного фонду страховика, то до нього належить додатковий та резервний капітал, а також сума нерозподіленого прибутку [88]. Додатковий капітал з'являється в результаті статутної діяльності страхової компанії. Методика формування резервного капіталу базується на загальних принципах організації діяльності суб'єктів господарювання. Таким чином, вона не має галузевої специфіки.

За рахунок нерозподіленого прибутку страховики можуть створювати вільні резерви. Відповідно до чинного законодавства, вільні резерви – це частка власних коштів страховика, яка резервується з метою додаткового забезпечення платоспроможності страховика [88]. Рішення про формування цих резервів та порядок їхнього створення приймається страховою компанією самостійно. Водночас слід зауважити, що наявність вільних резервів дозволяє страховій компанії приймати на своє утримання ризику більшої страхової вартості.

Отже, наявність та достатність власного капіталу дозволяє страховикові не лише покривати негативні наслідки підприємницького ризику, але й забезпечувати безперервність його діяльності. Тому, можна стверджувати, що величина власного капіталу страхової компанії має неабияке значення в забезпеченні її фінансової стійкості. Недостатній рівень капіталізації страхового бізнесу є одним із стримуючих чинників подальшого стабільного розвитку та ефективного функціонування страховиків, який, крім цього, не дозволяє їм брати активну участь в забезпеченні структурної перебудови економіки.

Окрім власного капіталу, страхові компанії використовують залучений капітал, який відіграє суттєву роль у фінансуванні процесу виконання страхових зобов'язань. Залучений капітал, на відміну від власного, належить третім особам і відноситься до зобов'язань страховика. Він також здатний приносити дохід, який є джерелом капіталоутворення.

Для одержання об'єктивної картини щодо обсягів і складу капіталу, який використовується страховиками, дослідимо структуру капіталу страхових компаній, які займаються ризиковими видами страхування. При цьому,



розрахунки здійснюватимемо окремо по трьох групах страхових компаній, а саме: великі, середні, малі. Крім того, вивчимо динаміку змін основних фінансових показників діяльності страхових компаній впродовж 2006 – 2009 років.

Для досягнення поставлених вище цілей дослідження, необхідно вирішити кілька проблем. По-перше, нині в Україні відсутня усталена методика поділу компаній на групи за величиною. По-друге, зміна характеру вибірки страхових компаній в наявній статистиці залежна від періоду спостереження. Для вирішення вказаних вище проблем нами запропоновано кілька методик. Розглянемо кожну з них докладніше. Всі обчислення проведено за даними рейтингу Insurance Top [202], в якому наведено відомості щодо квартальних підсумків фінансової діяльності кращих страхових компаній України. Таблиці, які відповідають різним періодам часу (нами використано 17 таблиць: на 01.01.06, на 01.04.06, ... , на 01.01.10), містять дані щодо різної кількості компаній, вибірка компаній від кварталу до кварталу, з об'єктивних причин, змінювалася.

Перша методика. Згідно з цією методикою при розрахунках враховують дані щодо всіх страховиків, до інформації про яких був доступ. В такий спосіб досягається максимальне розширення вибірки даних. Поділ страхових компаній на групи за величиною здійснювався за розміром активів [318]. Для цього, за даними кожного кварталу, складався список компаній згідно з розмірами їх активів, обчислювалося їх середнє значення за весь час спостережень (лінія подвійної товщини на рис. 2.3) і список розподілявся на групи таким чином, щоб сумарні середні активи кожної групи були приблизно рівними (інтегральний принцип поділу). При переведенні на розмір активів отримуємо наступні критерії поділу:

- великі компанії – активи $\geq 450\ 000$ тис. грн.;
- середні компанії – $150\ 000$ тис. грн. \leq активи $< 450\ 000$ тис. грн.;
- малі компанії – активи $< 150\ 000$ тис. грн.



На рисунку 2.3 наведено дані щодо розмірів активів страхових компаній та результати їх поділу (вертикальні смуги) на групи за цим показником. Горизонтальні прямі, нанесені на рисунок, вказують порогові значення розмірів активів страховиків, що використовувалися як критерій для характеристики їх розмірів. Остаточню до групи великих компаній потрапило 6 компаній, до групи середніх – 20 компаній. Кількість малих компаній коливалася від 68 до 90.

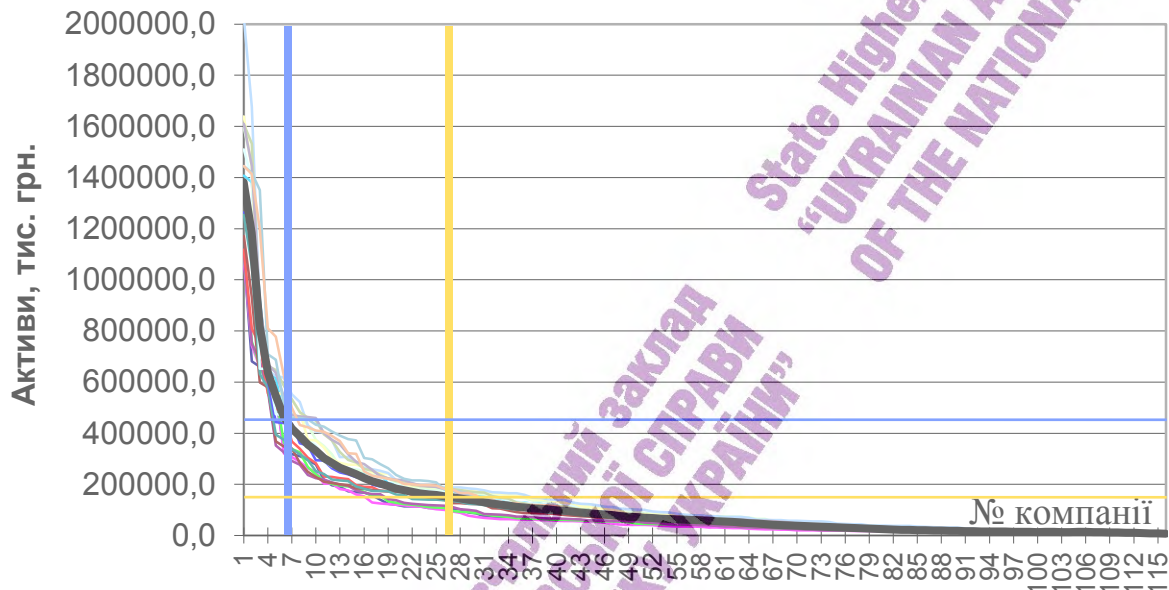


Рис. 2.3. Поділ компаній на групи за розміром активів (методика №1):

— 01.01.06 — 01.04.06 — 01.07.06 — 01.10.06 — 01.01.07 — 01.04.07
 — 01.07.07 — 01.10.07 — 01.01.08 — 01.04.08 — 01.07.08 — 01.10.08
 — 01.01.09 — 01.04.09 — 01.07.09 — 01.10.09 — 01.01.10 — Середнє

Таблиця В.1 додатку В містить результати розрахунків середніх значень показників за даною методикою поділу компаній. Рисунок В.1(а,б) додатку В ілюструє динаміку зміни основних показників, що характеризують склад капіталу страхових компаній.

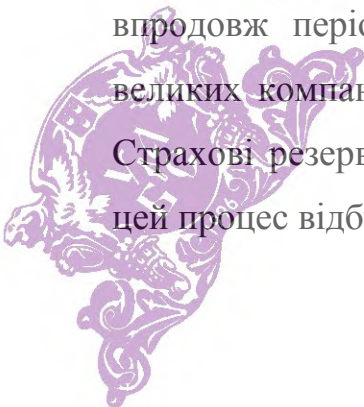
Аналіз результатів розрахунків свідчить, що активи всіх компаній впродовж періоду спостереження мали стійку тенденцію до зростання. Аналогічна ситуація стосується також власного капіталу. При цьому, найбільший приріст активів та власного капіталу спостерігається для великих компаній. Однак, частка власного капіталу в загальному капіталі усіх груп компаній зменшилася (особливо це стосується середніх компаній – з 73,83% на

01.01.2006 р. до 51,17% на 01.01.2010 р.). Для великих компаній падіння даного показника було зовсім незначним (-3,69%).

Впродовж досліджуваного періоду статутний капітал великих компаній зазнав значних коливань: впродовж 2006 року величина статутного капіталу практично не змінювалася, у 2007 році спостерігалось зростання статутного капіталу, натомість початок 2008 року характеризувався досить різким зменшенням даної величини, після чого статутний капітал знову збільшувався. При цьому, впродовж 2006-2009 років зберігалася загальна тенденція до зростання величини статутного капіталу великих компаній. За аналогічний період, у випадку середніх і малих страхових компаній статутний капітал зростає повільно. Необхідно зазначити, що темпи росту величини статутного капіталу для середніх компаній були найвищими (160,05%), а для малих страхових компаній – найнижчими (87,89%). Відмітимо також те, що частка статутного капіталу у власному капіталі великих компаній суттєво менше ніж для середніх і малих, що свідчить про прибуткову діяльність великих страховиків та їх можливості щодо виплат акціонерам дивідендів або реінвестування капіталу. Натомість перевищення розмірів статутного капіталу над власним свідчить або про збитковість діяльності страховика, або про вилучення частини статутного капіталу, або про значну заборгованість засновників при формуванні статутного капіталу.

Відзначимо також, що активи, власний і статутний капітал великих і середніх компаній мають негативний приріст в першій половині 2007 року та першому кварталі 2008 року. Активи та власний капітал цих компаній зменшувалися також протягом першої половини 2009 року.

Нерозподілений прибуток середніх компаній суттєво зменшується впродовж періоду 2006-2009 років, меншими темпами він зменшується у великих компаній, малі компанії зберігають цей показник майже стабільним. Страхові резерви зростають у всіх компаніях, при цьому у великих компаній цей процес відбувається надзвичайно нерівномірно.



Друга методика відрізняється від першої тим, що з розгляду було вилучено компанії, відносно яких були відсутні дані хоча б за одним із часових відрізків (кварталів), тобто розглядаємо лише ті компанії, стосовно яких були в наявності повні відомості за всіма часовими перерізами. Крім того, за даною методикою поділ компаній на групи здійснювали один раз – за даними, отриманими на початок періоду, і в подальшому компанії із групи в групу не переводилися. Таким чином, для аналізу було використано дані щодо 48 компаній, з них 3 компанії віднесено до групи великих, 8 – до середніх, 37 – до малих (використані вказані раніше критерії поділу).

На рисунку 2.4 подано дані щодо поділу компаній на групи на підставі другої методики (синя та жовта прямі). Зауважимо, що порядковий номер, який при поділі на групи за даною методикою отримувала страхова компанія, залежав від її розміру активів на початку аналізованого періоду.

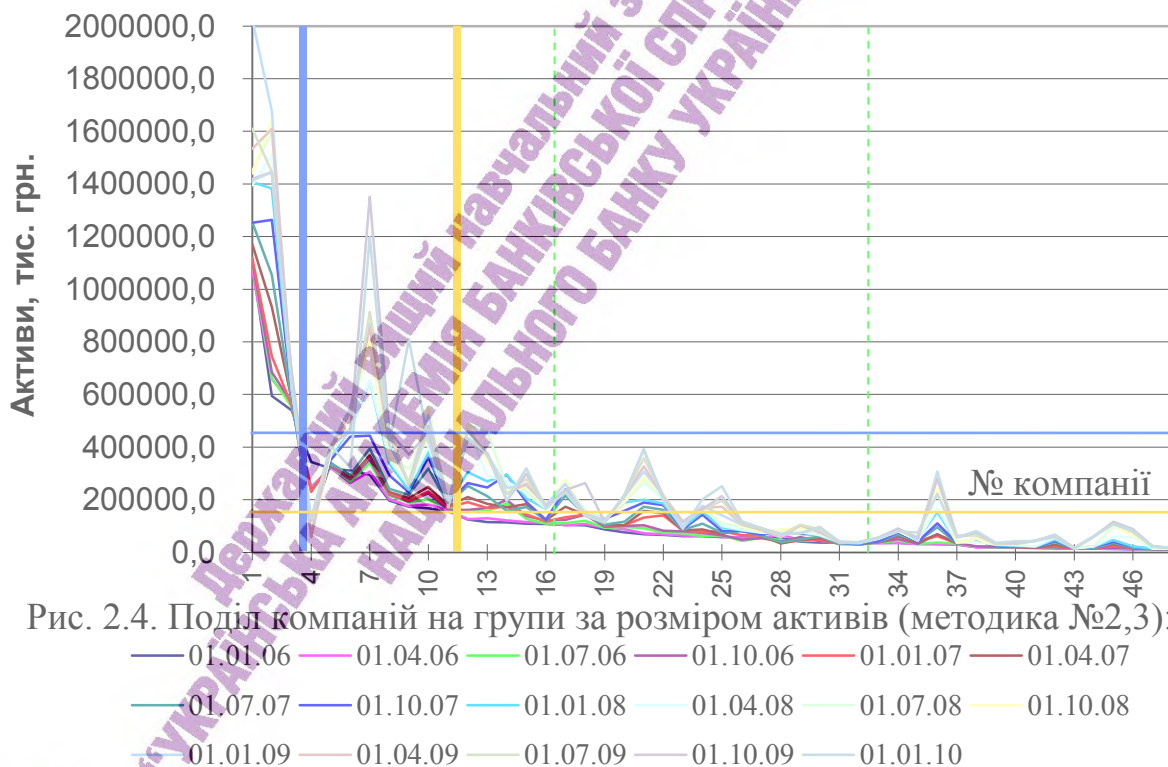
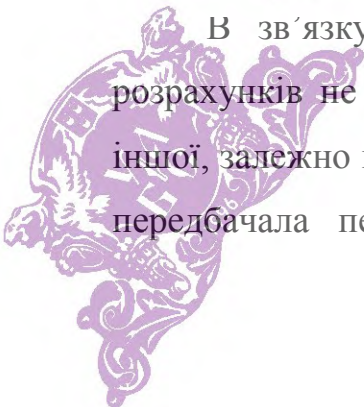


Рис. 2.4. Поділ компаній на групи за розміром активів (методика №2,3):

— 01.01.06 — 01.04.06 — 01.07.06 — 01.10.06 — 01.01.07 — 01.04.07
 — 01.07.07 — 01.10.07 — 01.01.08 — 01.04.08 — 01.07.08 — 01.10.08
 — 01.01.09 — 01.04.09 — 01.07.09 — 01.10.09 — 01.01.10

В зв'язку з цим, склад груп був фіксованим, тому на результати розрахунків не впливало переміщення страхових компаній з однієї групи до іншої, залежно від зміни розміру активів впродовж аналізованих періодів, як це передбачала перша методика. Завдяки цьому була можливість виявляти



процеси, що відбувалися всередині груп компаній, що необхідно відмітити як суттєву перевагу даної методики.

Однак цей підхід залишає поза полем зору такі процеси на страховому ринку як: виникнення нових компаній, злиття компаній, введення значних інвестицій в ту чи іншу компанію, тощо.

Результати розрахунків за методикою №2 вміщено в таблиці В.2 додатку В та проілюстровано на рисунку В.2(а, б) цього ж додатку.

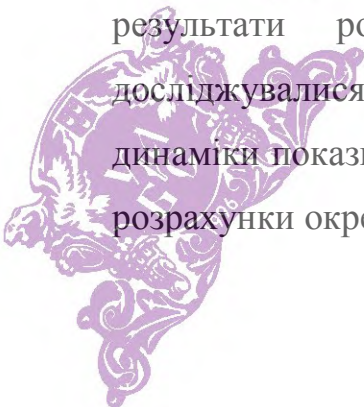
Третя методика. За методикою №3 компанії відбиралися аналогічно методиці №2, далі їх поділяли на групи за принципом рівності обсягів вибірок. Тобто, до кожної групи відносили по 16 компаній. На рисунку 2.4 пунктирними лініями показано результати поділу компаній на групи за методикою №3.

В переведенні на розмір активів компанії поділяли на групи за наступними критеріями:

- великі компанії – активи $\geq 105\ 000$ тис. грн.;
- середні компанії – $36\ 000$ тис. грн. \leq активи $< 105\ 000$ тис. грн.;
- малі компанії – активи $< 36\ 000$ тис. грн.

В таблиці В.3 та рисунку В.3(а, б) додатку В подано результати розрахунків середніх значень показників складу і структури капіталу страхових компаній, отримані з застосуванням методики №3.

Відмітимо, що темпи росту практично всіх показників суттєво зменшилися в 2009 році. Слід також відзначити, що всі описані вище методики показують значний позитивний приріст обсягів залученого капіталу страховиками в останньому кварталі 2008 року. Зауважимо, що для всіх аналізованих показників розраховувалися також їх середні значення загалом по всіх компаніях (без поділу на групи). В таблицях 2.1 та 2.2, відповідно вміщено результати розрахунків відносних та абсолютних показників, які досліджувалися. В додатку В вміщено таблиці В.4 та В.5, в яких крім аналізу динаміки показників за весь чотирирічний період спостереження подано також розрахунки окремо для кожного року.



Таблиця 2.1

Відносні темпи росту середніх показників структури капіталу по групах компаній за 2006–2009 роки у % до рівня початку періоду

Методика	Група компаній	Активи	Власний капітал	Частка власного капіталу у загальному	Статутний капітал	Частка статутного капіталу у власному	Нерозподілений прибуток	Частка нерозподіленого прибутку у власному капіталі	Залучений капітал	Частка залученого капіталу у загальному	Страхові резерви
№1	Великі	59,98	52,05	-4,96	101,28	32,38	-45,80	-64,36	83,09	14,45	98,00
	Середні	67,35	15,98	-30,70	160,05	124,22	-112,55	-110,82	228,65	96,38	129,25
	Малі	98,59	78,44	-10,15	87,89	5,30	-23,44	-57,10	151,42	26,60	97,14
	Загалом	96,86	65,94	-15,71	127,95	37,37	-60,87	-76,42	188,16	46,38	140,05
№2	Великі	56,02	60,72	3,01	0,00	-37,78	-13,98	-46,48	41,82	-9,10	35,31
	Середні	98,39	51,79	-23,49	200,61	98,04	-88,52	-92,44	230,09	66,39	180,29
	Малі	158,21	119,35	-15,05	161,47	19,20	-64,91	-84,00	224,36	25,62	165,47
	Загалом	101,48	73,93	-13,67	119,41	26,14	-48,00	-70,11	168,71	33,37	132,59
№3	Великі	85,97	62,77	-12,47	120,50	35,47	-65,76	-78,96	145,00	31,74	123,43
	Середні	135,00	119,08	-6,77	115,53	-1,62	79,67	-17,99	167,35	13,77	122,27
	Малі	225,19	108,25	-35,96	119,38	5,35	-211,57	-153,57	504,47	85,88	253,20
	Загалом	101,48	73,93	-13,67	119,41	26,14	-48,00	-70,11	168,71	33,37	132,59

Таблиця 2.2

Абсолютні темпи росту середніх показників структури капіталу по групах компаній за 2006–2009 роки до рівня початку періоду

Методика	Група компаній	Активи, тис. грн.	Власний капітал, тис. грн.	Частка власного капіталу у загальному, %	Статутний капітал, тис. грн.	Частка статутного капіталу у власному, %	Нерозподілений прибуток тис. грн.	Частка нерозподіленого прибутку у власному капіталі, %	Залучений капітал, тис. грн.	Частка залученого капіталу у загальному, %	Страхові резерви, тис. грн.
№1	Великі	391738,00	253105,77	-3,69	133016,67	8,74	-130004,58	-37,57	138632,23	3,69	115707,83
	Середні	118631,81	20779,03	-22,66	60091,03	35,86	-72737,46	-55,07	105394,26	25,22	71597,29
	Малі	33920,02	19532,89	-7,35	15054,40	3,64	-1681,78	-16,45	14387,14	7,35	9698,11
	Загалом	87992,63	44111,30	-11,57	33977,85	14,83	-19106,40	-35,86	45062,24	12,23	32775,54
№2	Великі	417118,33	339629,47	2,26	0,00	-13,24	-43301,07	-25,74	77488,87	-2,26	55536,53
	Середні	241319,86	93828,49	-17,35	119585,68	32,26	-69164,26	-39,87	147491,38	17,35	103637,83
	Малі	81092,05	38535,07	-9,48	32664,59	12,03	-6531,16	-26,18	42556,98	9,48	32603,70
	Загалом	128798,33	66569,04	-9,70	45109,90	10,97	-19268,13	-31,25	62229,29	9,70	45876,02
№3	Великі	256030,06	134219,04	-8,95	95276,92	13,12	-66915,94	-37,58	121811,03	8,95	92688,07
	Середні	84452,12	49931,20	-4,54	25792,59	-0,86	13287,53	-7,16	34520,92	4,54	25911,39
	Малі	45912,81	15556,89	-25,35	14260,20	4,44	-4175,98	-21,09	30355,93	25,35	19028,60
	Загалом	128798,33	66569,04	-9,70	45109,90	10,97	-19268,13	-31,25	62229,29	9,70	45876,02

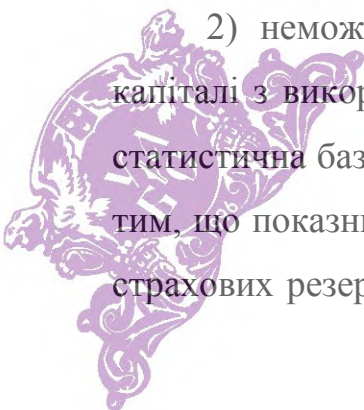
Середні дані за всіма абсолютними показниками, крім величини обсягів нерозподіленого прибутку, демонструють тенденцію до зростання. Як видно з таблиці 2.2, найбільше абсолютне зростання активів демонструють великі компанії. Водночас, найбільший відносний ріст активів спостерігається у малих компаніях (табл. 2.1). Середні за розмірами компанії показують порівняно незначне нарощування активів.

З цього можна зробити висновок, що на ринку відбувається підтягування малих компаній до рівня середніх. Кількість міцних «середняків» збільшується, їх показники вирівнюються, а це сприяє загостренню конкурентної ситуації на ринку страхових послуг. Відмітимо, що зростання активів компаній усіх груп відбувається, переважно, за рахунок збільшення залученого капіталу. Отже, частка залученого капіталу в сукупному капіталі страхових компаній зростає, а частка власного капіталу – зменшується. Лідерами цього процесу є середні компанії (за даними, отриманими з використанням першої та другої методик) та малі компанії (в разі застосування третьої методики).

Підбиваючи підсумок, акцентуємо увагу на характерних моментах, виявлених за допомогою описаних вище методик:

1) значне переважання власного капіталу в загальній сумі капіталу, характерне для всіх страхових компаній – учасників страхового ринку. Це свідчить про фінансування страховиками більшої частки активів за рахунок власних коштів, водночас як фінансові установи, вони повинні працювати в основному із залученим капіталом. Зокрема, за розрахунками Н.Й. Морозко [180, с. 37], за інших рівних умов, структура капіталу при співвідношенні власного та залученого в пропорції 40% до 60%, дозволяє максимізувати ринкову вартість страхової компанії;

2) неможливість визначення частки страхових резервів у залученому капіталі з використанням описаних вище методик пов'язана з тим, що наявна статистична база не достатня для здійснення таких розрахунків. Це спричинено тим, що показник «страхові резерви» включає в себе і частку перестраховика в страхових резервах, а як відомо, остання до загальної суми капіталу страхової



компанії не входить. Водночас, можна впевнено стверджувати, що значну частину залученого капіталу страховиків складають страхові резерви. Зокрема, ця частка на кінець 2009 (2008) року в страховій компанії «Теком» становила 97,9% (98,1%), «Вексель» – 78,0% (92,4%), «Каштан» – 56,3% (66,7%), «Оранта» – 70,0% (66%), «АСКА» – 60,0% (63,4%), «Аванте» – 57,0% (40,9%).

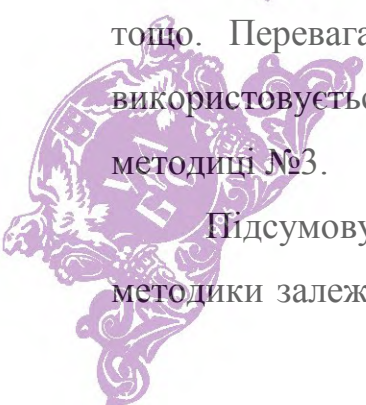
Застосування трьох наведених вище методик дослідження змін в структурі капіталу великих, середніх і малих компаній та по ринку в цілому дають можливість зробити такі висновки.

Перша методика придатна для досліджень на тривалих проміжках часу (рік – кілька років). Вона враховує зміни в структурі ринку і дозволяє охопити максимальний обсяг статистичної інформації. Призначення методики №1 – аналіз ситуації на ринку загалом. Її недоліком є те, що результати розрахунків за певними показниками мають значні флуктуації за рахунок неоднорідності вибірок по групах компаній. Це, в свою чергу, ускладнює побудову трендів і утруднює виявлення основних тенденцій розвитку страховиків.

Друга і третя методика позбавлені вказаних вище недоліків. Проте, вони не дозволяють враховувати дані компаній, статистика щодо яких неповна, а також тих компаній, які з'явилися на ринку в межах досліджуваного періоду. Призначення цих методик – аналіз ситуації всередині страхового ринку для обраної групи компаній.

Третя методика відрізняється від другої способом поділу компаній на групи. Якщо за другою методикою поділ на групи здійснюється за інтегральним принципом (як і для першої), то за третьою методикою групи утворюються за принципом рівності вибірок. Це дозволяє максимально стабілізувати середні показники, легко виявляти тенденції розвитку ситуації тощо. Перевага методики №2 в тому, що як критерій поділу на групи використовується фінансовий показник, а не формально математичний, як у методиці №3.

Підсумовуючи все вищенаведене, слід зазначити, що вибір відповідної методики залежить від мети, яку ставить перед собою дослідник. Цікавим для



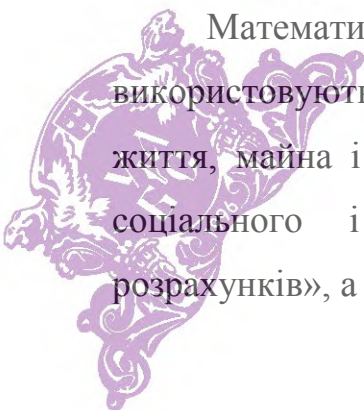
дослідження структури капіталу та тенденцій його нарощуваності може бути також порівняння розрахунків, отриманих за різними методиками.

Отже, нарощуваність капіталу – це інструмент забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази страхової компанії, суть якого полягає в постійному поповненні власного капіталу (який початково створений при заснуванні страхової компанії) відповідно до власної моделі оцінки потреби у капіталі, а також залученого капіталу, обсяги яких дозволяють страховикові перманентно та в повному обсязі виконувати зобов'язання перед страхувальниками, третіми особами та іншими категоріями контрагентів.

Відносно другого інструменту забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази – тарифікації, слід зазначити, що в економічних відносинах, представлених відносинами купівлі-продажу товарів або надання послуг, неабияке значення відіграє ціна. Її правильне визначення дозволяє виробникові повернути витрати на виготовлення продукції чи надання послуги й отримати прибуток. Неправильно визначена ціна на товар або послугу зменшує прибуток або не дозволяє його отримати, що, в кінцевому підсумку, викликає погіршення фінансового стану суб'єкта підприємницької діяльності, а у критичних випадках – його банкрутство.

Першоосною формування ціни страхового продукту є нагромадження статистичної інформації про об'єкти страхування та їхню вартість, про види і кількість (частоту) несприятливих випадкових подій, які нанесли цим об'єктам збитки, а саме: стихійні лиха, пожежі, аварії і катастрофи, а при особистому страхуванні – кількість нещасних випадків, захворювань, дані щодо тривалості життя людей тощо.

Математико-статистичні методи обробки вказаної інформації, які використовуються з метою визначення цін на страхові послуги при страхуванні життя, майна і відповідальності, а також для визначення розміру внесків із соціального і пенсійного страхування, отримали назву «актуарних розрахунків», а в широкому розумінні – актуарної математики [419, С. 5–6].



Отже, ціна одиниці страхового продукту обґрунтовується за допомогою закономірностей теорії ймовірності. Калькуляція ціни страхового продукту повинна виконуватися таким чином, щоб з високою ймовірністю забезпечувати гарантії виконання страховиком своїх зобов'язань в майбутньому шляхом покриття можливих збитків клієнтів за умови одночасного недопущення власного банкрутства [198, с. 270]. Звідси випливає, що використання математико-статистичних підходів до визначення ціни страхового продукту є основою для встановлення розміру нетто-ставки по ризику.

Наступним підходом до формування ціни страхового продукту є економічний, який відображає ринкову вартість страхового захисту, що складається з суми кількісної оцінки ризику та доданої вартості. При цьому, економічний підхід служить основою для визначення розміру навантаження до нетто-ставки.

Диференційний підхід до формування ціни на страхові послуги проявляється у встановленні пільг, знижок, надбавок до встановленої ціни та визначення порядку сплати страхових внесків. Отже, кількісно встановлена ціна страхового продукту доповнюється необхідними якісними характеристиками важливими для його реалізації.

Загальна будова (структура) страхової брутто-ставки в ризиковому страхуванні складається з суми нетто-ставки і навантаження (рис. 2.5).



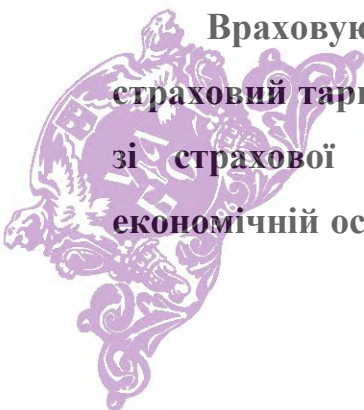
Рис. 2.5. Загальна будова (структура) страхових тарифів із ризикового страхування



Більшість вітчизняних і зарубіжних науковців визначають страховий тариф як «частку страхової премії з одиниці страхової суми за певний період часу страхування тих чи інших ризиків» [23, с. 80] або як «ставку страхового внеску з одиниці страхової суми чи об'єкта страхування» [8, с. 97; 78, с. 301; 190, с. 211; 263, с. 236; 280, с. 163; 291, с. 93] або як «вартість страхового захисту» [34, С. 65–66] або як «одиницю виміру взаємних зобов'язань страховика і страхувальника» [198, с. 280] або як «грошову плату з одиниці страхової суми або з вартості об'єкта страхування за визначений період страхування» [279, с. 440].

Нетиповим є погляд на страховий тариф В.Б. Гомеллі, який визначає його як «передбачувану на основі наукового прогнозу величину грошових зобов'язань сторін для узгодження між ними істотних умов страхової угоди, яка (величина грошових зобов'язань) є вихідною економічною базою для формування фактичної ринкової ціни страхового товару та всієї системи фінансів страховика» [55, с. 274]. В.Б. Гомелля правильно зазначає, що в основу страхового тарифу покладено науковий прогноз. Водночас, виникає запитання, чому саме страховий тариф визначає «величину грошових зобов'язань сторін», якщо відомо, що страхувальник спочатку повинен придбати страхову послугу, і лише після цього виникає зобов'язання страховика за наслідками настання страхового випадку? На нашу думку, страховий тариф не визначає величину грошових зобов'язань сторін, він, швидше, є передумовою виникнення цих зобов'язань. Величина ж зобов'язань страховика перед страхувальником засвідчується та визначається сплатою страхового платежу. Водночас, влучним є акцентування В.Б. Гомеллею уваги на тому, що «страховий тариф є базою для формування всієї системи фінансів страховика».

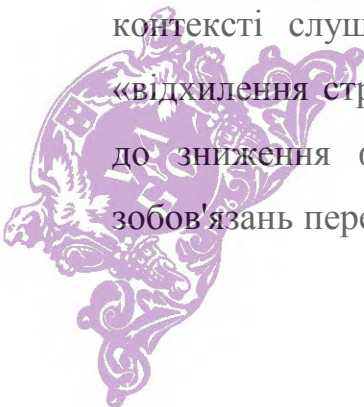
Враховуючи вищенаведене, на нашу думку, можна визначити страховий тариф як ставку страхового внеску з одиниці страхової суми чи зі страхової вартості об'єкта, яка визначається на актуарній та економічній основі, до якої можливе застосування диференційних підходів,



та який є передумовою виникнення взаємних зобов'язань страховика і страхувальника.

Тариф-брутто дозволяє страховим компаніям визначити розміри страхових платежів (внесків), надходження яких забезпечує страховикам 80-90 відсотків грошових надходжень. Правильно визначені страхові тарифи дозволяють отримати грошові надходження, достатні для утворення страхових резервів у необхідних розмірах, утримувати страхову компанію та забезпечувати утворення прибутку. У свою чергу, належні розміри страхових резервів створюють умови для виплати страховиком страхового відшкодування (страхових сум) і дозволяють йому здійснювати інвестиційні операції, а це дає можливість отримувати інвестиційний доход і прибуток від інвестиційної діяльності.

Отже, фінансова стійкість страховика напряму залежить від правильного розрахунку тарифних ставок, які є ціною за страхову послугу або, як відмічають окремі дослідники, «тариф є одним з елементів, що забезпечує фінансову стійкість страховика» [198, с. 288]. Так, якщо страхові тарифи занижені, то зменшуватимуться надходження страхових платежів, відповідно, і розмір страхових резервів, що може призвести (при настанні страхових випадків) до ускладнень або неможливості виконання своїх зобов'язань, і, як наслідок, до зниження фінансової стійкості страхової компанії. Завищення страхових тарифів спричиняє зменшення кількості залучених страхувальників та, зумовлене цим, звуження страхового поля й відповідне зменшення платежів, а отже і зниження конкурентоздатності страховика. Таким чином, в результаті завищення ціни на страхові послуги страховик матиме зниження обсягів доходів, що зумовлюватиме погіршення його фінансової стійкості. В даному контексті слушною є думка вітчизняних науковців, які стверджують, що «відхилення страхового тарифу від об'єктивних обґрунтувань може призвести до зниження фінансової стійкості страховика та невиконання ним своїх зобов'язань перед страхувальниками» [280, С. 521–522]. Саме тому, необхідним



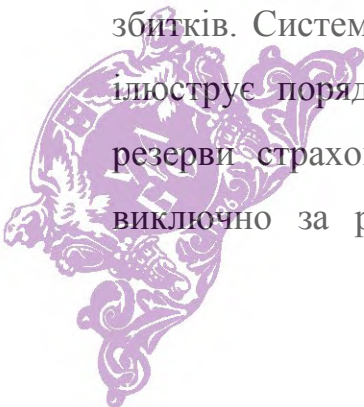
є ретельне визначення та контроль розмірів відхилення страхових тарифів від їх об'єктивних обґрунтувань.

Враховуючи все вище наведене, тарифікація є інструментом забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази страховика за рахунок науково-обґрунтованого розрахунку страхових тарифів з використанням математико-статистичного, економічного та диференційного підходів до формування кількісної та якісної оцінки страхового продукту, що, в подальшому, визначатиме величину страхових резервів достатність яких, характеризуватиме ефективність діяльності страхової компанії.

Наступний інструмент забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази страхової компанії — **резервування**. Обґрунтованим і логічним є визнання того, що від правильності розрахунку страхових тарифів залежить достатність страхових резервів для виконання страхових зобов'язань. А від того, наскільки правильно розраховуються страхові резерви, як враховують вони невиконання або виконання не повністю зобов'язання, залежить фінансова стійкість страхової компанії [271, С. 169–170].

Порядок формування страхових резервів є досить цікавим та має певну специфіку. Відповідно до Закону України «Про страхування» (із змінами та доповненнями) [88] страхові резерви утворюються страховиками з метою забезпечення майбутніх виплат страхових сум і страхового відшкодування залежно від видів страхування (перестраховання). Страхові резерви служать фінансовою гарантією виконання страховиком своїх зобов'язань перед страхувальником.

Так, страховики, котрі займаються ризиковим страхуванням, утворюють технічні резерви, які складаються із резерву незароблених премій та резерву збитків. Система утворення технічних резервів наведена на рисунку 2.6, який ілюструє порядок утворення та використання страхових резервів. Страхові резерви страховиків, що займаються ризиковим страхуванням, формуються виключно за рахунок нетто-ставки. При цьому, за відомими страховими



випадками резерв незароблених премій може бути переведений до складу резерву збитків і, згодом, виплачений як страхове відшкодування.

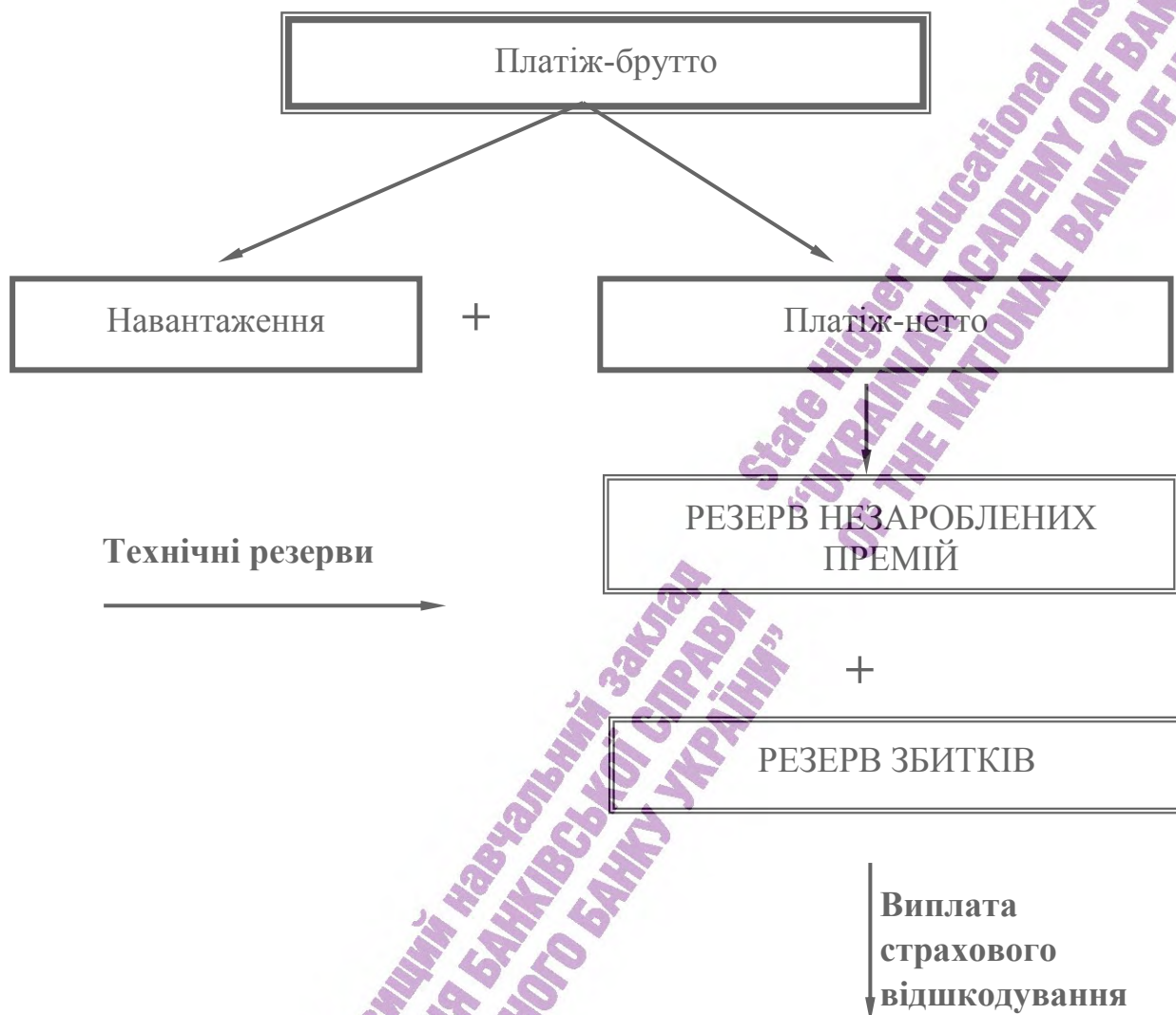


Рис. 2.6. Схема утворення та використання технічних резервів із загального (ризикового) страхування

Якщо за результатами діяльності страховик зазнає лише незначних збитків, то частина створеного ним резерву незароблених премій виступає в якості джерела його додаткового прибутку за рахунок переведення коштів цього резерву у розряд зароблених премій. Описаний вище випадок ілюструє той факт, що обсяг страхових резервів напряму пов'язаний з обсягом зобов'язань страхової компанії. З цього випливає, що обсяги страхових резервів зменшуватимуться при зменшенні кількості і/або вартості укладених страховиком договорів страхування. Гіпотетично в разі, якщо страховик не

укладатиме нових договорів страхування взагалі, то через рік він не матиме джерел формування технічних резервів.

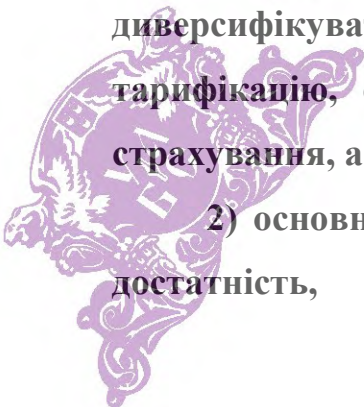
Згідно із Законом України «Про страхування» в ризиковому страхуванні резерви незароблених премій включають частки від сум надходжень страхових платежів, які відповідають страховим ризикам, що не минули на звітну дату, а резерви збитків включають зарезервовані несплачені страхові суми та страхові відшкодування за відомими вимогами страхувальників, з яких не прийнято рішення щодо виплати або відмови у виплаті страхової суми чи страхового відшкодування. В страхуванні використовуються різні методи для розрахунку резерву незароблених премій (таблиця Д.1 додатку Д). Відповідно до Закону України «Про страхування» величина резервів незароблених премій встановлюється відповідно до методу «плаваючих кварталів».

Враховуючи міркування наведені вище, вважаємо, що резервування – є одним з інструментів забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази страховика, суть якого полягає у формуванні, за рахунок нетто-платежів, сукупності грошових фондів з суворо цільовим характером, за допомогою яких забезпечується виконання зобов'язань згідно з договорами страхування та перестраховання, а також формується дохід від страхової та інвестиційної діяльності.

Підводячи підсумок вищенаведеному можна стверджувати, що існує тісний взаємозв'язок та взаємний вплив між наведеними інструментами забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази страхової компанії, а саме [338, с. 18]:

1) нарощуваність капіталу страхової компанії сприяє розширенню спектру пропонованих страхових послуг. Це, як правило, дозволяє диверсифікувати збиток як в просторі, так і в часі, що впливає на тарифікацію, сприяє розширенню кола страхувальників і/або об'єктів страхування, а це, в свою чергу, впливає на процес резервування;

2) основним джерелом доходу страховика є страховий платіж. Його достатність, для забезпечення виконання зобов'язань перед



страхувальниками та іншими особами, залежить від правильності та оптимальності підходів до тарифікації страхових продуктів, що, звичайно, впливає на резервування, а в перспективі й на нарощуваність капіталу;

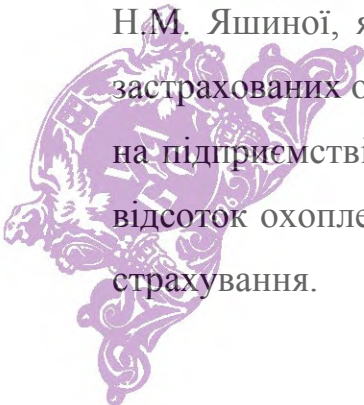
3) у разі якщо страхова компанія належним чином не здійснює формування страхових резервів, нарощування капіталу не може гарантуватися навіть абсолютно правильно та науково організованим процесом тарифікації.

Отже, на нашу думку, під стійкістю капіталоутворюючої бази необхідно розуміти: з одного боку, формування та підтримання страховиком капіталу у необхідному кількісному та якісному стані, а з іншого – ефективне управління рухом і трансформацією фінансових ресурсів у конкретні форми капіталу, здатні профінансувати зобов'язання страховика, тобто забезпечити його платоспроможність в будь-який момент часу, за рахунок використання таких інструментів як: нарощуваність капіталу, тарифікація, резервування.

2.2. Реалізація підходів щодо формування стійкого страхового портфеля

Другою складовою фінансової стійкості страхової компанії є стійкість **страхового портфеля**, яка також забезпечується економічними способами.

Поняття «страховий портфель» характеризує масштаби та характер діяльності страхової компанії як за кількістю застрахованих об'єктів та договорів страхування, так і за загальним розміром страхових сум. Водночас, вважаємо, за необхідне підкреслити обмеженість поглядів Л.І. Рейтмана та Н.М. Яшиної, які визначають страховий портфель через «фактичну кількість застрахованих об'єктів або діючих договорів страхування на даній території або на підприємстві» [277, с. 29; 432, с. 84]. В даному разі мова, скоріше, йде про відсоток охоплення страховою компанією частини ринку потенційних об'єктів страхування.



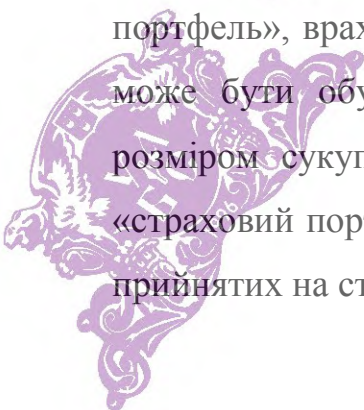
Ю.Б. Рубін дещо модифікує наведене вище визначення, трактуючи поняття «страховий портфель» як «загальний обсяг діяльності страхової компанії, який характеризується сукупністю здійснюваних нею страхових угод» [278, с. 157]. Аналогічний підхід спостерігається і в роботах інших науковців [270, с. 333; 387, с. 229].

Не досить вдалими, на нашу думку, є і визначення поняття «страховий портфель» як «вартості страхових ризиків, прийнятих на страхування з набором певних фінансових інструментів, що забезпечує фінансову стійкість страхової організації, на принципах еквівалентності, збалансованості та ефективності» [431, с. 20] або як «обсягу прийнятих на страхування ризиків та вартісних зобов'язань страховика за сформованою сукупністю договорів» [250, с. 35]. Необхідно відмітити, що страховий ризик – це «невизначена подія, яка не залежить від волі сторін» [424, с. 685] чи «ймовірна подія або сукупність подій, на випадок яких здійснюється страхування» [358, с. 16].

Враховуючи зазначене вище вважаємо, що твердження про те, що страховий портфель є «вартістю страхових ризиків» або «обсягом прийнятих на страхування ризиків», тобто подій, на випадок яких проводиться страхування є не зовсім коректним.

Більш точним, на нашу думку, є визначення поняття «страховий портфель» як «вартісної оцінки страхового покриття ризиків за прийнятою сукупністю договорів (об'єктів) страхування» [13, с. 38]. Також можна частково погодитися із думкою Р.А. Рязанцева щодо формулювання сутності зазначеного поняття через «вартісні зобов'язання страховика за сформованою сукупністю договорів».

На наш погляд, важливо, даючи визначення поняття «страховий портфель», враховувати і той факт, що сукупна величина страхового портфеля може бути обумовлена як кількістю діючих договорів страхування, так і розміром сукупної страхової суми [314]. Тому, на нашу думку, в понятті «страховий портфель» має відобразитися як видова, так і вартісна особливість прийнятих на страхування ризиків.



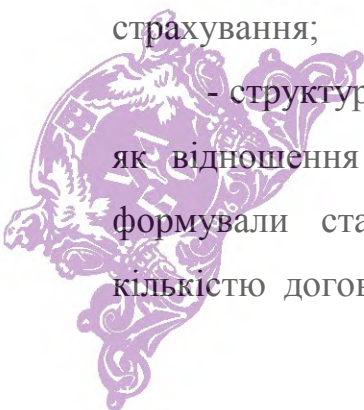
В зв'язку з усіма викладеними вище міркуваннями пропонуємо власне визначення поняття «страховий портфель» як загальна величина надходжень страхових премій, фактичної кількості діючих договорів страхування, загальної суми відповідальності страхової компанії та структурне співвідношення між ними за предметами страхового захисту відповідно до видів та форм страхування, які провадяться окремим страховиком.

Відповідно до визначеної в економічній літературі традиції та з точки зору забезпечення фінансової стійкості страхової компанії, хороший страховий портфель – це «збалансований портфель» [47, с. 252; 196, С. 41–55; 369, с. 302]. На думку Н.М. Яшиної, збалансований портфель – це насамперед, «ефективний страховий портфель із високою фінансовою стійкістю» [432, с. 86]. Стійкість страхового портфеля, за Л.О. Орланюк-Малицькою [196, С. 58–59], визначається такими групами характеристик:

- рівновагою страхового портфеля, що характеризується відношенням заново укладених договорів та договорів, дія яких закінчується. Важливо досягти такого стану портфеля, за якого приплив нових договорів, як мінімум, компенсує вибуття тих, дія яких закінчилася. При цьому, компенсуватися повинна не лише кількість договорів та сума внесків за ними, але і страхова сума, строк страхування та величина ризику страховика;

- стабільністю страхового портфеля, що характеризується частиною договорів, які будуть оплачені до кінця строку страхування, тобто будуть забезпечені реальним страховим захистом. Цей показник необхідно враховувати у зв'язку з тим, що на стабільність страхового портфеля може впливати відмова страхувальника від договору до закінчення строку страхування;

- структурними характеристиками страхового портфеля, які визначаються як відношення між вказаними далі показниками: кількістю договорів, що формували старий портфель та кількістю заново укладених договорів; кількістю договорів із максимальними та мінімальними страховими сумами;



формами проведення страхування; кількістю договорів індивідуального та колективного страхуванням тощо;

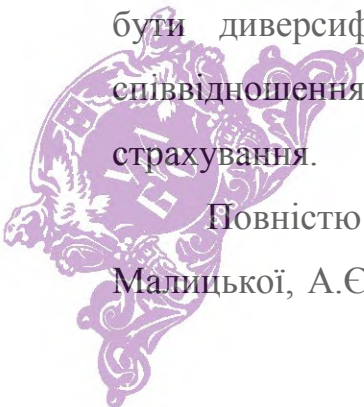
- величиною страхового портфеля, що відображає як кількість страхувальників (застрахованих об'єктів), так і сукупну страхову суму. Ця кількісна характеристика страхового портфеля має, менше з тим, і якісний відтінок, оскільки величина страхового портфеля має співвідноситися із розумною достатністю цього портфеля. Це пов'язано з тим, що страхування засновано на дії закону великих чисел, тому зрозуміло, що чим більше застрахованих однорідних об'єктів у страховому портфелі, тим більш точні дані щодо ймовірності настання тієї чи іншої події, має страхова компанія;

- однорідністю страхового портфеля, яку можна оцінювати за розміром страхової суми та величиною ризику. Необхідність цієї оцінки обумовлена законом вибірки, відповідно до якого відслідковується частка договорів з максимальною та мінімальною страховими сумами.

Аналогічної точки зору щодо характеристики страхового портфеля дотримуються й інші вчені-дослідники [49, с. 183].

А.Є. Жеребко [84, с. 23] та Ю.М. Тронін [369, с. 302] повторюють наведені Л.О. Орланюк-Малицькою характеристики стійкості страхового портфеля, за одним винятком. Ці автори об'єднують характеристики «величина страхового портфеля» та «однорідність страхового портфеля» в характеристику під назвою «статистична однорідність». Запропонована характеристика страхового портфеля може бути оцінена за кількістю страхових договорів, розміром страхових сум та за характером розподілу цих сум як випадкових величин [84, с. 23; 369, с. 302]. На особливу увагу заслуговує також думка О.О. Гаманкової відносно того, що «збалансований страховий портфель має бути диверсифікованим» [47, с. 252], тобто забезпечувати оптимальне співвідношення в страховому портфелі між більш та менш збитковими видами страхування.

Повністю погоджуючись з думкою О.О. Гаманкової, Л.О. Орланюк-Малицької, А.Є. Жеребко та Ю.М. Троніна вважаємо, що запропоновані ними

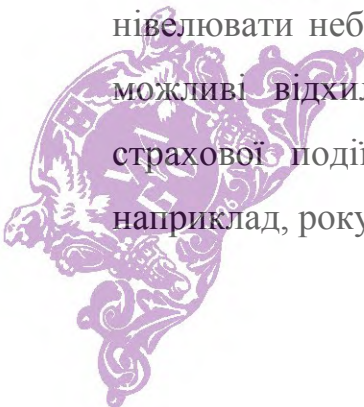


характеристики не повною мірою описують поняття «стійкість страхового портфеля», оскільки жодна страхова компанія не спроможна сформувати ідеально збалансований портфель без застосування перестраховування. Отже, наведені вище характеристики стійкості страхового портфеля стосуються лише портфелів договорів прямого страхування.

Саме тому, вважаємо за необхідне запровадження характеристики страхового портфеля, яку пропонується назвати – перестраховальна стійкість страхового портфеля.

Обґрунтуємо доцільність запровадження цієї характеристики. Наповненість страхового портфеля однорідними ризиками дозволяє забезпечувати його стійкість та достовірний аналіз розвитку. Аналогічної думки дотримуються і Т.О. Яковлева та О.Ю. Шевченко [427, с. 181], Ю.О. Сплетухов та Є.Ф. Дюжиков [263, с. 257]. Однак в дійсності, створити ідеально стійкий портфель за допомогою прямих операцій страхування неможливо. Це пояснюється тим, що ефективність роботи страхової компанії багато в чому залежить від відсутності коливань в її діяльності, які можуть бути викликані рядом причин, наприклад: недостатньо сформованим у кількісному та якісному відношеннях страховому портфелі компанії; кумуляцією кількох збитків, що відбулися впродовж одного періоду часу; помилками при розрахунку страхового тарифу; окремими раптовими катастрофічними збитками; змінами у навколишньому середовищі, які впливають на ступінь ризику – наприклад, зростання правопорушень у певній галузі; дією інфляційних процесів та зростанням в результаті цього страхових виплат тощо.

Вплив наведених вище причин на стійкість страхового портфеля страховика дозволяє подолати система перестраховування. Вона покликана нівелювати небажані для діяльності страхової компанії наслідки, мінімізуючи можливі відхилення за результатами її роботи, як у випадку одиначної страхової події, так і за підсумками роботи впродовж певного періоду, наприклад, року.

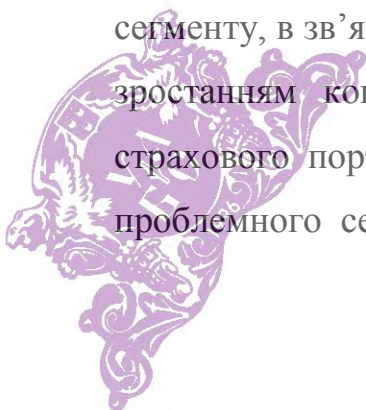


Мета перестраховання полягає у захисті страховика від можливих фінансових втрат, які він зобов'язаний нести за укладеними договорами страхування. Перестраховики, укладаючи договори перестраховання з багатьма страховими компаніями, крім іншого, виступають в ролі об'єднуючої ланки між розрізненими страховими фондами окремих страховиків. Саме по каналах перестраховання здійснюється рух грошових коштів страхових компаній, що дозволяє досягти перерозподілу збитку в часі та просторі.

Водночас, перестраховальна стійкість, як характеристика страхового портфеля, по-перше, безпосередньо впливає на інші його характеристики (статистичну та структурну однорідність, рівновагу, стабільність та диверсифікованість), а по-друге, залежить від них.

На нашу думку, перестраховальна стійкість страхового портфеля – це характеристика страхового портфеля, яка відображає рівень захисту страхового портфеля від кумуляції та настання катастрофічних збитків і забезпечує збалансування страхового портфеля як у якісному, так і у кількісному відношеннях за допомогою: з одного боку – ефективного прийняття ризиків (їх частини) у перестраховання, а з іншого – оптимальної їх передачі.

Наступна характеристика, яка, на нашу думку, повинна використовуватися для більш повної та об'єктивної трактовки страхового портфеля — **гнучкість реагування на ринкову ситуацію**. Адже зростання активності страховика доцільне, лише у випадку, коли прогнози маркетологів, із достатнім рівнем достовірності, гарантують ріст прибутковості від страхової діяльності за умови реалізації страховиком відповідної маркетингової стратегії. У випадку, якщо маркетологи прогнозують зниження прибутковості певного сегменту, в зв'язку з пониженням середнього рівня доходів страхувальників або зростанням конкуренції, цілком можливо, що для забезпечення стійкості страхового портфеля доцільною може виявитися стратегія повного виходу з проблемного сегменту або стратегія мінімізації кількості угод, пов'язаних з



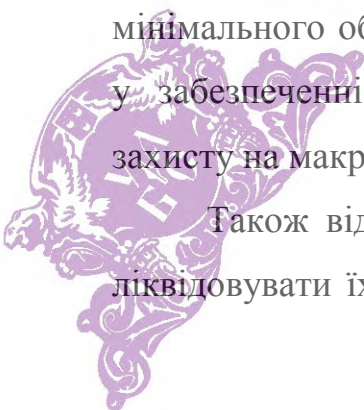
діяльністю на такому сегменті, за рахунок скорочення кількості застрахованих та спрощення страхових продуктів.

Отже, характеристика страхового портфеля, яку пропонується назвати гнучкість реагування на ринкову ситуацію, полягає в швидкій та адекватній реакції на зміни ситуації на ринку з метою максимізації продуктивної діяльності страховика у сегментах ринку з найвигіднішою кон'юнктурою або у суттєвому обмеженні чи відмові від діяльності у проблемних сегментах ринку.

Ще один важливий аспект страхового портфеля, який, на нашу думку, необхідно застосовувати для його характеристики – це **безпечність страхового портфеля**. Його суть полягає у здійсненні страховиком системи превентивних заходів. Відповідно до чинного законодавства, для здійснення таких заходів страховики можуть на добровільних засадах формувати резерв. Водночас, як свідчить практика, страхові компанії не приділяють належної уваги даному питанню і, в більшості випадків, не формують такого резерву. Та на користь необхідності формування резервів для здійснення системи превентивних заходів свідчить низка аргументів.

Так, розглядаючи поняття «страховий захист» у найширшому його розумінні, погоджуємося з тим, що це «економічна категорія, яка відображає сукупність відносин з розподілу і перерозподілу, пов'язаних із подоланням або відшкодуванням втрат, що наносяться матеріальному виробництву та життєвому рівню населення стихійними лихами та іншими надзвичайними подіями (страховими випадками)» [423, с. 61]. З наведеного визначення логічно витікає твердження, що ефективний страховий захист – це захист, який мінімізує втрати суспільства від наслідків несприятливих подій за умов мінімального обсягу залучених ресурсів. Суспільство надзвичайно зацікавлене у забезпеченні сприятливих умов для реалізації ефективного страхового захисту на макро- і мікрорівнях.

Також відомо, що попередити негаразди завжди легше і дешевше, ніж ліквідувати їх наслідки. Показовою, в цьому сенсі є думка Є.В. Коломіна з

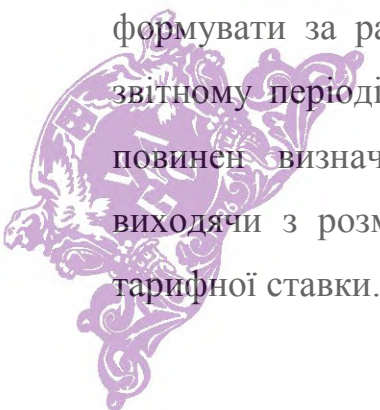


приводу того, що «принципово важливо підвищувати роль страхування не лише у відшкодуванні збитку, але й у попередженні виникнення збитку або його мінімізації» [121, с. 53].

Це твердження логічно випливає з того, що страховики функціонують в умовах економіко-правового середовища, здійснюючи бізнес, суть якого полягає в організації страхування, яке є видом цивільно-правових відносин зі створення фондів грошових коштів. Ці фонди призначені для відшкодування страховиками страхувальникам або третім особам втрат, які настали внаслідок визначених договором страхування подій. Та це лише один бік страхового захисту, адже, як вказувалося вище, страховий захист – це сукупність відносин, пов'язаних не лише з відшкодуванням втрат, а й з їх попередженням. Тим більше, що запобігти настанню страхових випадків або значно скоротити обсяги завданої за їх наслідками шкоди можливо, здійснивши комплекс адекватних превентивних заходів, наприклад, інвестувавши кошти у проведення робіт для попередження наслідків прояву страхових випадків.

Такі інвестиції можливо здійснити за рахунок створення резерву коштів, призначених саме для спрямування їх на проведення превентивних заходів. За своєю природою та економічним змістом, ці кошти не можуть відноситися до страхових резервів, адже вони не пов'язані прямо із забезпеченням виконання страховиком зобов'язань перед страхувальниками при настанні страхових випадків.

Очевидно, що перелік заходів, на які такий резерв може бути використаним, та порядок його використання повинні визначатися положенням, розробленим страховиком та затвердженим у встановленому порядку органами страхового нагляду [425, с. 28]. Даний резерв доцільно формувати за рахунок відрахувань від страхової бруто-премії, отриманої у звітному періоді за договорами страхування. При цьому, розмір відрахувань повинен визначатися страховиками для кожного об'єкта індивідуально, виходячи з розмірів відсотку, передбаченого на зазначені цілі, в структурі тарифної ставки.



Адекватні витрати резерву коштів для здійснення заходів, спрямованих на попередження настання страхових випадків, сприятимуть зменшенню обсягів страхових виплат, що дозволить знижувати страхові тарифи [183, с. 12]. Як наслідок, фінансові результати діяльності страховика покращуватимуться і, відповідно, зростатиме стійкість страхового портфеля. Зниження цін на страхові послуги однозначно сприятиме зростанню кількісних та покращенню якісних характеристик страхового портфеля.

Характеристика страхового портфеля, яку пропонується назвати «безпечність страхового портфеля», полягає у належній організації страховиком системи попередження та запобігання майбутнім можливим втратам, за рахунок впровадження ефективної правової та фінансової превенції, що в цілому сприятиме оптимізації фінансового результату, розвитку комплексу взаємодій між страхувальником і страховиком.

Формування страхового портфеля, який відповідав би наведеним вище характеристикам, дозволить забезпечити його збалансованість, що, в кінцевому підсумку, позитивно позначатиметься на фінансовій стійкості страховика. Перевірити страховий портфель на відповідність зазначеним вище характеристикам можна за допомогою динамічного аналізу його структури в розрізі форм та видів страхової діяльності, а саме в частині співвідношення отриманих сукупних страхових премій, прийнятого загального обсягу відповідальності, кількості укладених договорів страхування та здійснених сукупних страхових виплат. Однак, слід зазначити, що в реальних ринкових умовах страховики при формуванні портфеля часто не дотримуються базових принципів передбачених теорією страхової справи. Це зумовлено тим, що вони повсякчас знаходяться під тиском ряду економічних, юридичних, психологічних та інших обставин, які ускладнюють практичну реалізацію теоретичних основ формування стійкого страхового портфеля. Іноді навіть керівники страхових компаній не повною мірою усвідомлюють, що таке стійкість страхового портфеля. Як приклад, наведемо висловлювання керуючого однією з страхових компаній, який зазначає, що «стійкість портфеля



фізичних осіб складає 92%, а це означає, що після першого року страхування вони залишаються та не розривають договори страхування» [247, с. 62]. Нерозуміння керівниками страхових компаній суті стійкості страхового портфеля здатне спричинити серйозні проблеми для керованих ними підприємств.

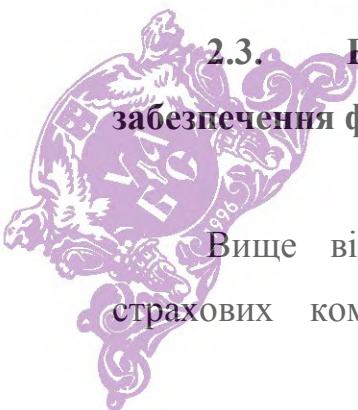
Не можна погодитися також із думкою деяких вітчизняних дослідників, що метою діяльності страхової компанії є формування «якомога більшого страхового портфеля, адже це збільшує доходи і здешевлює страхування» [194, с. 76; 387, с. 229]. Це пояснюється тим, що збільшення страхового портфеля не завжди збільшує доходи та здешевлює страхування. Тому скоріше одним із основних завдань діяльності страховика є формування та підтримання стійкого страхового портфеля.

Враховуючи результати дослідження зазначеного питання, на нашу думку, під стійкістю страхового портфеля необхідно розуміти постійне балансування обсягів страхової відповідальності і надходжень страхових премій за визначеною сукупністю договорів (об'єктів) страхування, що досягається шляхом створення страхового портфеля за ознаками статистичної та структурної однорідності, рівноваги, стабільності, диверсифікованості, перестраховальної стійкості, гнучкості реагування на ринкову ситуацію та безпечності [355, с. 316].

Підкреслимо, що досягнення стійкості капіталоутворюючої бази (підрозділ 2.1) та страхового портфеля високої якості є процесами, які здійснюються фахівцями страховика. Їх належні навченість, досвід, мотивація та система управління страховою компанією відіграють неабияку роль в питаннях забезпечення фінансової стійкості страхової компанії.

2.3. Використання організаційно-управлінських способів забезпечення фінансової стійкості страхових компаній

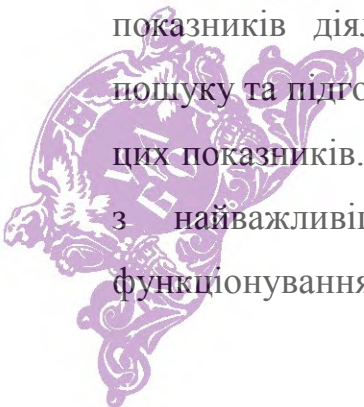
Вище відмічалось, що незнання і/або нерозуміння менеджментом страхових компаній теоретичних основ та основоположних принципів



страхової справи спроможне спричиняти негативні наслідки. Поряд з цим, в умовах глобалізації фінансових ринків відбувається поступова зміна пріоритетних стратегій фінансово-кредитних установ. Абсолютні параметри діяльності страховика (розмір власного та залученого капіталу, охоплена частка ринку, обсяг активів тощо) дедалі менше впливають на зміцнення його конкурентних позицій. Успіхи страховика в конкурентній боротьбі нині все більше залежать від наявності в організації його діяльності певних якісних переваг [330]. До числа таких переваг відноситься впровадження адекватних вимогам часу і місця, організаційно-управлінських способів забезпечення фінансової стійкості страхової компанії. Ці способи, насамперед, базуються на побудові системи ефективного управління, що є однією з найважливіших передумов успішного розвитку як окремої страхової компанії, так і страхової системи в цілому. Використання організаційно-управлінських способів забезпечення фінансової стійкості страховика дозволяє забезпечити належний рівень таких, важливих для його успішного функціонування параметрів, як: стійкість кадрового складу; організаційно-структурна стійкість; стійкість регіональної мережі; стійкість ділової репутації.

Розглянемо згадані вище параметри успішного функціонування страховика детальніше.

Вимоги сучасного ринку об'єктивно зумовили зміни у підходах і принципах використання страховими компаніями власного кадрового потенціалу. В наш час ефективність страхової діяльності, в тому числі й у галузі забезпечення фінансової стійкості страховиків, стає все більш залежною від підбору, адекватної мотивації та забезпечення належної організації праці фахівців. Іншими словами, нині, поряд з досягненням необхідних числових показників діяльності страховика, все більшу увагу необхідно приділяти пошуку та підготовці людей, які спроможні забезпечувати стабільне досягнення цих показників. Саме тому, забезпечення **стійкості кадрового складу** є однією з найважливіших цілей страховика та гарантією його успішного функціонування. Адже обираючи страхову компанію для співпраці,

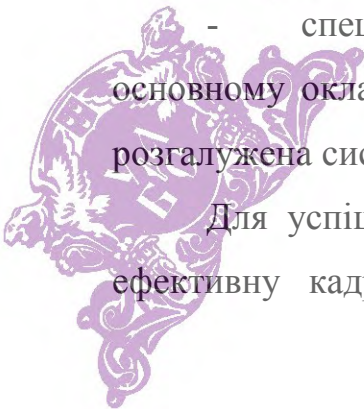


контрагенти, як правило, значну увагу приділяють професійному рівню кадрового складу її співробітників [198, с. 74]. Виходячи з наведеного вище, вважаємо правомірним твердження про те, що стійкість кадрового складу страхової компанії — важлива складова забезпечення її фінансової стійкості.

Необхідність пильної уваги до питань стійкості кадрового складу пояснюється, також, рядом специфічних особливостей роботи в страхових компаніях. До таких особливостей, зокрема, належать [357, С. 303–304]:

- швидке застарівання знань і методів роботи та необхідність селективності при застосуванні закордонного досвіду;
- широка номенклатура страхових послуг та, в зв'язку з цим, необхідність вузької предметної спеціалізації фахівців;
- особливі вимоги до інформаційного забезпечення трудової діяльності, результати якої прямо пов'язані як з якістю, так і з оперативністю надходження інформації;
- сильна залежність діяльності навіть від незначних змін законодавства, а, отже, необхідність постійного моніторингу законодавства та координації діяльності співробітників у разі його змін;
- відсутність фахівців-професіоналів у філіях, що зумовлено швидким зростанням кількості відокремлених підрозділів та розширенням сфери обслуговування;
- наявність значної кількості позаштатних співробітників (страхових посередників, актуаріїв, аварійних комісарів і т. д.);
- високі вимоги до особистісних якостей виконавців, які, крім високої професійності, повинні мати ще й належний рівень відповідальності та вміння зберігати комерційну таємницю тощо;
- специфічність системи оплати праці, коли при незначному основному окладі працівників для їх заохочення використовується гнучка та розгалужена система доплат.

Для успішного функціонування страхова компанія повинна проводити ефективну кадрову політику, яка визначається як «система теоретичних

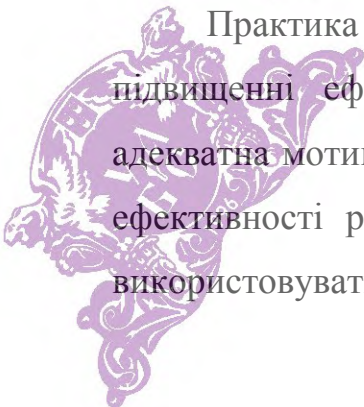


поглядів, ідей, вимог, цілей, принципів і витікаючих з них форм, методів і критеріїв роботи з кадрами, що розповсюджуються на всі категорії персоналу». В свою чергу, організація ефективної роботи з кадрами передбачає діяльність за трьома основними напрямками [223, с. 75]:

1. Створення необхідних умов для всебічного і гармонійного розвитку всіх здібностей людини в процесі її професійної діяльності.
2. Забезпечення підвищення продуктивності та якості праці за рахунок розвитку спеціальних здібностей і удосконалення професійної майстерності на базі високої професійної підготовки та загальної культури працівників.
3. Регулярне та систематичне відновлення й поповнення професійних знань, умінь і навичок усіма категоріями працівників, планування й здійснення заходів з постійного професійно-кваліфікаційного зростання кадрів.

Кадровий потенціал один з головних чинників, від якого напряму залежить процвітання страховика у довгостроковій перспективі. Досліджуючи цей чинник американські дослідники Л. Дайер та Дж. Холдер [438, С. 1–21] виявили три варіанти стратегії управління персоналом, а саме: інвестування, стимулювання та залученість. Саму ж стратегію управління персоналом автори трактують як «сукупність рішень, які приймаються для досягнення важливих завдань в системі підбору, розвитку та управління персоналом і першочергових засобів, що спрямовані на досягнення цих завдань». Характеристика зв'язків між зазначеними вище стратегіями управління персоналом, їх цілями та засобами, наведена в таблиці Д.2 додатку Д. Відзначимо, що раціональна стратегія управління персоналом перспективної української страхової компанії повинна включати та органічно поєднувати елементи, цілі та засоби усіх стратегій, наведених вище.

Практика свідчить, що в економічно розвинутих країнах важливу роль у підвищенні ефективності та якості праці страхових працівників відіграє адекватна мотивація їх праці, яка є безальтернативним чинником забезпечення ефективності роботи страхових компаній. Для мотивації працівників може використовуватися широке коло моральних та матеріальних мотивів. Під



«мотивом» розуміють активні рушійні сили, які визначають поведінку людей [80, с. 81; 198, с. 79]. Матеріальні мотиви, тобто основна і додаткова заробітна плата, в умовах українських реалій, та з врахуванням специфіки роботи на страховому ринку, є найбільш дієвими.

Наші погляди на управління кадрами в страховій компанії представлені у блок-схемі, наведеній на рисунку 2.7.



Рис. 2.7. Блок-схема управління кадровою політикою страхової компанії

Враховуючи зазначене вище, вважаємо, що **основні цілі управління персоналом фінансово стійкої страхової компанії повинні бути наступними:**

1) створення та, в разі потреби, модифікація організаційної структури, орієнтованої на реалізацію стратегії і досягнення цілей компанії; з урахуванням потреб та інтересів всього колективу і окремих співробітників;

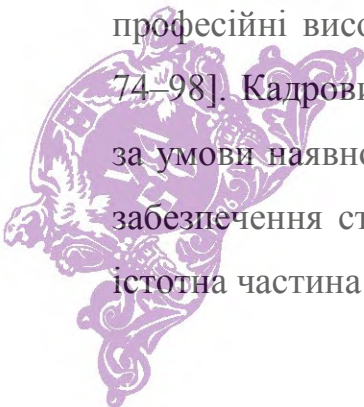
2) формування у співробітників необхідних знань, умінь та навичок для забезпечення подальшого розвитку виробничої культури. Страхова компанія не зможе ефективно функціонувати, якщо при роботі з клієнтами

її співробітники виявляться не готовими до застосування на практиці якомога ширшого набору професійних вмінь та навичок, не матимуть усвідомленої позиції щодо важливості своєї роботи для досягнення успіху страховою компанією, не співпрацюватимуть з колегами задля досягнення поставлених цілей;

3) ефективне управління діяльністю структурних підрозділів та окремих співробітників з метою досягнення поставлених цілей. Ефективний менеджмент забезпечує досягнення запланованих результатів, а завдяки цьому компанія здатна оволодіти ключовими позиціями для створення та зміцнення власної фінансової стійкості та надійності, виявляючись здатною належним чином задовольнити запити своїх клієнтів та спроможною до здійснення внеску в розвиток країни перебування;

4) якомога повніше врахування інтересів працівників, перш за все, за рахунок забезпечення такої атмосфери на роботі, яка б сприяла отриманню, за результатами успішно виконаної роботи, почуття морального задоволення; створення на робочих місцях належних умов праці та можливостей для творчості і розвитку індивідуальних здібностей кожного співробітника; цілеспрямованого формування та підтримання належного психологічного клімату в колективі.

Отже, кадрова модернізація є важливою складовою удосконалення діючої моделі вітчизняного страхування. Саме тому, розглядаючи питання забезпечення фінансової стійкості страховика, слід враховувати велике значення заходів з підтримання стійкості кадрового складу, особливо враховуючи те, що нині персонал є ключовим ресурсом кожної компанії, а професійні висококваліфіковані кадри – ресурс дорогий і обмежений [198, С. 74–98]. Кадровий потенціал страховика швидко наростити не можливо, навіть за умови наявності істотних матеріальних ресурсів для цього. В зв'язку з цим, забезпечення стійкості кадрового складу страховика повинно розглядатися як істотна частина його бізнес-діяльності.

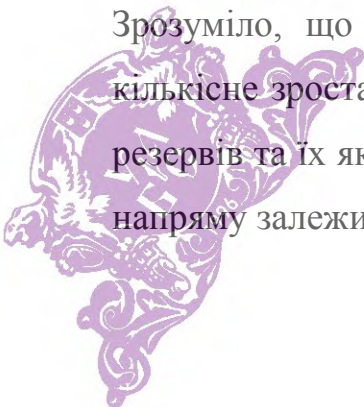


Отже, стійкість кадрового складу страхової компанії проявляється в формуванні та організації ефективної роботи конкурентоспроможного, високопрофесійного, відповідального колективу, члени якого володіють таким комплексом рис як: креативність, сміливість, бажання рухатися до нового в умовах невизначеності, перспективне бачення майбутнього, відданість справі, готовність, задля досягнення поставлених цілей, вести людей за собою, за рахунок чого забезпечується успішне оволодіння персоналом новими професійними знаннями та їх ефективне застосування на практиці, а, завдяки цьому відбувається гнучке й адекватне реагування на зміни внутрішнього і зовнішнього бізнесового середовищ, що сприяє створенню нових цінностей за рахунок знань персоналу та подальшого перетворення цих знань у матеріальні здобутки.

Комплекс організаційно-управлінських способів, використання яких є необхідним для забезпечення фінансової стійкості страхових компаній передбачає також забезпечення **організаційно-структурної стійкості страховика.**

Серед спеціалістів немає одностайності з приводу визначення поняття «організаційна структура страхової компанії». Так, наприклад, у А.О. Зернова та О.М. Зубця під структурою компанії розуміється «сукупність персоналу та способ його організації» [96, с. 83]. С.С. Осадець вважає, що організаційна структура компанії – це «зв'язки, що існують між різними частинами організації для досягнення її мети» [280, с. 98].

Незалежно від підходів до визначення поняття «організаційна структура», вона покликана забезпечувати досягнення, як мінімум, двох найбільш суттєвих для страховика цілей: його фінансової стійкості та високої рентабельності. Зрозуміло, що у страхової компанії можуть бути й інші цілі, наприклад, кількісне зростання обсягів страхових операцій, власного капіталу і страхових резервів та їх якісне удосконалення, однак досягнення практично будь-якої цілі напряму залежить від ефективності побудованої організаційної структури, адже



саме вона є одним з найважливіших інструментів, який забезпечує виконання завдань, що стоять перед страховиком.

Існує кілька моделей організаційної структури страхової компанії, а саме: лінійна, функціональна та лінійно-функціональна.

Питання організації і функціонування лінійної структури управління теоретично розроблялося А. Файолем [376]. В основу цієї структури покладено принцип єдиначальності. При цьому, кожна нижча інстанція одержує розпорядження від однієї вищої інстанції, якій вона функціонально підпорядкована, і навпаки, кожна вища інстанція може віддавати розпорядження не всім нижчим підрозділам, а лише тим, які функціонально їй підпорядковані. Схему, яка ілюструє лінійний тип організаційної структури управління наведено на рисунку 2.8.

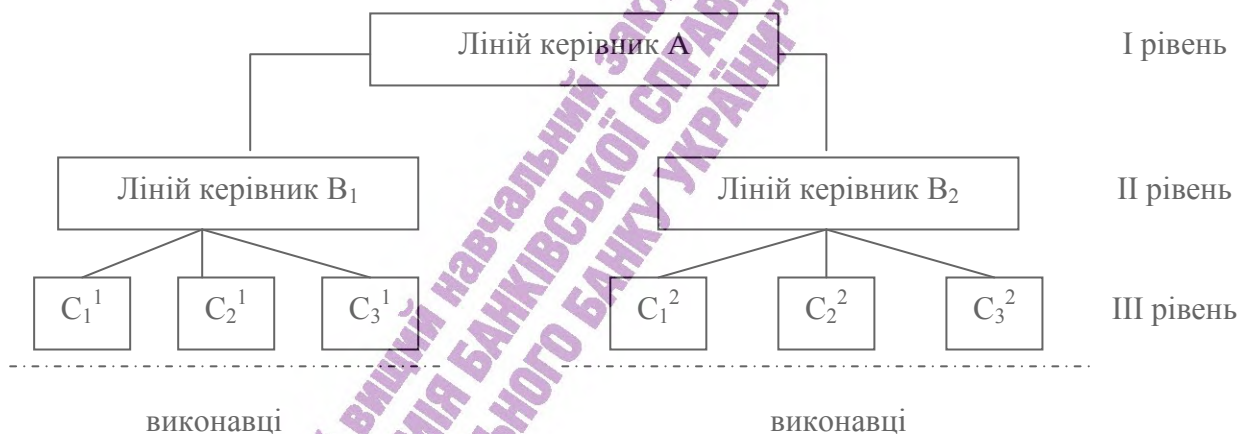


Рис. 2.8. Лінійний тип організації структури управління [231, с. 71]

Переваги та недоліки, характерні для цього типу організаційної структури, наведені в таблиці 2.3.

Беручи до уваги зазначені вище переваги та недоліки лінійної організаційної структури, слід відмітити, що вона з успіхом може застосовуватися лише в малих страхових компаніях. Збільшення розмірів страхової компанії викликає все більшу диференціацію функцій управління, при цьому більшою або меншою мірою відбувається цілеспрямована або мимовільна трансформація лінійної організаційної структури управління у функціональну.

Переваги та недоліки лінійної організаційної структури управління

Переваги	Недоліки
1. Встановлення однозначних зв'язків між підрозділами. 2. Єдиноначалля. 3. Координація дій виконавців. 4. Повна особиста відповідальність керівника за результати діяльності підпорядкованих структурних підрозділів. 5. Швидкість прийняття рішень. 6. Отримання виконавцями розпоряджень та завдань з одного центру керування і відповідальності.	1. Нестача керівників з глибокими різносторонніми знаннями і досвідом вирішення широкого кола управлінських питань та діяльності у різних сферах, що обмежує можливості ефективного управління організацією. 2. Великий та всезростаючий потік різномірної інформації, яку керівник змушений обробляти та оперативно приймати на її підставі рішення.

Вивчення функціональної структури управління, в основі якої лежить принцип прямого шляху, започатковане Ф.У. Тейлором [288]. Її сутність полягає в тому, що на верхніх рівнях управління відбувається поділ управлінських функцій між декількома інстанціями, які виступають в якості спеціалізованих штабів, що керують та координують діяльність, спрямовану на досягнення конкретної цілі, кожен своєї. Схему, яка ілюструє функціональний тип організаційної структури управління, наведено на рисунку 2.9.

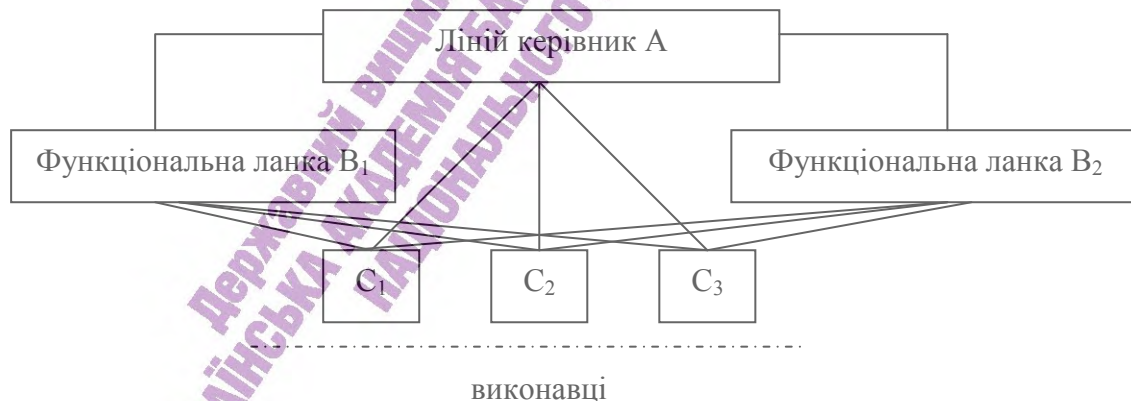


Рис. 2.9. Функціональний тип організаційної структури управління [231,

с. 72]

Переваги функціонального типу організаційної структури полягають у його високій гнучкості порівняно з лінійною, а також у скороченні часу руху інформації між інстанціями, використанні вигод спеціалізації управлінської праці. Недоліки цієї системи можуть спричинитися перетинанням сфер

компетенції штабів, неузгодженістю їх розпоряджень, унаслідок чого можуть виникати конфліктні ситуації. Переваги та недоліки функціонального типу організаційної структури наведені в таблиці 2.4.

Як і організаційна структура в основі, якої покладено лінійний принцип, розглянутий тип організаційної структури придатний лише для порівняно невеликих страхових компаній.

Таблиця 2.4

Переваги та недоліки функціональних організаційних структур управління

Переваги	Недоліки
<ol style="list-style-type: none"> 1. Високий рівень компетентності спеціалістів, які призначаються відповідальними за виконання конкретних завдань. 2. Широке делегування управлінських повноважень при вирішенні поточних питань діяльності зверху вниз. 3. Керівництво зосереджене лише на контролі вузлових моментів діяльності. 4. Взаємне пристосування структури і виконуваних страховиком завдань. 5. Легке переформатування при зміні завдань та стратегії компанії. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Складнощі в забезпеченні координації діяльності різних підрозділів, можливість виникнення суперництва та конфліктів між підрозділами. 2. Небезпека виникнення непорозумінь між різними функціональними і/або територіальними підрозділами в ході виконання поставлених цілей. 3. Порухення принципу єдиноначалля, та зниження відповідальності через відсутність чіткої вертикалі підпорядкування. 4. Менеджмент турбується про досягнення найближчих цілей, нехтуючи стратегічними, та, в зв'язку з цим, можливе неправильне визначення пріоритетів в діяльності.

Лінійно-функціональний тип організаційної структури поєднує переваги обох розглянутих вище організаційних структур і, одночасно, позбавлений багатьох їх недоліків. Схему, яка ілюструє лінійно-функціональний тип організаційної структури управління, наведено на рисунку 2.10.

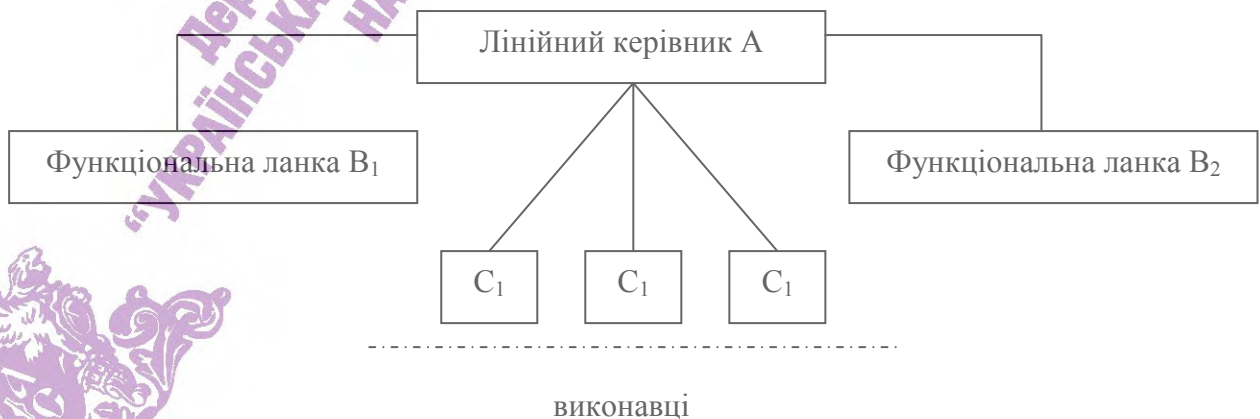


Рис. 2.10. Лінійно-функціональний тип організаційної структури [231, с.

Такий тип організаційної структури робить можливим створення інстанцій двох видів: лінійних, які мають право віддавати розпорядження, і спеціалізованих штабів, які отримують розпорядження від вищих лінійних інстанцій, але самі позбавлені права віддавати розпорядження, а призначені лише для координації робіт.

Переваги та недоліки лінійно-функціонального типу структури управління страховою компанією наведені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

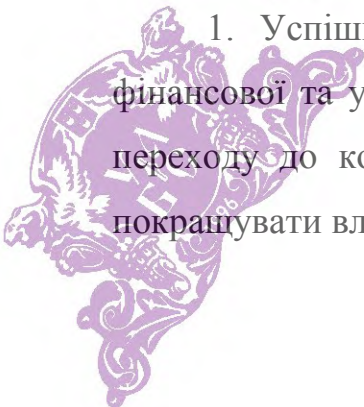
Переваги та недоліки комбінованих організаційних структур управління

Переваги	Недоліки
1. Високий рівень компетентності спеціалістів, які призначаються відповідальними за виконання конкретних завдань. 2. Тісна прив'язка структури компанії до її стратегії. 3. Поєднання принципу спеціалізації управління на нижчих рівнях управління з принципом єдності керівництва на вищих рівнях управління.	1. Неналежна гнучкість при вирішенні поставлених завдань. 2. Складність ефективної координації в ході діяльності. 3. Необхідність частого залучення керівників вищої ланки для вирішення питань поточної діяльності. 4. Надмірний розвиток системи взаємодії по вертикалі.

Завдяки суттєвим перевагам, а саме: чіткому розмежуванню повноважень (як в лінійній структурі) і використанню спеціалізації управлінської праці (як у функціональній), лінійно-функціональна структура управління страховою компанією в даний час знаходить все ширше застосування на практиці.

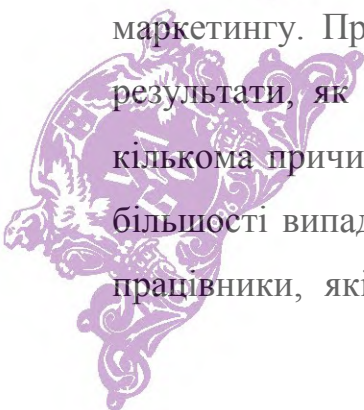
Важливим питанням у сфері управління страховою компанією є встановлення адекватності її системи управління вимогам бізнесу, який вона провадить. Вітчизняна практика діяльності страховиків дозволяє виділити специфічні риси, які можуть бути використані як маркери, що вказують на відсутність адекватної системи управління організаційною структурою страхових компаній. Перелік цих рис подано нижче [319, с. 97]:

1. Успішно працюючі регіональні філії демонструють прагнення до фінансової та управлінської самостійності (аж до спроб відокремлення та/або переходу до конкурентів), натомість слабкі філії намагаються виживати та покращувати власний стан на ринку за рахунок ресурсів центрального офісу.



2. Страхові компанії, створені під конкретних крупних клієнтів [299] (як правило, з метою обслуговування за обов'язковими видами страхування), які не практикували активне розширення кола страхувальників, нині змушені в терміновому порядку забезпечувати розвиток та диверсифікацію своїх портфелів. З цією метою ними здійснюється перебудова організаційної структури, спрямована на стимулювання збуту, розробляються нові страхові продукти. Та, як правило, персонал таких фірм є не готовим до нововведень, через невідповідність до спілкування з клієнтами та необхідність інтенсифікації зусиль для досягнення поставлених керівництвом цілей. Через це згадана діяльність, часто не приносить очікуваних результатів. Виходом з несприятливої ситуації могла б бути структурна реорганізація, яка б супроводжувалася атестацією персоналу, його навчанням або перенавчанням під нові завдання. Та, як правило, цей захід не проводиться. Натомість формуються додаткові структури продаж, які з часом вступають у конфлікт із лінійними підрозділами, зайнятими адмініструванням видів страхування та проведенням виплат за страховими випадками. Як правило, суть конфлікту полягає у частковому або повному перетягуванні функцій андеррайтингу, маркетингу і т. ін. Як наслідок, функції різних підрозділів або непродуктивно дублюються або відбувається зростання кількості необхідних для неконфліктної діяльності підрозділів узгоджень за цими функціями. В результаті відбувається зростання часу виконання функцій, підвищується собівартість страхової послуги, що негативно відбивається на іміджі страховика і підриває його конкурентоспроможність.

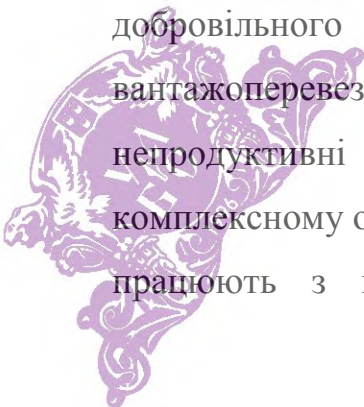
3. Спроби активізації збуту страхових продуктів за рахунок створення спеціального підрозділу з продаж, наприклад відділу продаж або служби маркетингу. При його комплектації кадрами з інших підрозділів страховика, результати, як правило, сильно відрізняються від очікуваних. Це зумовлено кількома причинами, а саме: керівники структурних підрозділів, в переважній більшості випадків, віддають до нового підрозділу, не кращих співробітників; працівники, які приходять на нове місце роботи, мають досвід виконання



певних функцій за старим місцем роботи, а до нової роботи практично завжди не готові. Крім того, у них, як правило, відсутні навички активної діяльності з метою розвитку ринкових продаж. В разі комплектування підрозділу з продаж залученими спеціалістами з необхідним досвідом, виникають проблеми іншого характеру, які пов'язані з неоднomanітністю якості підготовки, термінів трудової діяльності окремих працівників, різним баченням ними основних і другорядних завдань в роботі, використанням неуніфікованих технологічних процесів та способів взаємодії.

4. Структурне відокремлення функції аквізиції від інших необхідних функцій (зокрема, розробки страхових продуктів і супроводження поточних договорів з клієнтами). Це, в цілому, негативно відбивається на діяльності страховика. Розробники страхових продуктів часто відчувають брак даних щодо реакції клієнтів відносно окремих їх складових, а такі дані необхідні для забезпечення зворотного зв'язку, який служив би меті покращення страхових продуктів за рахунок застосування принципу управління за результатами. При цьому, стандартною є ситуація, коли негаразди, при реалізації страхових продуктів, продавці відносять на рахунок неналежної їх якості, а розробники – на рахунок неналежної роботи продавців. Крім того, може спостерігатися і таке негативне явище, як укладання продавцями договорів навіть у сумнівних випадках, адже подальше обслуговування клієнта, включаючи страхову виплату при настанні страхового випадку, здійснюється співробітниками інших структурних підрозділів.

5. Зараз для страхових компаній звичайною є організаційна структура, яка ґрунтується на функціональному принципі (підрозділи займаються видами або групами видів ризиків, наприклад: відділи особистого, майнового страхування, добровільного медичного страхування, страхування автотранспорту, вантажоперевезень тощо). Така структура може спричиняти значні непродуктивні витрати. Переважна більшість клієнтів надає перевагу комплексному обслуговуванню, при якому клієнти за всіма видами страхування працюють з конкретним представником страховика. Якщо комплексне

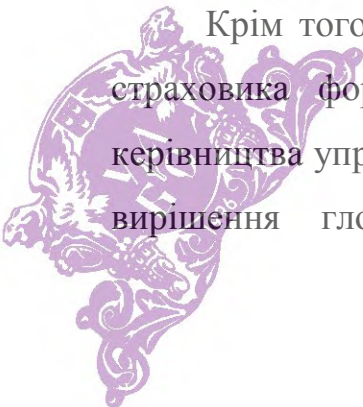


обслуговування не застосовується, то за кожною окремою послугою клієнтам доводиться контактувати з представниками різних підрозділів, які, в такій ситуації, не схильні вважати клієнта «своїм». Звідси – ускладнення процесу, накладки та непорозуміння, незадоволеність і роздратованість страхувальників. В рамках згаданої організаційної структури комплексне обслуговування клієнтів було і залишається проблемою.

6. Створення спеціальних підрозділів для налагодження системи управління філіями страхових компаній не завжди дозволяє ефективно вирішувати проблеми, пов'язані з їх діяльністю. Досить часто такі підрозділи сприймаються філіями як зайва проміжна ланка, яку вони намагаються обійти, звертаючись напряму до відповідних департаментів головного офісу, а це породжує дублювання функцій та брак відповідальності як в головному офісі, так і в філіях.

В наш час, в зв'язку з інтеграцією в складі страхових компаній великої кількості різномірних за розмірами та функціями підрозділів, структура більшості страховиків є достатньо складною. При цьому, завдання окремих компонентів структури часто не завжди є очевидними. Більше того, при розростанні структури компанії, персонал та керівництво окремих підрозділів можуть втрачати бачення свого місця в процесі досягнення головних цілей компанії. Для того, щоб цього не сталося, страховій компанії (як, і будь-якому іншому суб'єкту підприємницької діяльності) необхідно якомога точніше визначити цілі, сформувавши так зване «дерево цілей». Визначені при його формуванні цілі повинні, у формальний спосіб, відображати систему загальних прагнень фірми, забезпечувати структурування та формалізацію завдань для досягнення кожним підрозділом поставлених перед ним цілей.

Крім того, необхідно звернути увагу на те, що організаційна структура страховика формується, багато в чому, під впливом характерних вмінь керівництва управляти колективом, визначати пріоритети розвитку, поєднувати вирішення глобальних завдань із реалізацією щоденних зобов'язань,

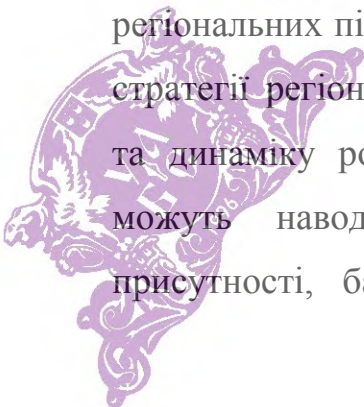


максимально ефективно використовувати корпоративні переваги та індивідуальні особливості кожного співробітника.

Таким чином, організаційно-структурна стійкість страховика проявляється у створенні та перманентній модифікації його організаційної структури (системи структурно відокремлених підсистем (підрозділів і служб страховика), взаємопов'язаних в процесі виконання різноманітних функцій), яка не зважаючи на збурюючі впливи різної сили, тривалості та походження забезпечує реалізацію стратегії компанії завдяки досягненню поставлених її керівництвом цілей. При цьому, характер, тривалість взаємозв'язків між підсистемами, домінування одних і підпорядкування інших визначається цілями та завданнями управління, спрямованими на підвищення ефективності діяльності страхової організації на страховому ринку в цілому або в окремих його сегментах.

Стійкість регіональної мережі страховика на сьогодні є одним з найактуальніших завдань його розвитку. Розвиваючи бізнес в регіонах, страхова компанія мусить розробляти власну регіональну політику, яка визначає довгострокові перспективи та регіональну архітектуру мережі страхової компанії. При цьому, в ході прийняття стратегічних і оперативних рішень згадана політика повинна виступати в якості ефективного інструменту щодо форм і методів просування на територіях. Прийнята страховою компанією регіональна політика є підставою для розробки стратегії її регіональної діяльності [312].

Важливою складовою розробленої страховиком регіональної політики є побудова та постійне покращення системи управління його регіональною мережею, яка повинна функціонувати на підставі регламенту взаємодії регіональних підрозділів із центральним офісом страхової компанії. Зазвичай в стратегії регіонального розвитку визначають пріоритетні регіони присутності та динаміку розширення регіональної мережі на територіях. Також в ній можуть наводитися критерії для визначення пріоритетності регіону присутності, базові та інтегральні показники, які використовуються для



характеристики ступеня розвитку різних сегментів страхового ринку і/або визначення цільових груп споживачів страхових послуг.

Аналіз тенденцій розвитку вітчизняного страхового ринку та діяльності багатьох його великих операторів показує, що переважна більшість страховиків, розвиваючи власну мережу, припускаються типових помилок, а саме:

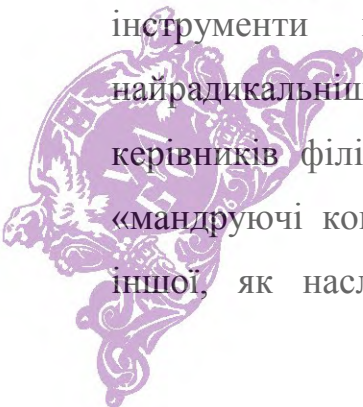
1) новим філіям, практично негайно після їх організації, доводяться великі плани продажів. Під них виділяються кошти, купуються діючі філії менш вдалих компаній і/або у конкурентів переманюються кращі фахівці та керівники;

2) нові керівники регіональних підрозділів часто діють під тиском даних ними вищому керівництву обіцянок та необхідності у встановлені терміни виконувати великі завдання з обсягів продаж, що зумовлює агресивний стиль поведінки та нерозбірливість у прийомах конкурентної боротьби;

3) демпінг – встановлюються необґрунтовано низькі тарифи, практикується застосування так званих «сірих схем», продаж переважно неспеціалізованих масових продуктів, наприклад автострахування, що сприяє формуванню незбалансованих портфелів. Питання якості портфеля, дотримання процедур оформлення договорів і врегулювання виплат за зобов'язаннями розглядаються як другорядні;

4) відсутність належного керівництва філією з боку головного офісу. Ставка робиться на ініціативність та підприємливість тільки-но призначеного керівника нової філії;

5) якщо керівництво страховика не має належного досвіду управління регіональною мережею і/або не вміє застосовувати чи неадекватно застосовує інструменти впливу на персонал, то найчастіше застосовуються найрадикальніші заходи впливу, а саме звільнення з роботи співробітників і керівників філій, які не виправдали надій. Такі фахівці перетворюються у «мандруючі команди», що часто переходять на роботу з однієї компанії до іншої, як наслідок їх безвідповідальність зростає пропорційно кількості



залишених місць роботи, а це, в свою чергу, підриває довіру клієнтів до страхування як до інституту;

б) власники, які розчарувалися в результатах діяльності регіональної мережі, що не досягла поставлених ними цілей або втратили з будь-яких причин зацікавленість у її підтриманні та подальшому розвитку, намагаються якомога швидше позбутися компанії. Випадки аналізування причин невдач, і, на цій підставі, коригування підходів та здійснення дій, спрямованих на виправлення ситуації, яка склалася, є рідкісними.

На рисунку 2.11 наведена структурно-логічна схема процесу управління стійкістю регіональної мережі страхової компанії.

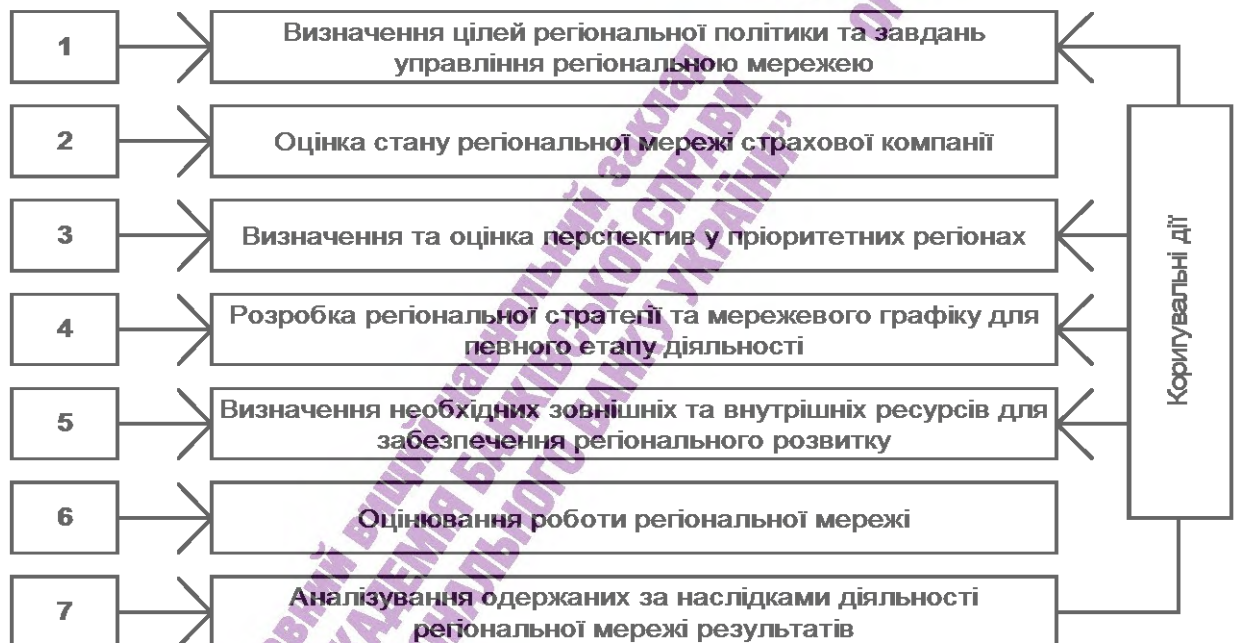


Рис. 2.11. Структурно-логічна схема процесу управління стійкістю регіональної мережі страхової компанії

Таким чином, стійкість регіональної мережі страхової компанії визначається стратегією і політикою просування на регіональних страхових ринках та характеризується досягнутим, на регіональному ринку, рівнем забезпеченості власних регіональних пріоритетів та отриманих довгострокових переваг, а також прогресуючим освоєнням регіональних страхових ринків, яке має на меті розширення

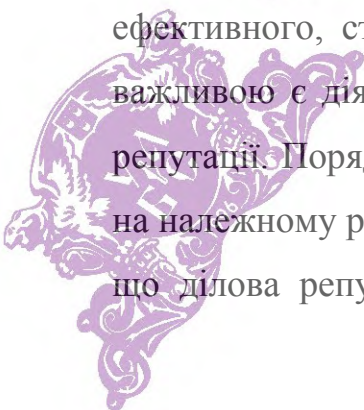
представництва в регіонах, а отже і зростання можливостей для успішного ведення бізнесу та покращення іміджу страховика.

Отже, позитивні досягнення в справі реалізації регіональної політики та забезпечення стійкості регіональної мережі страховика безпосередньо впливають на забезпечення належного рівня його фінансової стійкості. Інтеграція українських страховиків у європейське та світове страхове середовище потребує регулярного аналізу поточного стану страхової справи в країні, запровадження різноманітних заходів з метою прискорення темпів розвитку національної страхової системи та регіональної інфраструктури страхових компаній. Повністю погоджуємося з М.М. Сухоруковим, який стверджує, що «наявність розгалуженої та ефективної регіональної мережі впливає на капіталізацію страхової компанії, підвищуючи її ринкову вартість, розширюючи можливості ведення бізнесу» [284, с. 37].

Дослідження організаційно-управлінських чинників впливу на забезпечення фінансової стійкості страховиків буде неповним, якщо не розглянути питання забезпечення **стійкості ділової репутації страхової компанії.**

Згідно з точкою зору А.П. Іванова та Ю.М. Бикової, ділова репутація – це «цілісне уявлення про організацію як суб'єкта певного виду діяльності, що складається зі сприйняття та оцінки результатів і наслідків цієї діяльності, незалежно від організаційно-правових форм або масштабів, різними зацікавленими особами та контактними групами» [100, с. 63].

Створення позитивної ділової репутації є однією із стратегічних цілей будь-якої організації, в тому числі й страхової компанії. Це необхідна умова досягнення нею довгострокової конкурентоспроможності та забезпечення ефективного, стійкого та поступального розвитку. Водночас, для страховика важливою є діяльність не лише в галузі формування його позитивної ділової репутації. Поряд з цим, величезну вагу мають, також, зусилля з її підтримання на належному рівні. Цілком погоджуємося з В.Л. Кишлаковою, яка вказує на те, що ділова репутація «визначається насамперед відновлюваністю клієнтської

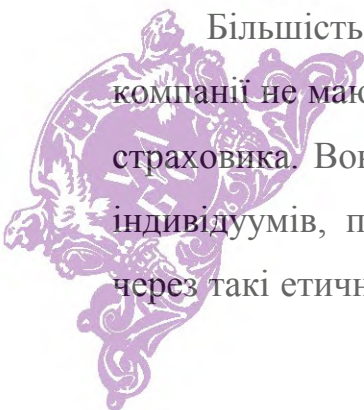


бази, тобто готовністю споживачів користуватися послугами даної страхової компанії безперервно впродовж тривалого періоду» [109, с. 69].

Формування ділової репутації страхової компанії повинне цілеспрямовано забезпечуватися за рахунок достовірних знань та оцінок, тобто передбачати раціональний, аналітичний підхід, який мусить підкріплюватися досвідом особистої взаємодії клієнта зі страховиком. Як процес, формування високого рівня ділової репутації страхової компанії, повинен здійснюватися за рахунок належного застосування засобів впливу на формування уподобань клієнтів, активної реклами здобутків, одержаних в результаті поступального розвитку фінансової діяльності, організаційної інфраструктури, корпоративної культури страховика тощо.

Ділова репутація страхової компанії базується на ряді складових, зокрема таких: історичних даних про шлях розвитку страхової компанії, починаючи від часу її створення, оголошеній місії та стратегії подальшого розвитку; надійності та стійкості страховика (формальних та неформальних ознаках, які свідчать про визнання на міжнародному та державному рівнях, про рейтинг та про відсутність негативного розголосу за результатами перевірок органами нагляду та контролю); репутації власників (мажоритарних акціонерів) страховика; дотриманні страховиком вимог чинного законодавства; відкритості та прозорості бізнесу, що досягається за рахунок регулярності та належного рівня інформованості зацікавлених осіб; якості сервісу, корпоративній культурі, ефективній роботі зі скаргами клієнтів; продуманій маркетинговій політиці та PR-акціях, спрямованих на формування позитивного іміджу; здатності ефективно протидіяти втягуванню у діяльність з легалізації (відмивання) доходів, отриманих злочинним шляхом та в іншу протиправну діяльність тощо.

Більшість з перерахованих вище складових ділової репутації страхової компанії не мають безпосереднього відношення до сфери фінансової діяльності страховика. Вони швидше покликані впливати на соціум, а також на окремих індивідуумів, переломлюючись у колективній та індивідуальній свідомостях через такі етичні категорії як мораль та моральність. Менше з тим, кожна з них

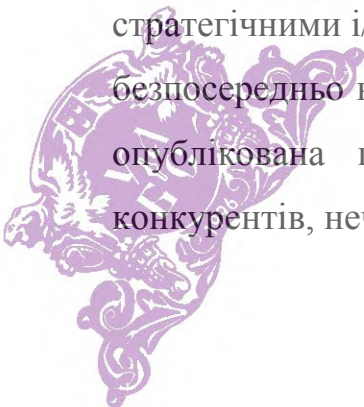


окремо і всі вони разом об'єктивно впливають на динаміку клієнтської бази, а відповідно й на обсяг надходжень страхових премій, формування прибутків, поповнення власного капіталу та звичайно ж на забезпечення й підвищення фінансової стійкості страховиків.

В свою чергу, певна ділова репутація страховика породжує наслідки, які в даний час та в даному місці можуть бути оцінені різними зацікавленими особами, їх групами та спроможні впливати на переваги фізичних і юридичних осіб щодо вибору ними певного страховика. Категорії осіб, зацікавлених в оцінці ділової репутації страхової компанії та економічні важелі, які менеджмент страховика може застосовувати для формування належного рівня ділової репутації керованої страхової компанії, наведені на рисунку Д.1 додатку Д.

Нині управління діловою репутацією страхової компанії є необхідністю, оскільки належна ділова репутація сприяє наступному: зміцненню позицій страхової компанії на фінансовому ринку, формуванню її конкурентних переваг; оптимізації процесів адаптації страховика до мінливих умов економічного середовища; своєчасній і ефективній корекції управління на всіх рівнях; зміцненню ділового співробітництва з контрагентами; формуванню позитивної громадської думки про страховика тощо.

Як влучно зазначає І.С. Важеніна, «ділова репутація працює на забезпечення фінансової стійкості страховика та зростання його іміджу» [30, с. 6]. Позитивна ділова репутація є безцінним капіталом кожної компанії, який завдяки великим зусиллям формується роками. Водночас, вона може бути моментально втрачена навіть внаслідок одиної неправильної дії. Репутація страховика може постраждати від внутрішніх чинників, зумовлених власними стратегічними і/або тактичними помилками, а також від зовнішніх обставин, які безпосередньо не залежать від страховика, наприклад навмисно або випадково опублікована помилкова або неправдива інформація, недобросовісні дії конкурентів, нечесна реклама тощо.



Перелік факторів, які можуть впливати на ділову репутацію страховика, наведений на рисунку 2.12.

На нашу думку, стійкість ділової репутації страховика проявляється як відносно стійке до сторонніх впливів інформаційне поле, пов'язане з діяльністю страховика та сформоване внаслідок комплексу його різнорідних дій безпосередньо та опосередковано спрямованих на формування сукупності позитивних думок та вражень про нього у представників зацікавлених сторін, в тому числі клієнтів та партнерів, які спонукають їх до взаємодії зі страховиком, з очікуванням бажаних результатів від такої взаємодії, що позитивно відбивається на фінансовій стійкості страхової компанії.

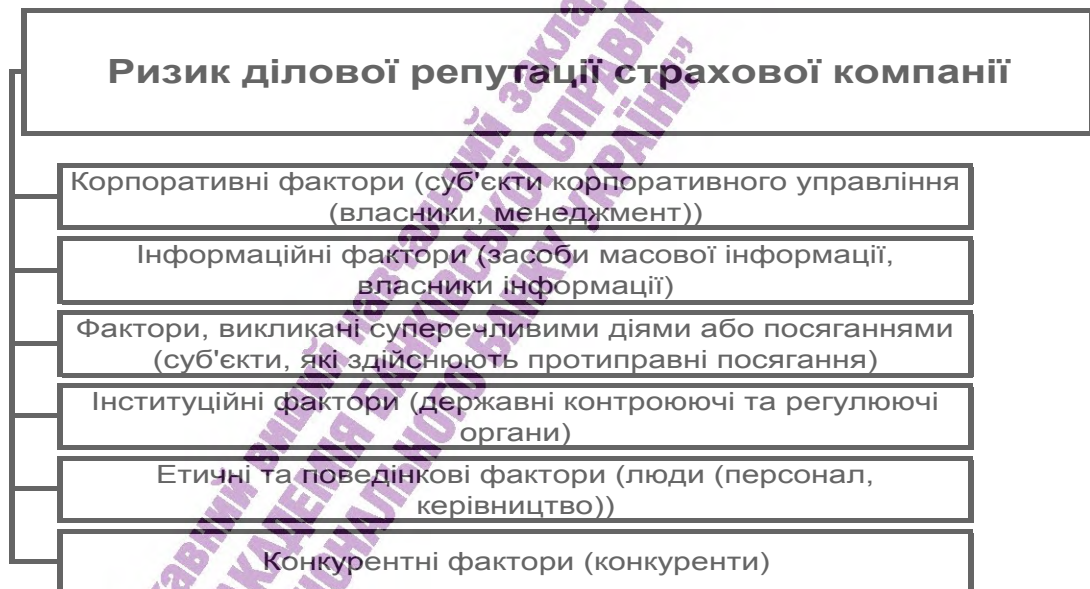


Рис. 2.12. Фактори, які впливають на ділову репутацію страхової компанії

Підсумовуючи міркування викладені в цьому підрозділі, стверджуємо, що вдало та вчасно застосовані окремі організаційно-управлінські способи, спрямовані на забезпечення та підтримання фінансової стійкості страховика, а саме: забезпечення стійкості кадрового складу, організаційно-структурної стійкості, стійкості регіональної мережі та ділової репутації, відіграють неабияку роль у справі досягнення ефективного та стабільного розвитку страховика. Оптимальне поєднання економічних та організаційно-управлінських способів у загальній системі забезпечення фінансової стійкості

страхових компаній впливатиме на можливості розвитку окремої страхової компанії та визначатиме її місце на страховому ринку, що позитивно позначатиметься на розвиткові вітчизняного страхового ринку в цілому.

2.4. Діагностика стану вітчизняних страхових компаній та оцінка їх фінансової стійкості

Ефективно функціонуючий страховий ринок є невід'ємною складовою фінансової інфраструктури країн з розвинутою ринковою економікою. Як відомо, фінансовий ринок забезпечує накопичення і розподіл інвестиційних ресурсів та надання фінансових послуг. Страховий ринок, за обсягами наданих послуг, поступається банківському, хоча значно перевищує інші сектори небанківського ринку фінансових послуг. Так, разом активи комерційних банків та небанківських фінансових установ (НФУ) станом на 31.12.2009 р. становили 941,3 млрд. грн., у тому числі банків – 880,3 млрд. грн. (93,5%), НФУ – 61 млрд. грн. (6,5%). При цьому, активи страхових компаній у загальному обсязі активів НФУ становлять 41,9 млрд. грн. або 68,0%.

В умовах невизначеності та широкого спектру ринкових ризиків, страхові компанії покликані надавати надійний страховий захист юридичним і фізичним особам, сприяючи їх ефективному функціонуванню та забезпечуючи їх впевненість у майбутньому. У випадку незадовільного фінансового стану страховик значно обмежує, а у випадку банкрутства цілком припиняє виконання своєї суспільно визначеної ролі (про що йшлося у підрозділі 1.4). Тому, дослідження питання забезпечення фінансової стійкості страхових компаній не може вважатися повним без розгляду та аналізу впливу на них середовища, в якому вони функціонують.

Станом на 31 грудня 2009 року в Україні діяло 450 страхових компаній. З них – 72 здійснювали діяльність зі страхування життя, а 378 надавали послуги з ризикових видів страхування (таблиця Е.1. додатку Е). Аналіз даних таблиці Е.1 додатку Е свідчить, що впродовж 2005-2009 років реєструвалися переважно



страхові компанії «non-life». За згаданий проміжок часу їх було зареєстровано майже в 4 рази більше, ніж компаній зі страхування життя. При цьому, зазвичай, щомісяця створювалося 2-4 страхові компанії «non-life» та 1 страхова компанія «life». У 2009 році відбулася зміна існуючої, протягом досліджуваного періоду, тенденції перевищення включених до Держреєстру компаній над кількістю виключених з нього.

Наведені на рисунку 2.13 дані свідчать про те, що страхова галузь України, у зазначений проміжок часу, демонструвала тенденцію до швидкого розвитку.

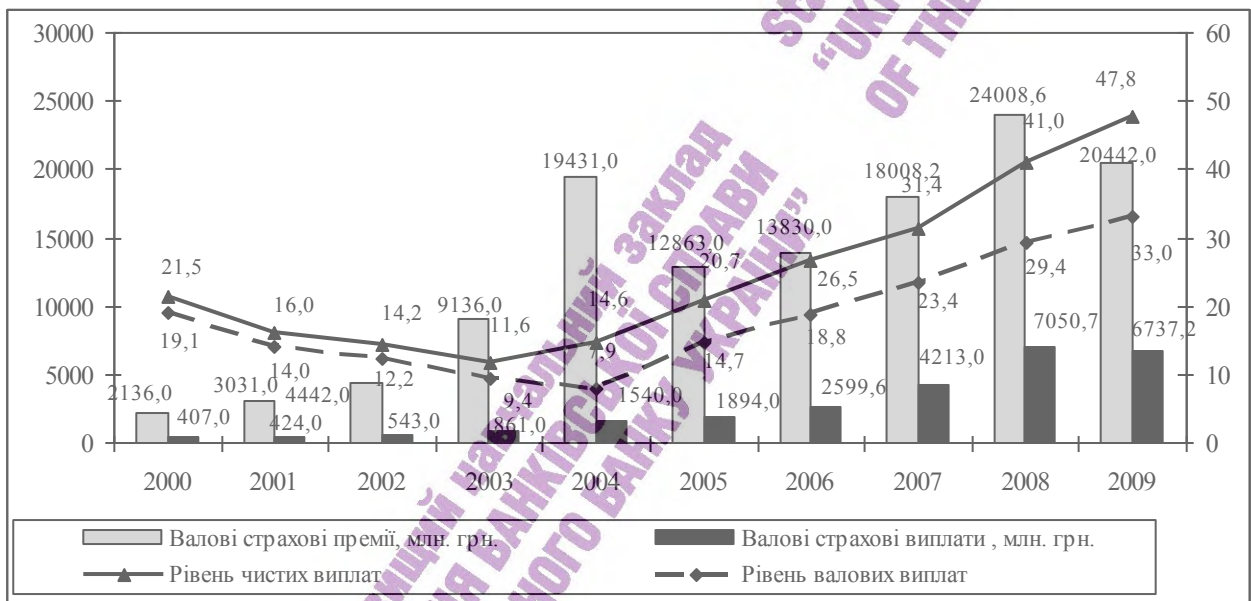


Рис. 2.13. Динаміка страхових премій і страхових виплат впродовж 2000-2009 рр. [105]

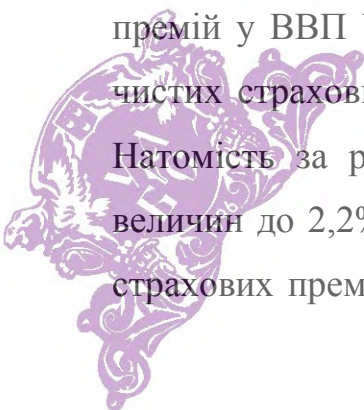
Зокрема, впродовж 2000-2004 років спостерігалось нарощування обсягу валових страхових премій. У 2005 році порівняно з попереднім роком, відбулося різке зменшення цього показника. Основною причиною, яка це зумовила, було очищення страхового сектора від тіньових схем. Внаслідок цього зменшилися обсяги надходжень коштів із страхування фінансових ризиків та добровільного страхування відповідальності від страхувальників-юридичних осіб. Зменшення у 2005 році обсягів платежів зі страхування фінансових ризиків на 4917,6 млн. грн. було напряму пов'язане зі змінами внесеними до Закону України «Про оподаткування прибутку підприємств», які

набрали чинності в згаданому році. Внаслідок цього, на кінець 2005 року обсяги чистих страхових премій зменшилися порівняно з аналогічним періодом 2004 року на 22,5%, склавши 7482,8 млн. грн. (таблиця Е.2 додатку Е). Та вже починаючи з наступного, 2006 року, обсяги валових і чистих страхових премій знову почали зростати. Але, за результатами 2009 року загальний обсяг валових страхових премій становив вже 20442,06 млн. грн., сума чистих страхових премій – 12658,0 млн. грн., що менше від 2008 року відповідно на 3566,6 млн. грн. та 3323,8 млн. грн. Структура валових страхових премій в Україні впродовж 2004-2009 років наведена на рисунках Е.1-Е.5 додатку Е.

Страховий ринок України протягом 2004-2008 років динамічно розвивався, але все ж таки характеризувався надзвичайно малими обсягами [302]. Обсяг зібраної в Україні у 2009 році страхової премії склав близько 0,06% від світових обсягів [462, с. 31]. Для прикладу, обсяг премій страхових компаній США, країни-лідера на ринку страхових послуг, складає понад третину від загальносвітових обсягів. З-поміж інших країн лише Велика Британія та Японія за показником обсягу зібраних страхових премій наближаються до США.

В Україні в 2009 році розмір страхової премії, в розрахунку на душу населення, склав 57,4 долара США. Таке значення цього показника виявляється в десятки разів меншим, порівняно з країнами ЄС, США та Японією, де він складає від 136,2 доларів США (Румунія) до 3710 доларів США (США) (табл. Е.3 додатку Е). Нині в Україні страхові платежі, в перерахунку на душу населення, нижчі за аналогічний показник навіть порівняно з країнами колишнього СРСР (табл. Е.3 додатку Е).

Порівняно із попереднім роком у 2008 році частка валових страхових премій у ВВП України дещо зросла і склала 2,7%, також збільшилася частка чистих страхових премій з 1,7% у 2007 році до 1,8% у 2008 році (рис. 2.14). Натомість за результатами 2009 року спостерігається зниження зазначених величин до 2,2% та 1,7% відповідно. В економічно розвинутих країнах частка страхових премій у ВВП складає, наприклад, у Нідерландах – 13,6%, Великій



Британії – 12,9%, Франції – 10,3%, Швейцарії – 9,8% (табл. Е.4 додатку Е), тобто відрізняється від аналогічного українського показника фактично на порядок. З цього слідує наявність значного потенціалу для подальшого розвитку страхування в Україні.

Ознаки розвитку національного страхового ринку явні, однак не можуть не турбувати незначні обсяги страхових виплат. Виходячи ж з економічного призначення страхування, саме показник «рівень виплат», виконує роль індикатора рівня розвитку національного страхового ринку [305]. Динаміка обсягів виплат за видами страхування наведена у таблиці Е.5 додатку Е.



Рис. 2.14. Співвідношення страхових премій до ВВП України впродовж 2000-2009 рр., % [105]

Як видно з даних, наведених на рисунку 2.13, у 2004 році порівняно із попередніми двома роками, рівень чистих виплат зріс, і ця тенденція продовжилася і у 2005 – 2009 роках. При цьому, якщо у 2005 році цей показник склав 20,7%, то у 2009 – 47,8%. Дані щодо рівнів виплат за видами страхування наведено у таблиці Е.6 додатку Е. Як позитивну треба також відмітити і тенденцію до постійного зростання рівня валових виплат з ризикових видів страхування. Однак, проведені експертами розрахунки, які базуються на даних про стан виплат юридичним і фізичним особам, свідчать, що впродовж 2001-2007 років рівень виплат щодо фізичних осіб знизився майже в 3 рази, у той час як рівень виплат юридичним особам зріс практично в 2,4 рази [211, с. 41].

Зростання обсягів зібраних премій супроводжувалося відповідним зростанням активів та резервів страховиків (рис. 2.15).

Станом на кінець 2009 року загальний обсяг сформованих страховиками страхових резервів становив 10141,0 млн. грн. (у 2008 році – 10904 млн. грн.). Протягом 2006-2009 років основними категоріями активів для покриття страхових резервів, якими найчастіше користувалися страховики, були банківські вклади (депозити), розрахунковий рахунок, а також інвестування в цінні папери (таблиця Е.7 додатку Е).



Рис. 2.15. Динаміка активів і резервів страховиків впродовж 2002-2009 рр. [105]

У процесі аналізу капіталу страхових компаній особливо значущим показником є обсяг статутного капіталу, оскільки він є не лише основним елементом їх власного капіталу, але й засобом забезпечення їх фінансової стійкості та контролю за платоспроможністю страховика з боку держави, яка встановлює мінімальні обсяги та склад статутного капіталу страхових компаній [16, с. 577]. У 2009 році на страховому ринку України, за рахунок значних інвестицій, продовжилося зростання обсягів сплачених статутних капіталів страховиків (рис. 2.16). Це явище позитивно вплинуло як на окремих страховиків, так і на українську страхову систему в цілому. Адже, якщо страхові компанії не нарощують статутний капітал, це спричиняє не лише втрату ними частини страхових премій і підвищує ризики їх клієнтів, а й послаблює фінансову стійкість страхової системи.

Для забезпечення фінансової стійкості та стабілізації одержуваного прибутку, страхові компанії значну увагу повинні приділяти політиці

перестраховання. Необхідно відмітити, що з 2004 року в Україні спостерігається перевищення частки внутрішнього перестраховання у валових страхових преміях над часткою перестраховання у нерезидентів (рис. 2.17).

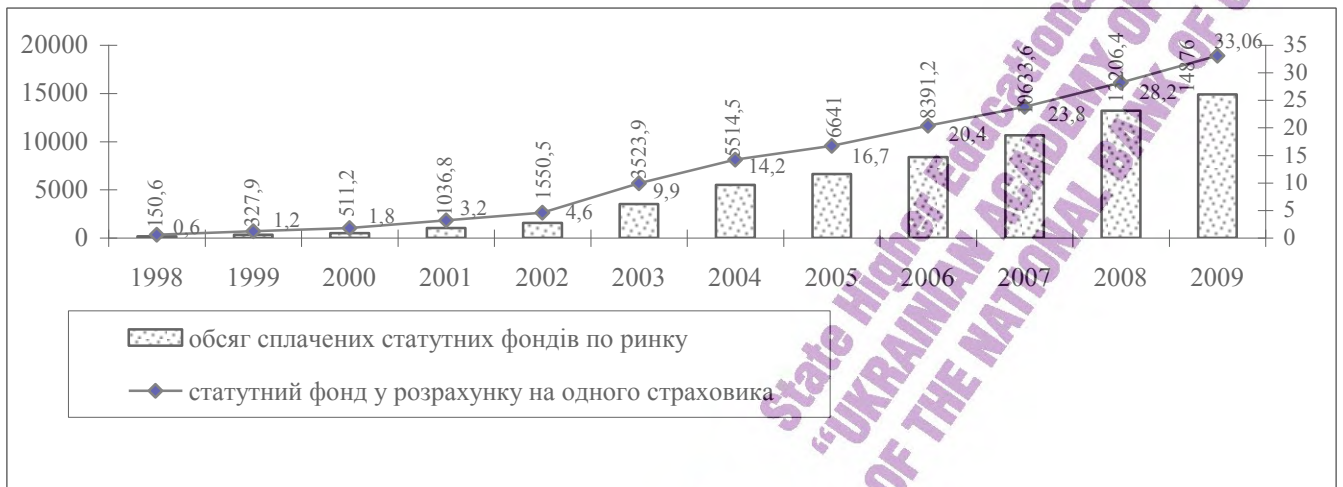


Рис. 2.16. Динаміка статутних фондів страховиків впродовж 2000-2009 рр., млн. грн. [105]



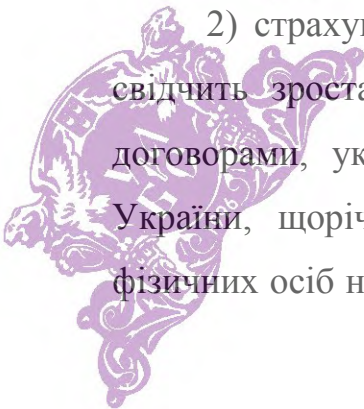
Рис. 2.17. Частка перестраховання у валових страхових преміях за 2000-2009 рр., % [105]

За договорами перестраховання ризиків на кінець 2009 року українські страховики сплатили 8888,4 млн. грн., з них 87,6% перестраховано в Україні (перестраховикам-резидентам сплачено 7784,1 млн. грн.), 12,4% сплачено перестраховикам-нерезидентам (1104,3 млн. грн.). Це свідчить про наявність позитивної тенденції, а саме про зростання внутрішнього перестрахового ринку та покращення структури перестраховання за кордоном, внаслідок відмови від перестраховання у країнах та компаніях, які не забезпечують належного нагляду за операціями перестраховання.

Таким чином, зазначені вище дані щодо функціонування вітчизняних страхових компаній дозволяють зробити наступні висновки:

1) за підсумками 2008 року спостерігалось реальне зростання обсягів страхових операцій з усіх видів страхування, відбувалися структурні зміни на користь добровільного страхування і його довгострокових видів. Основну частину страхового ринку складало класичне страхування. Починаючи з 2005 року, за результатами якого було відмічене падіння обсягів надходжень страхових платежів (у зв'язку із законодавчими змінами, здійсненими з метою очистки страхового ринку від тіньових схем), спостерігалася стійка тенденція до зростання обсягів надходжень страхових платежів. Водночас, зазначене зростання значною мірою зумовлене розвитком іпотечного, споживчого та автокредитування (тобто попит на страхування в даному випадку формувався не на добровільному бажанні страхувальників, а на їх обов'язку придбати страховий поліс в силу договірних відносин з кредитором). У зв'язку з цим, подібне зростання попиту на послуги страховиків, з одного боку, не може бути охарактеризоване як позитивне явище, а з іншого, – його, на жаль, не можна розглядати в якості основного чинника, що зумовлюватиме подальше становлення і розвиток вітчизняного страхування. Адже розвиток страхового ринку, в даному випадку, характеризується, перш за все, наявністю прямої залежності між розвитком певного сегменту страхового ринку та кредитною кон'юнктурою, що наочно засвідчили занижені обсяги кредитного страхування після початку кризи в українській фінансово-економічній сфері. Підтвердженням є зниження обсягів страхових операцій за підсумками 2009 року, що негативно позначилося на формуванні страхового портфеля окремих страховиків, і відповідно сприяло зменшенню їх фінансової стійкості;

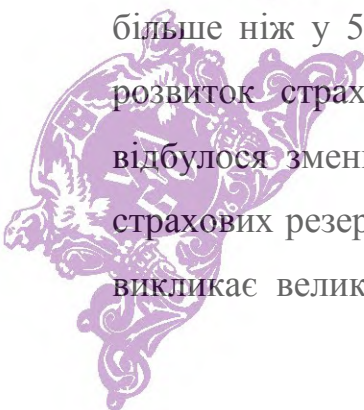
2) страхування стає послугою все більш затребуваною ринком. Про це свідчить зростання обсягів премій, в перерахунку на душу населення, за договорами, укладеними з фізичними особами. За даними Держфінпослуг України, щорічний приріст частки страхових премій, що припадають на фізичних осіб на ринку страхування складає більше 60%. За останні вісім років



населення України збільшило витрати на страхування в абсолютних показниках в 23,6 рази, а у відносних – в 4,7 рази [94, с. 15]. Хоча розмір страхових внесків у перерахунку на душу населення України щорічно збільшується, але порівняно із аналогічним показником для розвинутих країн він залишається достатньо низьким. Показник проникнення страхування (частка страхових внесків у ВВП) у 2009 році знизився до 2,2% порівняно з рівнем 2,7% за підсумками 2008 року, що, звичайно, негативно позначилося на розвитку страхового ринку в цілому та страхових компаній зокрема;

3) зростає рівень страхових виплат як валових, так і чистих, що пояснюється, по-перше, зменшенням надходжень страхових платежів, а по-друге, зростанням витрат на врегулювання страхових випадків. Звичайно, можна говорити лише про середнє значення рівня виплат по страховому ринку, адже ситуація є дуже неоднорідною по окремих страхових компаніях (у 200 страхових компаній «non-life» (або 52,9%) рівень виплат станом на 31.12.2009 року складав менше 15%, з них 15 страхових компаній отримували значні премії за рік – від 100 до 635 млн. грн. (сумарно 4,5 млрд. грн. або 22,9% від ринку «non-life») [218]. Водночас, зростання обсягів виплат страхових компаній із страхування життя деякою мірою зумовлене проявом фінансової кризи, а саме: впродовж 2008-2009 років страхувальники почали розривати довгострокові договори страхування активніше, ніж у попередні роки. Так, у деяких компаній обсяг виплачених викупних сум у 2008 році порівняно з 2007 роком зріс у 2-3 рази [132, с. 33]. Це звичайно стримує розвиток страховиків і негативно позначається на їх фінансовій стійкості;

4) впродовж 2002 – 2008 років незмінною була позитивна тенденція до зростання активів страховиків (ріст майже у 8 разів) та страхових резервів (ріст більше ніж у 5 разів). Це свідчило про відносно стабільне функціонування і розвиток страхового ринку. Натомість у 2009 році ситуація змінилася – відбулося зменшення як активів страховиків порівняно із 2008 роком, так і страхових резервів відповідно на 39 млн. грн. та 763 млн. грн. Водночас якість викликає великі питання. Якщо подивитися на структуру активів страхових

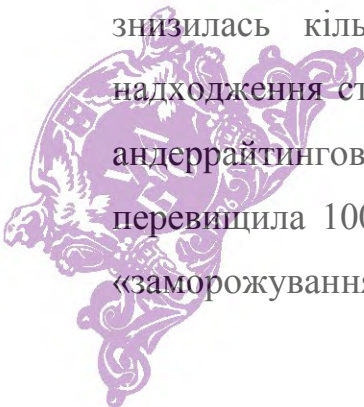


компаній, то можна побачити, що у 2008 році 56,3% та у 2009 році 55% з них, цінні папери, серед яких домінують акції та банківські вклади, користування якими може бути доволі проблематичним, особливо у випадках, якщо в банку, де розміщено депозит, введена тимчасова адміністрація. Отже, зазначена частина резервів страхових компаній є проблемною з точки зору забезпечення їх платоспроможності;

5) відбувається концентрація страхового ринку та зростання загальної величини сплачених статутних капіталів страховиків (впродовж 2002 – 2009 років ріст більше ніж у 9 разів). Це свідчить про нарощування загальної ресурсної бази страхових компаній, яка є основою забезпечення їх фінансової стійкості, що повинно сприяти (за відносно стабільних умов) перетворенню страховиків у потужні фінансові установи.

Узагальнивши та систематизувавши наявну інформацію, можна констатувати, що страховий ринок України у 2008 році в цілому продовжив зростання за всіма показниками, хоча в 4-му кварталі темпи його зростання суттєво знизилися порівняно з аналогічним періодом 2007 року (рисунком Е.6. додатку Е). Це свідчить про серйозний негативний вплив фінансової кризи на страхову систему України. Ознаками цього впливу є зниження темпів корпоративного та споживчого кредитування, будівництва, промислового виробництва, зростання безробіття та зменшення, на цьому фоні, реальних доходів населення.

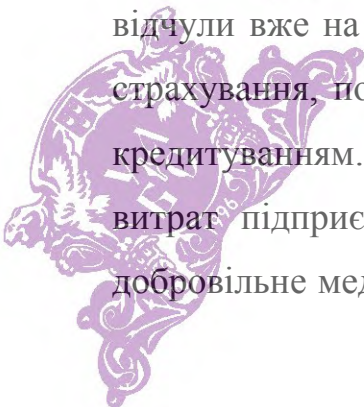
Розвиток вітчизняного страхування в умовах фінансової та економічної кризи свідчить про посилення негативних тенденцій. Це підтверджується і тим, що за 12 місяців 2009 року, в порівнянні з аналогічним періодом 2008 року, відмічався спад більшості показників страхової діяльності, зокрема: на 2,1% знизилась кількість укладених договорів страхування; на 14,9% впали надходження страхових платежів; на 7% зменшився обсяг страхових резервів; андеррайтингова збитковість з автострахування та медичного страхування перевищила 100%; знизився рівень платоспроможності страховиків внаслідок «заморожування» оборотних коштів у проблемних банках; підвищилась



вартісність перестрахового захисту у міжнародних перестраховиків; погіршилися умови інвестування активів страхових компаній тощо.

Негативні прояви фінансової кризи відчуваються і у загальносвітовому масштабі. Так, за оцінками брокерської компанії Willis, у 2009 році очікувалося зменшення обсягів сплачених премій на 6 – 20 млрд. доларів США [58, с. 55]. В зв'язку з кризою також можна прогнозувати загострення практично всіх існуючих проблем страхового ринку. Для забезпечення системного підходу в справі аналізу проблем розвитку страхової системи, скористаємося методом «когнітивної карти». Когнітивна карта, запропонована нами для аналізу причин слабого розвитку страхової системи, наведена на рисунку Е.7 додатку Е. Вона дає уявлення про сукупність причин, які негативно впливають на діяльність страхових компаній, що, відповідно, позначається на їх фінансовій стійкості та на розвитку страхової системи.

В цілому, динаміка основних параметрів страхового ринку за 2005-2008 роки свідчила про виражену тенденцію до зростання обсягів страхового ринку. Підтвердженням цьому були і прогнози рейтингового центру «Insurance Top», згідно з якими до 2010 року реальні страхові платежі мали б вирости до 3-3,6 млрд. доларів США (рисунок Е.8 додатку Е), що відповідало середньорічному росту в 20% (страхування життя повинно було мати дещо випереджувальні темпи). При цьому, слід підкреслити, що розвиток фінансової кризи серйозно вплинув на стан справ у страховій галузі і досягти прогнозних обсягів страхових платежів практично нереально, оскільки тенденції розвитку страхової галузі в умовах кризи цілком визначаються характером і темпами її розвитку. І це дійсно так. Фінансова криза не може не впливати на страховий ринок. Повною мірою скорочення платоспроможного попиту страховики відчули вже на початку 2009 року. В першу чергу, це відобразилося на видах страхування, пов'язаних із будівництвом, а також зі споживчим та заставним кредитуванням. Скорочення купівельної спроможності населення та зменшення витрат підприємств викликало зниження попиту на страхування майна та добровільне медичне страхування. Зростання отриманих страхових премій слід



очікувати лише в страхуванні, пов'язаному з держконтрактами або великими інфраструктурними проектами. Як наслідок, уповільнилися темпи розвитку страхового ринку, підвищилася збитковість діяльності страховиків, відбулося знецінювання інвестицій страховиків, що, в перспективі може спричинити банкрутство ряду вітчизняних страхових компаній.

Та все ж, якими б болючими і негативними не були прояви і наслідки кризи, необхідно враховувати і її безсумнівний оздоровлюючий вплив. Для того, щоб наслідки глобальної фінансово-економічної кризи були мінімально болісними для України та якнайшвидше наступила стабілізація ситуації, а за нею і «одужання» та поступальний розвиток всієї економіки нашої держави і страхової системи зокрема, необхідно визначити та запровадити комплекс заходів щодо подолання кризових явищ, відновлення та подальшого розвитку страхової системи. Ці заходи повинні сприяти зміцненню фінансової стійкості страхових компаній, а отже і стабільному функціонуванню всієї страхової системи. Перелік таких заходів наведено у когнітивній карті, поданій на рисунку Е.9 додатку Е.

Важливість забезпечення, підтримання (в короткій перспективі) та підвищення (в довгій перспективі) фінансової стійкості страхових компаній визначається, насамперед, їх особливою роллю стабілізатора ринку та соціального гаранта для населення. Тому, зміна структури страхових операцій та зростання залежності страховиків від фактору ризику на українському ринку об'єктивно притягує увагу до питання забезпечення фінансової стійкості страхових компаній.

Висновки до другого розділу

Проведене у другому розділі дослідження системи забезпечення фінансової стійкості страхових компаній дало підстави зробити наступні висновки:

1. Специфіка страхової діяльності визначає склад і структуру капіталу страхової компанії, який, в основному, виступає в грошовій формі. Окрім

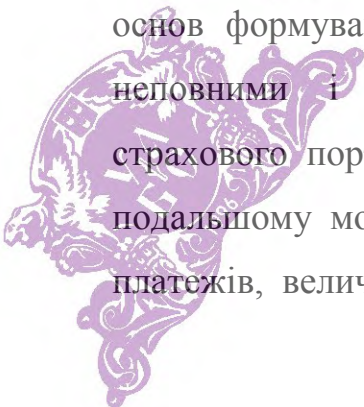


цього, особливості капіталу в галузі страхування проявляються у співвідношенні обсягів власного і залученого капіталу, особливостях кількісних і якісних характеристик деяких елементів власного та залученого капіталу, складі і структурі залученого капіталу. Аргументовано те, що постійна нарощуваність капіталу сприяє підтриманню стійкості капіталоутворюючої бази страховика.

2. За результатами проведеного наукового пошуку обґрунтовано критерії дослідження обсягів і структури капіталу по групах страхових компаній – великих, середніх і малих. Такі критерії ґрунтуються на інтегральному принципі поділу страхових компаній на групи за розмірами активів та принципі рівності обсягів вибірок; їх застосування дозволить проводити якісне дослідження змін у структурі капіталу як за окремими підходами, так і здійснювати порівняння розрахунків, отриманих за різними підходами.

3. В процесі дослідження обґрунтовано та надано теоретичну характеристику інструментам забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази страхових компаній: нарощуваності капіталу, тарифікації і резервуванню. При цьому доведено, що між зазначеними інструментами існує тісний взаємозв'язок та взаємний вплив, який в цілому відбивається на процесі забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази. Під останнім розуміється формування та підтримання страховиком капіталу в необхідному кількісному та якісному стані, ефективне управління рухом і трансформацією фінансових ресурсів у конкретні форми капіталу, здатні профінансувати зобов'язання страховика, тобто забезпечити його платоспроможність в будь-який момент часу, за рахунок використання зазначених вище інструментів.

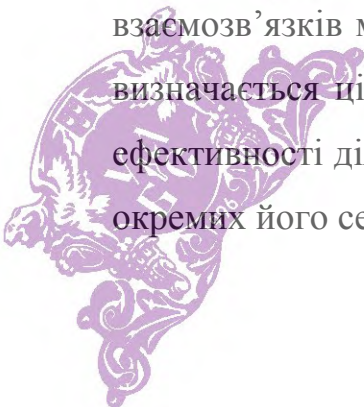
4. На основі аналізу особливостей сучасних підходів та теоретичних основ формування стійкого страхового портфеля обґрунтовано, що вони є неповними і унеможливають формування та підтримання стійкості страхового портфеля як у видовому, так і у вартісному відношеннях, що в подальшому може негативно позначитися на обсягах надходжень страхових платежів, величині й коливанні страхових виплат, рентабельності страхових



операцій тощо. Удосконалено комплекс характеристик, які дозволяють визначати стійкість страхового портфеля, за рахунок обґрунтування та введення додаткових (перестраховальна стійкість, гнучкість реагування на ринкову ситуацію та безпечність) до базових характеристик, що передбачені теорією страхової справи (статистична та структурна однорідність, рівновага, стабільність, диверсифікованість).

5. Забезпечення високого кадрового потенціалу є вирішальним фактором ефективності та конкурентоспроможності страховика, зважаючи на сформовані в роботі специфічні особливості роботи в страховій компанії. Вимоги сучасного ринку об'єктивно зумовили зміни у підходах і принципах використання страховими компаніями власного кадрового складу. Сформульовано основні цілі управління персоналом фінансової стійкості страхової компанії та підкреслено, що стійкість кадрового складу проявляється у формуванні й організації ефективної роботи конкурентоспроможного колективу, завдяки цьому відбувається гнучке й адекватне реагування на зміни внутрішнього і зовнішнього бізнесового середовища, що сприяє створенню нових цінностей за рахунок знань персоналу та подальшого перетворення цих знань у матеріальні здобутки.

6. Ефективна організаційна структура страхової компанії повинна бути спрямована на досягнення і забезпечення реалізації її стратегічних цілей. З огляду на відсутність адекватної системи управління організаційною структурою вітчизняних страховиків, про що свідчать результати проведеного дослідження, обґрунтовано підходи до створення «ідеальної моделі структурного управління», практичне застосування якої є передумовою побудови фінансово стійкої страхової компанії, в якій характер, тривалість взаємозв'язків між підсистемами, домінування одних і підпорядкування інших визначається цілями та завданнями управління, спрямованими на підвищення ефективності діяльності страхової компанії на страховому ринку в цілому або в окремих його сегментах.



7. Розвиток регіональної мережі – важливе стратегічне і комунікаційне бізнес-завдання страхових компаній. Наявність розгалуженої та ефективної регіональної мережі впливає на капіталізацію страхової компанії, підвищуючи її ринкову вартість, розширюючи можливості розвитку бізнесу та привертаючи увагу потенційних інвесторів. З огляду на аналіз тенденцій розвитку вітчизняного страхового ринку та діяльності його великих операторів, визначено типові проблеми, що виникають при формуванні й управлінні регіональною мережею; доведено необхідність забезпечення стійкості регіональної мережі з урахуванням стратегії і політики просування на регіональних страхових ринках, результатом чого є зростання можливостей для успішного ведення бізнесу та забезпечення й підтримання фінансової стійкості страховика.

8. Здійснено оцінку загальних засад діяльності вітчизняних страхових компаній впродовж 2000-2009 рр. За наслідками проведеного аналізу в проміжок 2000-2008 рр. можна констатувати: реальне зростання обсягів страхових операцій з усіх видів страхування; підвищення частки страхових премій, що припадають на душу населення та частки страхових внесків у ВВП; збільшення обсягів добровільного страхування, в тому числі, його довгострокових видів; зростання рівня страхових виплат як валових, так і чистих, а також активів страхових компаній і їх страхових резервів. Водночас, за результатами 2009 року виявлено негативні наслідки впливу сучасної фінансової кризи на функціонування страхових компаній та на стан страхового ринку в цілому, а саме: зростання збитковості, скорочення надходжень страхових платежів, підвищення кількості достроково розірваних договорів страхування, скорочення персоналу, втрата клієнтів, звуження регіональної мережі тощо.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях [299, 302, 305, 312, 314, 318, 319, 330, 338, 355, 357].



РОЗДІЛ 3

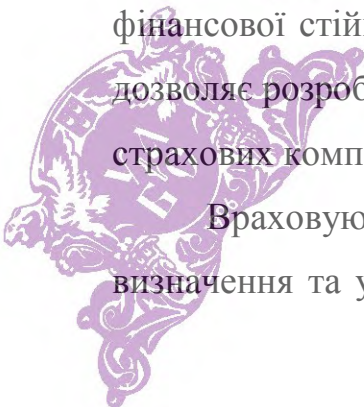
МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ОЦІНЮВАННЯ ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ З УРАХУВАННЯМ ВПЛИВУ РИЗИКІВ

3.1. Принципи та підходи до оцінки фінансової стійкості страховиків

Для забезпечення й підтримки фінансової стійкості необхідно, по-перше, визначити причини сприятливих і негативних тенденцій у розвитку страхової компанії та охарактеризувати її поточну фінансову стійкість, по-друге, сформулювати рекомендації щодо усунення проблем у розвитку та покращення рівня фінансової стійкості компанії. Для кожного суб'єкта господарювання характерні особливості прояву ризиків, які необхідно враховувати при оцінці його фінансової стійкості. В зв'язку з цим, розгляд питання оцінки фінансової стійкості страхових компаній, вимагає врахування наступних важливих факторів:

- в сучасній економіці не існує страхових компаній, які б не були нараженими на ризики;
- причини втрати фінансової стійкості завжди багатофакторні й багатовимірні, про що свідчить значна кількість ризикоутворюючих факторів (див. п.п. 1.3);
- ризики, поряд з негативними функціями виконують і позитивні, що пов'язано з тим, що відбувається переосмислення існуючих підходів як до системи забезпечення, так і до оцінки фінансової стійкості страховиків. В результаті постійно розширюється і покращується методологія оцінки фінансової стійкості страховиків та прогностичні можливості, що в результаті дозволяє розробити механізми забезпечення та підвищення фінансової стійкості страхових компаній.

Враховуючи вказане вище приходимо до розуміння того факту, що для визначення та управління фінансовою стійкістю страхової компанії необхідна



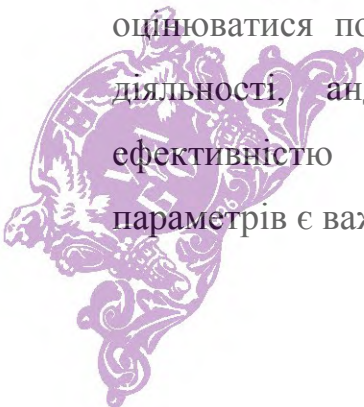
наявність об'єктивної і повноцінної технології її оцінки, що включає сукупність принципів, показників і методів вимірювання.

Основні завдання, що вирішуються при оцінці фінансової стійкості страхової компанії, такі:

- визначення рівня фінансової стійкості у конкретний момент часу;
- дослідження тенденцій і закономірностей у сфері підвищення фінансової стійкості за досліджуваний період;
- визначення «вузьких» місць, що негативно впливають на забезпечення фінансової стійкості страховика;
- виявлення резервів, які страхова компанія може використовувати для підвищення рівня своєї фінансової стійкості.

В тісному зв'язку з завданнями оцінки фінансової стійкості страховиків знаходяться і її основні принципи, зокрема:

- всебічність та комплексність підходу до оцінки рівня фінансової стійкості страхової компанії, що дозволяє у повному обсязі врахувати всі фактори, які на неї впливають;
- конструктивність, що проявляється у протидії факторам, які стримують чи заважають поступальному розвитку страхової компанії;
- обґрунтованість вибору кількісних та якісних показників для здійснення оцінки фінансової стійкості страховика, що дозволяє отримати максимально об'єктивний результат та розробити заходи з підвищення рівня фінансової стійкості;
- пороговість, яка характеризується кількісними і якісними показниками, що знаходяться між мінімальним і максимальним допустимими значеннями;
- проблемність, як правило фінансова стійкість страхової компанії може оцінюватися по безлічі параметрів, пов'язаними з особливостями актуарної діяльності, андеррайтингом, процесом реалізації страхових послуг, з ефективністю окремих видів діяльності тощо. Обґрунтування набору параметрів є важливим елементом методик вимірювання фінансової стійкості;



- характеристичність, комплекс показників діяльності страхової компанії або знаходиться в межах, які забезпечують її стійкий стан або значення показника (показників) при переході порогового значення, які характеризують зростання нестійкості, аж до втрати системоутворюючих ознак;

- однозначність трактування оцінки, яка реалізується за допомогою інтегрального показника фінансової стійкості. Даний показник, за своєю економічною природою, повинен показувати відносний, щодо аналізованої сукупності страхових компаній, рівень фінансової стійкості конкретного страховика;

- динамічність, тобто оцінка і аналіз інтегрального показника страхової компанії має здійснюватися в часі, оскільки фінансова стійкість страхової компанії під впливом різних зовнішніх і внутрішніх факторів постійно змінюється. До того ж вивчення фінансової стійкості повинне вестися безперервно і систематично, що дозволить своєчасно готувати інформацію для ухвалення ефективних управлінських рішень;

- специфічність, при виборі, створенні методики оцінки фінансової стійкості страхової компанії необхідно, перш за все, зважати на специфіку її діяльності;

- взаємопов'язаність інтересів страховиків і страхувальників. Тому, при оцінці фінансової стійкості необхідно враховувати чинники як зовнішніх, так і внутрішніх конкурентних переваг;

- максимальна простота практичного здійснення оцінки фінансової стійкості за умови якомога повнішого використання сучасних методів і інструментарію;

- можливість застосування рейтингового підходу;

- орієнтація на досягнення максимального позитивного ефекту від здійсненої оцінки;

- можливість розробки, на підставі отриманого результату з оцінки фінансової стійкості страховика, конкретних заходів з підвищення фінансової стійкості страхової компанії залежно від її конкретного значення.



Враховуючи зазначене вище, визначимо особливості управління впливом ризиків з метою забезпечення фінансової стійкості страхових компаній:

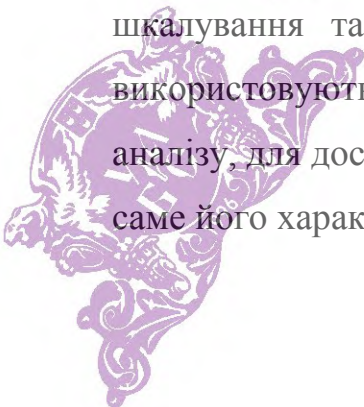
- оперативне реагування на ризики, так як реалізовані ризики можуть не лише поглиблюватися з кожним новим господарським циклом, але й породжувати нові супутні явища (ефект сніжного кома). В зв'язку з цим, чим раніше буде вжито заходів з нейтралізації впливу ризиків на фінансову стійкість страховика, тим кращими будуть можливості страхової компанії відновити свою фінансову стійкість;

- адекватне реагування на рівень реальної загрози фінансовій стійкості, тобто мобілізація необхідних засобів і заходів для нейтралізації негативного впливу ризиків;

- повнота реагування, тобто повна реалізація внутрішніх заходів і засобів, мобілізованих на протидію реалізованому ризику та ефективне використання зовнішніх можливостей;

- орієнтація на досягнення максимального позитивного ефекту.

Для здійснення комплексної оцінки фінансової стійкості страхових компаній використовують такі методи дослідження: спостереження основних макроекономічних показників і показників діяльності страхових компаній обов'язково з огляду на такі вимоги, як плановірність, цілеспрямованість, активність і системність; порівняння отриманих результатів оцінки як між собою, так і з еталонним та пороговими значеннями; вимірювання, що являє собою процедуру визначення числового значення певної величини за допомогою одиниці виміру (еталона); аналізу та синтезу, за яким здійснюється виділення окремих частин оцінки фінансової стійкості для глибшого пізнання явища; метод експертних оцінок, який використовується, наприклад, для шкалування та переведення до кількісного вимірника якісних ознак, які використовуються при оцінці фінансової стійкості; метод кореляційного аналізу, для дослідження елементів, які здійснюють найсуттєвіший вплив і який саме його характер; методи моделювання.



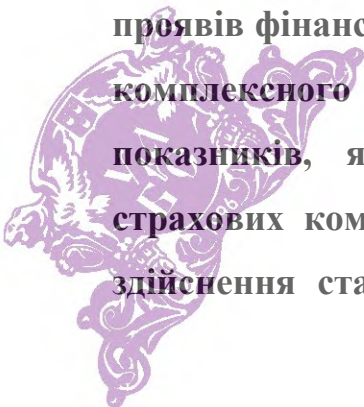
Запропоновані підходи дослідження фінансової стійкості страхових компаній, сукупність принципів і методів її оцінки підтверджують цілісність та нестандартний підхід до розгляду цих питань.

Отже, враховуючи викладене вище, з метою забезпечення поступального розвитку економіки країни і стабільності фінансового ринку важливо не тільки володіти інформацією про поточний фінансовий стан страховиків, але й мати уявлення про ступінь їх потенційної нараженості на ризики і фінансову стійкість страхових компаній в майбутньому.

Цілком погоджуємося Л. Временко та О. Корват [42, с. 61] щодо виділення чотирьох сфер державного впливу та регулювання у страхуванні, а саме: 1. Пруденційне або запобіжне регулювання (попередження нестабільності та запобігання неплатоспроможності страховиків). 2. Правове регулювання відносин (страховиків, посередників, споживачів). 3. Економічне регулювання (податкові важелі для стимулювання або обмеження певних дій на страховому ринку). 4. Боротьба з відмиванням «брудних» грошей та протидія фінансуванню тероризму.

Враховуючи те, що всі зазначені вище види державного впливу та регулювання у сфері страхування прийняті в європейській спільноті, наближення стандартів функціонування української страхової системи до міжнародних вимог, підвищення рівня її надійності та стійкості національних страховиків вимагає продовження роботи з удосконалення державної системи регулювання фінансової стійкості страхових компаній. При цьому, значна увага повинна, перш за все, приділятися пруденційному регулюванню фінансової стійкості страхових компаній [449, с. 12].

Вважаємо, що метою пруденційного регулювання є попередження проявів фінансово нестійкої діяльності страховиків шляхом впровадження комплексного підходу управління ризиками та розробки системи показників, які дозволяють кількісно оцінити ступінь нараженості страхових компаній на ризики, з якими вони зіштовхуються в процесі здійснення статутної діяльності, а також виявлення, на різних стадіях



функціонування страховиків, недоліків у їх діяльності з метою запобігання їх неплатоспроможності.

Підтвердженням того, що головна роль у запровадженні в практику діяльності страхових компаній процесів оцінки та управління ризиками належить саме органу страхового нагляду країни, свідчать результати опитувань 63 страхових компаній 8 країн Європи [450].

Без сумніву, для забезпечення належного контролю за діяльністю страховиків, формуванню ефективної системи пруденційного регулювання має передувати створення якісної нормативно-правової бази, яка б передбачала достатні повноваження та ресурси для наглядового органу. Як відомо, страховики, на відміну від банків, володіють пасивами з більш тривалими термінами користування та більш ліквідними активами, що звичайно підвищує їх значення на ринку довгострокових ресурсів. Водночас страхові компанії більше наражаються на ризик зміни вартості власних активів і, як наслідок, величина їх власного капіталу може швидко зменшуватися. Тому, для цілей пруденційного регулювання необхідно визначати індикатори фінансової стійкості, які б дозволяли оцінювати стан страховиків та здійснювати моніторинг їх сильних і слабких сторін, оцінювати поточний рівень фінансової стійкості страховиків і їх потенційну уразливість до ризиків. В таблиці 3.1 наведені пропоновані індикатори (показники) фінансової стійкості страхових компаній, використання яких, на нашу думку, найбільш повно характеризуватиме стан фінансової стійкості страхових компаній на ринку з урахуванням їх потенційної уразливості до ризиків.

Серед показників фінансової стійкості страховика на особливу увагу заслуговує показник платоспроможності. Враховуючи це, вивчення підходів до оцінки платоспроможності страховиків є необхідним для адекватного визначення рівня їх фінансової стійкості.



Основні показники, які характеризують фінансову стійкість страхових компаній з урахуванням потенційної уразливості до ризиків

Назва показника	Методика розрахунку показника	Економічна сутність показника
1	2	3
1. Показники, які характеризують поточну фінансову стійкість		
Показник достатності капіталу	Капітал : Загальна сума активів	Характеризує здатність страхової компанії поглинати втрати, пов'язані з її нараженістю на ризики
Показник надійності	Капітал : Страхові резерви	Показує ступінь забезпеченості ризикових вкладень власним капіталом, за рахунок якого можливе часткове відшкодування збитку при настанні страхових випадків
Показник фінансового потенціалу	(Страхові резерви + Капітал) : Чисті страхові премії	Свідчить про здатність страхової компанії здійснювати необхідні страхові виплати за несприятливих для страховика умов (наприклад, високий рівень збитковості)
Показник платоспроможності	Фактичний запас платоспроможності > Нормативний запас платоспроможності	Характеризує здатність страхової компанії виконувати свої зобов'язання
Показник поточної ліквідності	Ліквідні активи : Поточні зобов'язання	Характеризує можливість погашення короткострокових зобов'язань у встановлений термін
2. Показники, які характеризують дохідність та прибутковість діяльності страховика		
Рівень виплат	Сума чистих виплат : Сума чистих страхових премій	Відображає реальну роль страховика на ринку, тобто показує яка частина страхових премій повертається страхувальникам у вигляді страхових виплат. При порівнянні динаміки коефіцієнтів виплат можна зробити висновок: якщо виплати (їх частка) зростають порівняно із внесками, але при цьому зростає валовий прибуток, то це означає, що джерелом прибутку є не зароблена премія, а інвестиційний дохід
Рівень витрат	Витрати : Сума чистих страхових премій	Характеризує частку витрат на забезпечення діяльності страхової компанії у сумі чистих страхових премій
Загальний рівень виплат і витрат	(Рівень виплат + Рівень витрат) : Сума чистих страхових премій	Показує питому вагу у сумі чистих страхових премій всіх витрат – страхових виплат та інших витрат на забезпечення діяльності страхової компанії
Дохідність інвестицій	Інвестиційний дохід : Інвестиційні вкладення	Показує дохідність інвестиційних вкладень
Рентабельність капіталу	Прибуток до сплати податків : Капітал	Показує рівень прибутку, отриманого на одиницю капіталу
3. Показники, які відображають потенційну уразливість до ризиків		
3.1. Показники якості активів		
Частка неліквідних активів	(Вкладення в нерухомість + Акції, що не котуються на біржі + Дебіторська заборгованість) : Загальна сума активів	Показує частку неліквідних і потенційно проблемних активів в загальній сумі активів
Показник ризику активів	Дебіторська заборгованість : (Загальна сума страхових внесків + Сума отриманих перестрахових премій)	Характеризує кредитну політику страхової компанії та її потенційну нараженість на ризик погіршення якості активів
Показник дебіторської заборгованості	Дебіторська заборгованість : Капітал	Показує частку дебіторської заборгованості у власних коштах страховика, здатність у мінімальний строк стягнути заборгованість



Продовження табл. 3.1

1	2	3
Показник фондового ризику	Сума вкладень в акції : Загальна сума активів	Показує ступінь нараженості фондовому ризику (ризик втрат у випадку зміни вартості акцій)
Ризик зміни цін на нерухомість	Частка вкладень у нерухомість : Загальна сума активів	Характеризує ризик зміни цін на нерухомість
3.2. Показники якості андеррайтингової політики та політики перестрахування		
Показник достатності страхових резервів	Чисті страхові резерви : Середній обсяг надходжень страхових платежів за останні 3 роки	Свідчить про адекватність сформованих страхових резервів з огляду на надходження страхових платежів
Рівень андеррайтингової збитковості	Страхові виплати : Зароблені страхові премії	Характеризує якість андеррайтингової політики страховика та свідчить про частку здійснених страхових виплат лише за рахунок зароблених страхових премій протягом звітного періоду
Коефіцієнт страхового покриття	Чисті страхові резерви : Середній обсяг виплат за останні 3 роки	Характеризує достатність страхових резервів страхової компанії для здійснення страхових виплат
Показник власного утримання ризику	Чисті страхові премії : Загальна сума отриманих премій	Показує, яку частку ризиків страхова компанія залишає на власному утриманні
Показник участі перестраховиків у страхових рез-х	Частка перестраховиків у страхових резервах : Величина страхових резервів	Відображає здатність страхової компанії виконувати зобов'язання залежно від надійності та стійкості перестраховиків
3.3. Показники якості управління страховою компанією		
Частка страхових платежів, що припадають на одного працівника	Загальна сума страхових платежів : Кількість працівників	Показує ефективність здійснення операцій зі страхування
Частка активів, що припадають на одного працівника	Загальна сума активів : Кількість працівників	
3.4. Показники чутливості до ринкового ризику		
Показник зміни балансової вартості активів	Ринкова вартість активів : Балансова вартість активів	Показує зміну вартості активів страхової компанії та оцінює нараженість на ринкові зміни
Показник валютного ризику	Чиста відкрита валютна позиція : Капітал	Характеризує неузгодженість між валютами активів і пасивів та оцінює нараженість на валютний ризик
Показник процентного ризику	Дюрація активів і пасивів	Характеризує неузгодженість за строками активів і пасивів та оцінює нараженість на процентний ризик

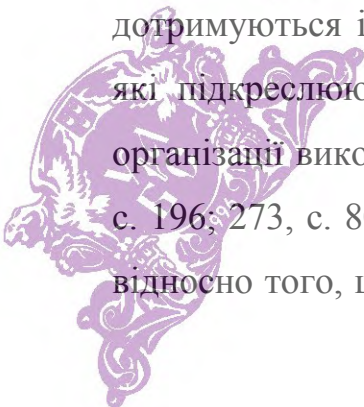
В разі, якщо страхова компанія виявляється неспроможною виконувати взяті на себе зобов'язання щодо виплат страхувальникам, це нищить саму ідею страхування як засобу захисту від фінансових втрат. У зв'язку з цим, дотримання платоспроможності страховими компаніями задля забезпечення їх фінансової стійкості повинно розглядатися як головна мета регулювання їх діяльності [198, с. 227]. Адже втрата фінансової стійкості страховою організацією в результаті неплатоспроможності неминуче призводить до її банкрутства. Саме тому, дослідження питань, пов'язаних із вивченням підходів до забезпечення фінансової стійкості страховиків, у комплексі зі з'ясуванням стану їх платоспроможності нині є надзвичайно актуальною проблемою.

В економічній страховій літературі найбільш часто зустрічаються такі визначення платоспроможності страховика:

- здатність своєчасно та в повному обсязі здійснити страхові виплати [66, с. 46; 144, с. 93; 424, с. 415];
- здатність виконувати всі свої страхові зобов'язання [56, с. 221; 81, с. 103; 142, с. 23; 254, с. 31; 399, с. 140] або ще конкретніше – здатність виконувати свої зобов'язання в будь-який момент часу [271, с. 185; 279, с. 479];
- здатність суб'єкта господарювання до своєчасного виконання грошових зобов'язань, що обумовлені законом або договором [179, с. 38; 196, с. 4; 245, с. 382];
- здатність виконувати існуючі страхові зобов'язання перед клієнтами виходячи із наявних у страхової компанії активів, з використанням додаткових коштів перестраховиків при розрахунках за ризиками, які передані у перестраховування [151, с. 28; 281, с. 210].

Наведені вище визначення охоплюють лише зобов'язання, які виникають перед страхувальниками, при цьому в них не враховуються інші (крім страхових) зобов'язання, що витікають із фінансово-господарської діяльності страховика. Безперечно, страховик повинен приділяти основну увагу виконанню зобов'язань перед страхувальниками. Однак, не слід забувати і про те, що в зв'язку зі специфікою діяльності у страховика можуть виникати й інші категорії зобов'язань, які можуть суттєво впливати на його платоспроможність.

Саме цей аспект діяльності страхових компаній враховано Д. Хемптоном, який визначає платоспроможність компанії як «здатність покривати усі фінансові зобов'язання, оплачувати усі позови та допомоги по різних страхових полісах, що видані страховою компанією» [396, с. 120]. Аналогічної точки зору дотримуються і Г.А. Насирова, О.Д. Вовчак, О.О. Гаманкова та К.Є. Турбіна, які підкреслюють, що платоспроможність «характеризує здатність страхової організації виконати всі зобов'язання на конкретну звітну дату» [40, с. 318; 46, с. 196; 273, с. 808; 291, с. 259]. Це підтверджує нашу думку, висловлену вище, відносно того, що в умовах ринку страховик повинен приділяти належну увагу



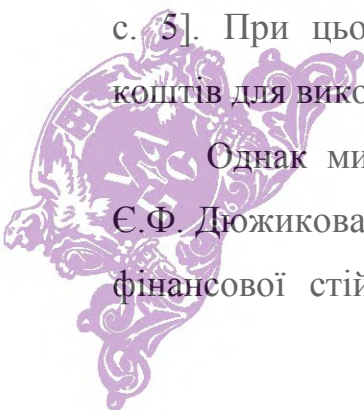
як виконанню страхових, так і виконанню інших зобов'язань, які виникають у страховика в процесі здійснення ним інвестиційної та фінансової діяльності.

Наукові публікації провідних вітчизняних і закордонних вчених в галузі страхування свідчать про часте змішування понять платоспроможність та фінансова стійкість (про що йшлося у підрозділі 1.1). Та, навіть, якщо взяти до уваги лише один часовий критерій можна зробити висновок, що під платоспроможністю необхідно розуміти здатність організації виконувати зобов'язання у певний момент часу. Водночас, поняття «фінансова стійкість» визначає здатність страховика виконувати зобов'язання впродовж певного часу. Отже, платоспроможність є «миттєвим показником», зрізом стану компанії в момент проведення аналізу, і виступає зовнішнім проявом фінансової стійкості страховика на певну дату. Аналогічної думки дотримується ряд науковців [34, с. 187; 60, с. 241].

Менше з тим, заслуговує на увагу підхід Л. Временко та О. Корват [42, с. 61], які, в реаліях сьогодення, розглядають дефініцію «платоспроможність» як синонім поняття «фінансова стійкість». При цьому, вони вважають, що платоспроможність є показником, який характеризує стан страховика не лише на час проведення аналізу його діяльності, але й на майбутнє. Тобто, в даному разі мова йде як про «фактичну», так і про «потенційну можливість розраховуватися за зобов'язаннями» [279, с. 486].

Автори, які не ототожнюють поняття «фінансова стійкість» та «платоспроможність», по-різному визначають співвідношення цих понять. Так, В.О. Сухов, чітко відокремлюючи ці поняття одне від одного, говорить, що «платоспроможність, виступаючи окремим проявом фінансової стійкості, відображає здатність платити за зобов'язаннями у «нормальних» умовах» [283, с. 5]. При цьому, така здатність повинна характеризуватися як наявністю коштів для виконання зобов'язань, так і формою, в якій ці кошти знаходяться.

Однак ми вважаємо більш вірною думку вчених Ю.О. Сплетухова та Є.Ф. Дюжикова, які стверджують, що «платоспроможність є головною ознакою фінансової стійкості страховиків» [263, с. 283] та інших дослідників, які



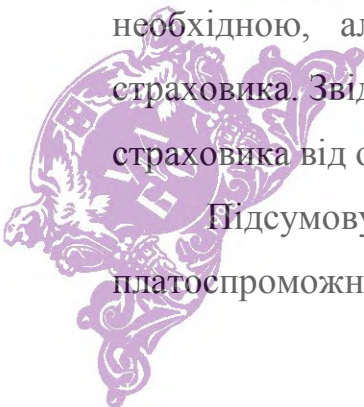
наголошують на тому, що «платоспроможність – важливий показник надійності страхової компанії, її фінансової стійкості» [8, с. 110] або «окремий прояв фінансової стійкості» [260, с. 18].

Поняття «платоспроможність страховика» є характеристикою, яка в умовах ринкового господарювання має глибокий економічний сенс. В найбільш загальному вигляді рівень платоспроможності визначається шляхом зіставлення кількісних параметрів зобов'язань та наявних у розпорядженні страховика ресурсів [326, с. 103]. Виділяють три складові аналізу платоспроможності страховика: 1) аналіз зобов'язань страховика; 2) аналіз ресурсів страховика; 3) співвідношення зобов'язань та ресурсів страховика.

Страхові компанії, визначаючи свої зобов'язання та ресурси, необхідні для забезпечення належного рівня платоспроможності, спираються на теорію ризику. Ризиковість страхових операцій вимагає від страховиків формування додаткових фінансових ресурсів для виконання зобов'язань перед страхувальниками за будь-яких (навіть дуже несприятливих) умов. Достатнім вважається такий обсяг власних вільних коштів страховика, який він може, разом із страховими резервами, використати для виконання своїх зобов'язань. При цьому необхідно враховувати, що зобов'язання страховика можуть бути як зовнішніми, так і внутрішніми [271, с. 184; 280, с. 533; 291, с. 259].

Страхові компанії напрацювали механізм забезпечення гарантій платоспроможності шляхом продукування, за рахунок власних коштів, запасу (маржі) платоспроможності. Таким чином, потреба в страхових резервах є похідною від взяття на страхування страхових ризиків, в той же час потреба в певному запасі платоспроможності викликається ризиками діяльності страховика в ринкових умовах. Отже, належний обсяг капіталу є не лише необхідною, але й достатньою умовою забезпечення платоспроможності страховика. Звідси логічно витікає висновок про залежність платоспроможності страховика від обсягів капіталу, який є в його розпорядженні.

Підсумовуючи зазначене вище, можна констатувати, що платоспроможність – комплексний показник, надзвичайно важливий для

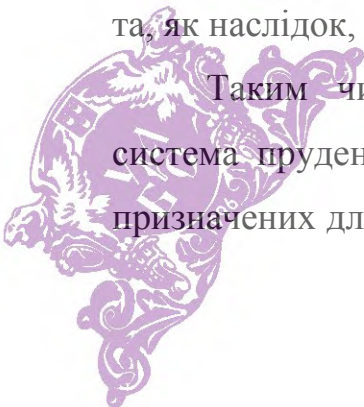


характеристики страхової компанії, оскільки виконання вимог, які висувуються до страховиків, з метою дотримання ними належного рівня платоспроможності, зрештою, забезпечує їх фінансову стійкість. Саме тому, чинне законодавство прямо чи опосередковано регламентує всі інструменти впливу на платоспроможність страхових компаній [326, с. 103].

Отже, платоспроможність страхової організації – це багатофакторне, синтетичне, системне поняття, яке характеризує реально існуюче динамічно рухливе (внаслідок постійного впливу різноманітних зовнішніх та внутрішніх факторів) співвідношення ринкових зобов'язань страховика, в тому числі й не страхових, перед страхувальниками, застрахованими, вигодонабувачами, іншими контрагентами, та наявних для їх покриття (компенсації) ресурсів (активів), які сформовані в достатньому обсязі і ліквідній формі без шкоди для капіталу, що дозволяє страховикові своєчасно та повною мірою виконувати свої зобов'язання.

Слід підкреслити, що необхідність державного контролю за платоспроможністю страховиків визначається державними інститутами практично усіх країн [141, с. 139]. При цьому, базовим елементом державного регулювання та контролю фінансової стійкості страховиків є розрахунок показника маржі платоспроможності [152, с. 18]. Економічний зміст розрахунку маржі платоспроможності полягає у порівнянні зобов'язань страховика за договорами страхування (нормативного показника платоспроможності) та його власного капіталу (фактичного показника платоспроможності). Невідповідність фактичного показника його нормативному значенню (якщо активів страховика недостатньо або вони недоступні в необхідний момент для того, щоб погасити певні зобов'язання), тягне за собою визнання страховика неплатоспроможним та, як наслідок, застосування до нього санкцій.

Таким чином, враховуючи вищенаведене, вважаємо, що ефективна система пруденційного регулювання має складатися з елементів (процедур), призначених для моніторингу та вимірювання великої кількості змінних. Схема



організаційної складової системи пруденційного регулювання діяльності страхових компаній подана на рисунку 3.1.

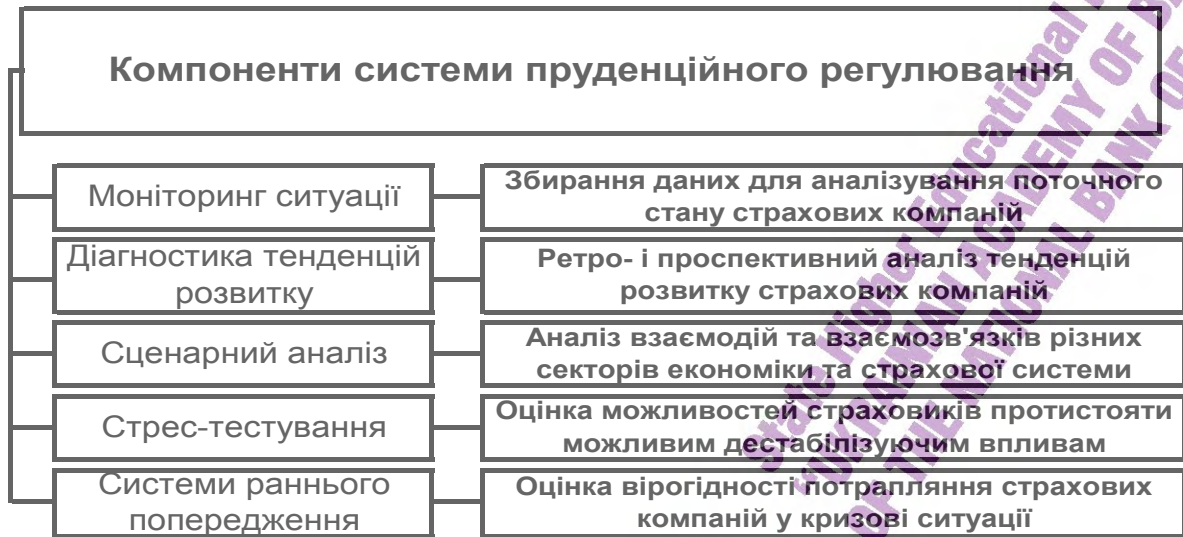


Рис. 3.1. Основні компоненти системи пруденційного регулювання діяльності страховиків

Зупинимося детальніше на окремих компонентах зображеної вище системи пруденційного регулювання діяльності страховиків.

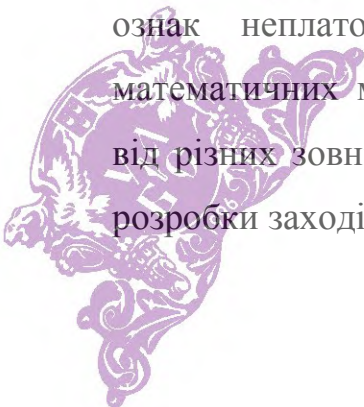
Призначенням компоненту «моніторинг ситуації» є забезпечення перманентного спостереження за станом страхових компаній в поточних макроекономічних умовах, а також систематизація отриманої інформації. Для забезпечення максимальної об'єктивності, необхідно науково обґрунтовано визначити перелік інформативних показників, за якими повинне вестися спостереження. При цьому, ефективність системи пруденційного регулювання буде залежати, переважно, від якості і надійності аналізу, а також від інформації, покладеної в основу оцінки фінансової стійкості.

Призначенням компоненту «діагностика тенденцій» є аналізування і, на підставі цього, виявлення в ретроспективі закономірностей досліджуваних показників та побудова, на базі цих закономірностей, можливих тенденцій розвитку ситуації в перспективі.

Призначенням компоненту «сценарний аналіз» є його використання як ключового інструменту для визначення причинно-наслідкових зв'язків і

факторів зміни досліджуваних показників. Результати сценарного аналізу дозволяють визначити характер та вірогідність взаємодії різних секторів економіки та страхової системи. Розкриття і аналіз цих зв'язків дозволяє оцінити напрям та послідовність розвитку подій на страховому ринку у випадку зміни ситуації в будь-якому з секторів економіки. Більше того, за наявності відповідних математичних і статистичних моделей, можливо одержати оцінку ймовірних часу настання та обсягів наслідків, які виникатимуть в результаті дії дестабілізуючого впливу на певний сектор економіки та, в зв'язку з цим, дані щодо можливого впливу цих наслідків на страхову систему в цілому та на окремі страхові компанії зокрема.

Компонент «стрес-тестування» призначений для аналізування і оцінювання здатності страховиків протидіяти виключним, але вірогідним дестабілізуючим впливам. При цьому, під виключними, але вірогідними дестабілізуючими впливами, як правило, розуміють надзвичайні події, вірогідність настання яких невелика, але, які, в разі настання, можуть викликати надзвичайно масштабні небажані наслідки на ринку і привести до суттєвих втрат у страховиків. Також стрес-тестування може допомогти здійснити розподіл ризиків за пріоритетами. Стрес-тестування поєднує в собі компоненти якісного і кількісного аналізів. Кількісний аналіз має на меті визначення масштабів та послідовності виникнення несприятливих подій і можливої сили їх впливу на різноманітні показники діяльності страховиків. Метою якісного аналізу є оцінка можливостей компаній мінімізувати потенційні втрати і визначити комплекс заходів, котрі необхідно здійснити для зниження рівня ризиків і збереження необхідного рівня стійкості страхових компаній. Як правило, стрес-тестування здійснюється задля раннього виявлення ознак неплатоспроможності страховика, тобто аналізу за допомогою математичних моделей-сценаріїв розвитку його фінансової стійкості залежно від різних зовнішніх впливів та коливань на фінансових ринках, а також для розробки заходів із пом'якшення можливих несприятливих впливів.

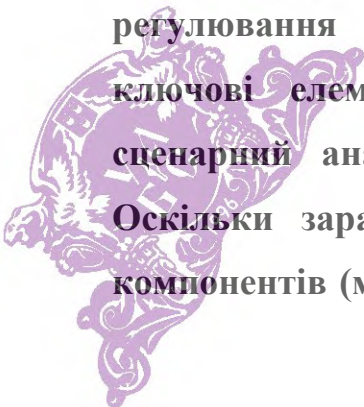


Компонент «система раннього попередження» призначений для оцінювання вірогідності настання кризової ситуації на страховому ринку виходячи з поточної ситуації на ньому, визначення профілю ризиків та вивчення макроекономічних умов, які склалися. Цей компонент також дозволяє виявляти нагромадження кількісних і якісних змін, які можуть привести до негативних наслідків для страхового ринку і окремих страхових компаній.

З 2005 року в Україні впроваджені 1-й та частково 2-й компоненти пруденційної системи регулювання діяльності страхових компаній. Водночас, для ефективного функціонування цієї системи необхідне функціонування всіх її компонентів. В зв'язку з цим, існує потреба у налагодженні ефективної роботи спеціально уповноваженого державного органу (зараз в Україні це Держфінпослуг), за допомогою якого держава спроможна здійснювати, спираючись на положення загального та спеціального законодавства, регулювання та контроль діяльності страхових компаній.

Отже, запровадження системи пруденційного регулювання діяльності страховиків відкриє можливість комплексного розгляду діяльності страхових компаній з урахуванням їх економічного становища, структурних змін та нараженості на ключові ризики. Це дозволить суттєво підвищити та покращити роль регулювання і нагляду для здійснення ефективної регуляторної та наглядової політики.

Таким чином, для забезпечення фінансової стійкості страхових компаній та страхової системи України завданням надзвичайної ваги є формування якісної системи пруденційного регулювання, яка б базувалася на реальній оцінці ризиків діяльності страхових компаній, визначеній з позицій впливу потенційних загроз на їх фінансову стійкість. Пруденційне регулювання діяльності страхових компаній повинне включати такі ключові елементи, як моніторинг ситуації, діагностику тенденцій, сценарний аналіз, стрес-тестування, системи раннього попередження. Оскільки зараз в Україні повноцінно функціонує лише один з цих компонентів (моніторинг ситуації), необхідно сприяти якомога швидшому



впровадженню у повсякденну практику решти компонентів пруденційного регулювання, маючи на меті їх повну інтеграцію для налагодження контролю за дотриманням належного рівня фінансової стійкості як окремих страхових компаній, так і страхової системи України в цілому.

Завдання забезпечення стійкості страхових компаній і страхової системи в цілому є одним із традиційних завдань страхового нагляду. З метою запровадження ефективніших і сучасніших підходів у сфері нагляду за діяльністю, стандартизації процедур аналізування та виявлення ризиків у діяльності страховиків Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України розроблено і запроваджено методику аналізу діяльності страхових компаній [240]. З використанням саме цієї методики впродовж 2004-2007 років аналізувалися звітні дані страхових компаній. Отримані за результатами цього аналізу результати наведені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Узагальнені дані щодо динаміки розподілу страховиків за результатами тестування [242]

Оцінки за результатами тестів раннього попередження	Компанії із загальних видів страхування				
	2004 р.	9 міс. 2005 р.	2006 р.	2007 р.	2007 до 2006, (+,-)
Оцінка «1» - «стійка»	50	36	30	48	18
Оцінка «2» - «задовільна»	221	256	239	235	-4
Оцінка «3» - «гранична»	75	50	56	59	3
Оцінка «4» - «незадовільна»	3	2	2	3	1
Кількість компаній, що тестувалися*	349	344	327	345	18

Примітка. *Для аналізу використовувалися дані страховиків, які працюють на ринку не менше 1 року та повністю надали звітні дані.

Необхідно підкреслити, що за підсумками 2007 року з 43 компаній-лідерів за надходженнями страхових премій з ризикових видів страхування (премії не менше 100 млн. грн., а сумарні премії групи становлять 70,9% всіх премій по ринку) 1 компанія отримала оцінку «стійка», 24 компанії – оцінку «задовільно», 18 компаній – оцінку «гранично». Незадовільну оцінку не отримала жодна із компаній-лідерів (таблиця Ж.1 додатку Ж).

Як негативне явище слід відмітити відсутність інформації щодо розподілу страховиків за результатами тестування за підсумками 2008 та 2009 років. Звичайно, запровадження процедури аналізу діяльності страхових компаній в

практику та оцінювання рівня їх фінансової стійкості за наслідками проведеного аналізу є позитивним явищем. Однак, увагу привертає факт інформаційної закритості, недоступності результатів здійсненого аналізу діяльності щодо конкретних страхових компаній. Результати аналізу фінансової стійкості страхових компаній відомі лише спеціально уповноваженому державному органу нагляду за страховою діяльністю, залишаючись практично недоступними для інших суб'єктів ринку та широкого загалу зацікавлених у цій інформації суб'єктів.

Виходячи з наявної статистичної та аналітичної інформації впродовж 2006-2008 років по страхових компаніях з ризикового страхування, визначили розподіл цих компаній за рівнем їх фінансової стійкості (табл. 3.3). Розрахунки проводили за 11 показниками по 71 страховій компанії. Фактична оцінка кожного показника визначалася шляхом порівняння розрахованого значення показника з відповідною шкалою значень, а вже загальна оцінка формувалася як сума фактичних оцінок по окремих показниках, помножених на відповідні коефіцієнти, а вже загальна оцінка округлювалася до цілого числа (табл. Ж.3-Ж.5 додатку Ж).

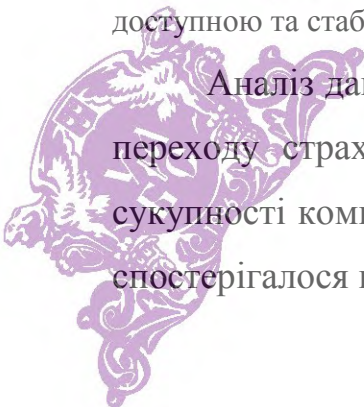
Таблиця 3.3

Вибіркові дані щодо динаміки розподілу страховиків за результатами тестування за 2006-2008 роки

Оцінки за результатами тестів раннього попередження	Компанії із загальних видів страхування, станом на				
	01.01. 2007р	01.01. 2008р	01.01. 2009р	2007 до 2006, (+,-)	2008 до 2007, (+,-)
Оцінка «1» - «стійка»	5	2	2	-3	-
Оцінка «2» - «задовільна»	50	47	46	-3	-1
Оцінка «3» - «гранична»	16	21	20	5	-1
Оцінка «4» - «незадовільна»	-	1	3	1	2
Кількість компаній, що тестувалися*	71	71	71	-	-

Примітка. *Для аналізу використовувалися дані страховиків, стосовно яких була доступною та стабільною статистична інформація.

Аналіз даних, наведених в таблиці 3.3, свідчить про негативну тенденцію переходу страхових компаній з високою оцінкою фінансової стійкості до сукупності компаній із граничною та незадовільною фінансовою стійкістю, що спостерігалось впродовж 2006-2008 років.



До того ж, станом на 01.01.2009 року в групі страховиків із незадовільною фінансовою стійкістю опинилися 3 компанії, і це є найбільшою їх кількістю за аналізований період. Зважаючи на інформаційну закритість вітчизняних страховиків щодо підсумків діяльності за 2009 рік, в таблиці 3.4 визначили розподіл тих компаній за рівнем фінансової стійкості, щодо яких була аналітична інформація впродовж 2006-2009 років. За результатами аналізу станом на 01.01.2010 року кількість компаній з незадовільною фінансовою стійкістю становила 3 компанії з 40 досліджуваних (табл. Ж.3-Ж.6 додатку Ж).

Таблиця 3.4

Вибіркові дані щодо динаміки розподілу страховиків за результатами тестування за 2006-2009 роки

Оцінки за результатами тестів раннього попередження	Компанії із загальних видів страхування, станом на						
	01.01.2007р	01.01.2008р	01.01.2009р	01.01.2010р	2007 до 2006 (+,-)	2008 до 2007 (+,-)	2009 до 2008 (+,-)
Оцінка «1» - «стійка»	1	2	1	1	1	-1	-
Оцінка «2» - «задовільна»	28	24	24	23	-4	-	-1
Оцінка «3» - «гранична»	11	13	14	13	2	1	-1
Оцінка «4» - «незадовільна»	0	1	1	3	1	-	2
Кількість компаній, що тестувалися*	40	40	40	40	-	-	-

Примітка. *Для аналізу використовувалися дані страховиків, стосовно яких була доступною та стабільною статистична інформація.

На законодавчому рівні норми державного регулювання платоспроможності страхових компаній визначені як мінімально допустимі значення. Відповідно до ст. 30 Закону України «Про страхування» фактичний запас платоспроможності (нетто-активи) страховика визначається шляхом вирахування із вартості майна страховика суми нематеріальних активів і загальної суми зобов'язань, у тому числі страхових [88].

Нормативний запас платоспроможності страховика, який здійснює види страхування інші, ніж страхування життя, на будь-яку дату дорівнює більшій із визначених величин (рис. Ж.1 додатку Ж). Отже, маржа платоспроможності для компаній, які надають послуги з ризикових видів страхування, розраховується на підставі двох індексів: індексу премій та індексу виплат, які взаємодоповнюють один одного, оскільки розрахунок на основі індексу премій є точнішим у випадку, коли величина премій адекватна ризику, який

приймається страховиком на своє утримання, а розрахунок на основі індексу виплат – враховує фактичну збитковість, яка може коливатися.

Визначення розміру маржі платоспроможності за ризиковими видами страхування на базі індексу премій має дві переваги, по-перше, простота, а по-друге, швидкість реагування на зростання обсягу бізнесу. Та, поряд з цим, у даного методу є і недоліки, зокрема, розмір зібраних премій може нечітко корелювати з прийнятим на утримання ризиком. Останній може сильно змінюватися залежно від виду страхування, а зменшення розміру премій спричиняє зменшення показника платоспроможності. Саме це спонукало до введення ще одного індексу – індексу, в основі якого покладено обсяги виплат. Як свідчить практика, розрахунок нормативної платоспроможності на основі виплат дає кількісний результат, який вищий, ніж при розрахунку даного показника на основі премій у тому випадку, коли розмір страхових виплат перевищує рівень, що дорівнює 70% страхових премій [399, с. 55].

Страховик вважається платоспроможним, якщо фактичний показник платоспроможності перевищує нормативний (рис. 3.2). Чим більшим є таке перевищення, тим вища платоспроможність страхової компанії. При цьому, нормативний запас платоспроможності відображає той мінімальний розмір власних коштів, який повинна мати страхова компанія з врахуванням прийнятих страхових зобов'язань, а фактичний запас – фактично наявну величину власних вільних коштів.

Враховуючи велике значення страхового бізнесу для підтримання і забезпечення розвитку економіки в Україні, вже на перших кроках її незалежного існування були закладені основи державного регулювання платоспроможності страхових компаній. Так, у 1993 році було прийнято Декрет України «Про страхування» [71], а пізніше (1996 р.) – Закон України «Про страхування» [91], до якого у 2001 році було внесено зміни та доповнення [88].





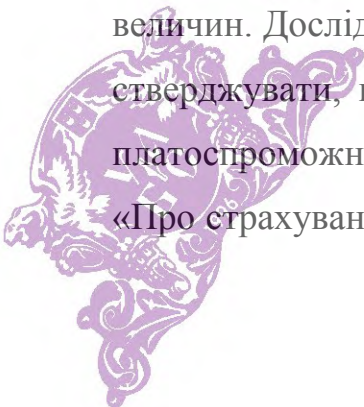
Рис. 3.2. Схема визначення платоспроможності страхових компаній (опрацьоване автором на основі Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування»)

Представимо елементи нормативно-правового регулювання платоспроможності страхових компаній впродовж 1993-2008 років, звівши їх у ретроспективний мережевий графік (табл. Ж.7 додатку Ж).

Елементи системи, представлені в таблиці Ж.7 додатку Ж, покликані забезпечувати платоспроможність страховиків шляхом [350, с. 153]:

- запровадження єдиної методики розрахунку нормативного показника платоспроможності;
- формулювання вимог до обчислення фактичного показника платоспроможності;
- встановлення мінімальної величини статутного капіталу, необхідного для провадження страховиками видів страхування життя та видів страхування, інших, ніж страхування життя;
- упорядкування видів обов'язкових страхових резервів і визначення методів їх формування;
- обмеження інвестиційної діяльності в частині розміщення коштів страхових резервів шляхом встановлення структурних співвідношень дозволених активів;
- спонукання до перестрахової діяльності шляхом встановлення нормативної вимоги максимальної відповідальності страховика за одним ризиком.

Аналіз даних, наведених в таблиці Ж.7 додатку Ж, свідчить про те, що, починаючи з 1993 року спостерігається тенденція до послідовного розширення складу елементів, які законодавець вважає такими, що впливають на платоспроможність страхових компаній, чіткіше визначається якісний зміст цих елементів, кількісно зростають показники встановлених нормативних величин. Досліджуючи страхове законодавство України в ретроспективі, можна стверджувати, що перші суттєві кроки до модифікації визначення показника платоспроможності були зроблені з прийняттям нової редакції Закону України «Про страхування» [88]. Вимоги, встановлені в цій редакції закону, однозначно



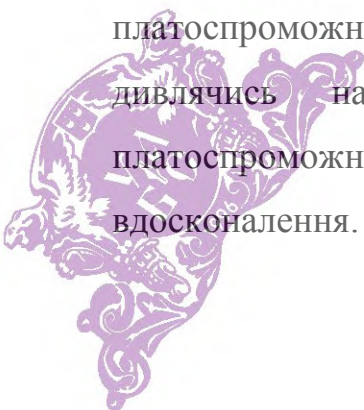
підвищили ймовірність забезпечення платоспроможності страховика (рис. Ж.2 додатку Ж).

Приклади визначення платоспроможності страховика згідно з вимогами попередньої та нової редакцій Закону України «Про страхування» вказують на те, що за однакових показників діяльності страхової компанії вона визнавалася платоспроможною, згідно з редакцією 1996 року [91], якщо фактичний запас її платоспроможності перевищував нормативний у 1,47 рази, а згідно з редакцією 2001 року цей показник вже становив 1,62.

Нова редакція Закону України «Про страхування», залишивши незмінним порядок визначення фактичного запасу платоспроможності, передбачила зменшення, математичним способом, нормативного запасу платоспроможності, за рахунок заміни коефіцієнтів. Порівняння вимог старої та нової редакцій Закону України «Про страхування» дозволяє прослідкувати, яким чином змінювалася методика розрахунку платоспроможності страхових компаній (рис. Ж.3 додатку Ж). Такий аналіз дає можливість стверджувати, що нова редакція цього закону – це крок назустріч страховикам, який забезпечує вигідніші умови їх існування на українському ринку.

Водночас, реалії сьогодення (розвиток кризових явищ) та вступ України до СОТ зумовлюють необхідність забезпечення більш коректного підходу до визначення платоспроможності вітчизняних страхових компаній.

Розгляд та вивчення розвитку нормативно-правового забезпечення системи державного регулювання платоспроможності страховиків, аналіз причин, які спричиняють їх неплатоспроможність, дозволяє зробити висновок щодо необхідності періодичного перегляду вимог, які висуваються до платоспроможності страхових компаній. Існуюча система визначення платоспроможності страховиків зазнала істотних позитивних змін, але, не дивлячись на значний перелік заходів державного регулювання платоспроможності страхових компаній, вона потребує подальшого вдосконалення.



Почнемо з недоліків вітчизняної моделі державного регулювання платоспроможності:

- застосування санкцій до страховиків передбачається лише у випадку, якщо фактична платоспроможність менша від нормативної, що не дозволяє приймати ефективні та своєчасні рішення із попередження їх неплатоспроможності;

- при визначенні нормативної платоспроможності враховується переважно страховий ризик, натомість інші види ризиків, на які наражається страхова компанія в процесі своєї діяльності, враховуються слабо або взагалі не враховані.

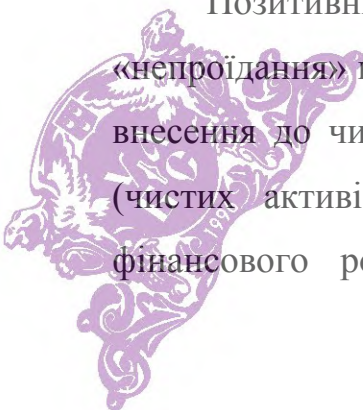
Окрім цього, чинним законодавством України не встановлено нормативного співвідношення власних коштів та зобов'язань страхової компанії (межі платоспроможності), виключенням є лише одна з вимог до провадження діяльності з обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів, за якою страхова компанія повинна на будь-яку дату повинна мати перевищення фактичного запасу платоспроможності над нормативним не менше ніж на 25% [148].

У зарубіжній страховій практиці використовується показник рівня достатності покриття власними коштами (Capital Adequacy Ratio або CAR), який має рекомендовані параметри оцінювання та розраховується наступним чином [60, с. 240; 84, с. 85]:

$$CAR = \frac{F - N}{N} \cdot 100\%, \quad (3.1)$$

де F – фактичний рівень платоспроможності; N – нормативний рівень платоспроможності.

Позитивним моментом щодо стимулювання страхових компаній до «непроїдання» власних коштів та підвищення вимог до їх платоспроможності є внесення до чинного законодавства умови про те, що вартість нетто-активів (чистих активів) страховика на будь-яку дату після закінчення другого фінансового року з дати внесення страховика до Державного реєстру

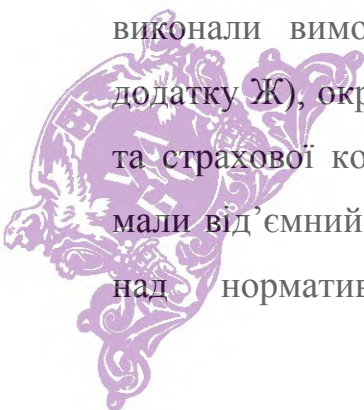


фінансових установ має бути не меншою зареєстрованого розміру статутного капіталу страховика [97].

Отже, впроваджується новий норматив контролю фактичної платоспроможності страховиків, який вводиться в дію, починаючи з 2010 року. При цьому, якщо нетто-активи страховика виявляться меншими за розмір його статутного капіталу, така компанія повинна буде зменшити розмір останнього, але не нижче мінімальної величини, визначеної ст. 30 Закону України «Про страхування» [88]. В іншому випадку страхова компанія підлягатиме ліквідації.

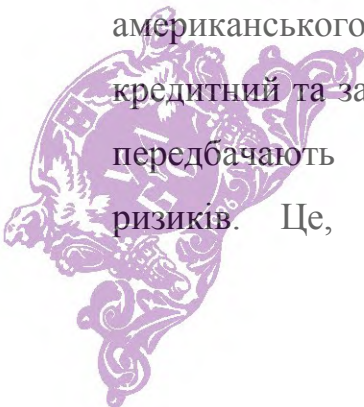
Для предметного розгляду питання платоспроможності страхових компаній України, в умовах дії останньої редакції Закону України «Про страхування», проаналізуємо показники платоспроможності деяких з них. Опрацювання річної звітності ряду українських страхових компаній, які надають послуги з ризикових видів страхування, дало нам можливість розрахувати показники платоспроможності страховиків упродовж 2006-2009 років (кількість компаній, дані яких піддавалися аналізу змінювалася як у зв'язку з відсутністю для деяких з них щорічного оновлення інформації про результати їх діяльності, так і через появу інформації щодо страховиків, відносно яких вона була до цього недоступною). До вибірки страхових компаній, діяльність яких аналізувалася, входили як найбільш потужні, так і середні та малі компанії. Розрахунки засвідчили, що аналізовані компанії мають достатній рівень платоспроможності. При цьому, за результатами досліджень встановлена значна «строкатість» значень показника перевищення фактичної платоспроможності над нормативною.

Відповідно до існуючих законодавчих реалій сьогодення всі страхові компанії, діяльність яких піддавалася аналізу впродовж 2006-2009 років виконали вимоги щодо забезпечення платоспроможності (табл. Ж.8-Ж.12 додатку Ж), окрім страхової компанії «ПЗУ Україна» (станом на 01.01.2007 р.) та страхової компанії «Страхова група «ТАС» (станом на 01.01.2010 р.), які мали від'ємний результат перевищення фактичного запасу платоспроможності над нормативним. При цьому, відносно перевищення фактичної



платоспроможності вітчизняних страховиків над їх нормативною платоспроможністю коливалося в значних межах. Виникає закономірне запитання: чим зумовлений такий розмах коливань значення показника перевищення фактичної платоспроможності над нормативною для всієї вибірки страхових компаній, діяльність яких аналізувалася. Виходячи з математичного змісту формул для визначення платоспроможності (рис. Ж.1 додатку Ж), очевидним є те, що показник платоспроможності, в першу чергу, залежить від величини загального капіталу страховика. Враховуючи, що статутний капітал має найбільшу питому вагу в загальному капіталі страховиків, приходимо до висновку, що компанії з високим показником платоспроможності використовували статутний капітал неповною мірою, що викликало явне «недовантаження» таких компаній страховими договорами. Це свідчить про те, що українські страховики можуть нести набагато більший обсяг страхової відповідальності та значною мірою демонструє, перевагу пропозиції над попитом на страховому ринку України. Виходячи з цього, вітчизняним страховим компаніям доцільно зосередитися на роботі в напрямках розширення страхового поля та збільшення кількості страхових договорів.

Однак, необхідно враховувати, що величина платоспроможності страховика залежить від законодавчо визначених підходів до обчислення її нормативного значення. Враховуючи недосконалість українського законодавства, у цьому питанні, висока платоспроможність вітчизняних страховиків фактично є уявною, а її значення значно завищеними. Це видно хоча б з того, що вимоги до визначення нормативної платоспроможності, наприклад в США, набагато жорсткіші порівняно з українськими. Так, наприклад, при визначенні нормативного значення платоспроможності американського страховика враховується не лише страховий, а й інвестиційний, кредитний та загальний підприємницький ризики, тоді як українські стандарти передбачають врахування лише страхового та, частково перестрахового ризиків. Це, звичайно, спричиняє зниження вимог до нормативної



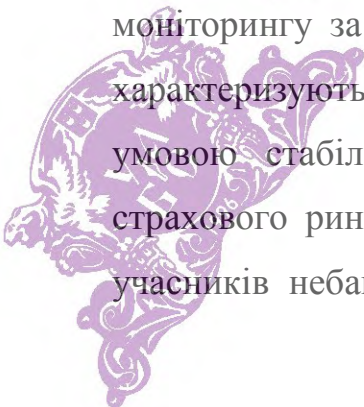
платоспроможності українських страховиків і, відповідно, при обчисленні загального показника платоспроможності, дає високі його значення.

Результати розрахунків показника платоспроможності страхових компаній згруповані у таблиці Ж.13 додатку Ж, в якій наведено узагальнені результати розрахунків щодо страхових компаній, відносно яких була статистична інформація щодо всіх часових перерізів впродовж 2006-2008 років та 2009 року. Крім того, для глибшого розуміння тенденцій діяльності страховиків в таблиці Ж.13 додатку Ж також наведено показники ділової активності цих же компаній.

Аналіз даних, наведених в таблиці Ж.13 додатку Ж, свідчить про те, що чим нижчим є коефіцієнт перевищення фактичної платоспроможності над нормативною, тим ефективніше використовують страхові компанії фінансовий капітал, який знаходиться в їх розпорядженні. Ефективність діяльності таких компаній підтверджується високими коефіцієнтами їх ділової активності. В цілому страхові компанії, діяльність яких аналізувалася, характеризуються надзвичайно високими показниками платоспроможності та дуже низькими коефіцієнтами ділової активності.

Дані дослідження платоспроможності українських страхових компаній дозволяють зробити наступні висновки:

- вітчизняна система оцінки платоспроможності страховиків дозволяє визначати проблемні страхові компанії, водночас вона не є ефективною. Суттєвою рисою цієї системи повинне бути запровадження режиму щоденної звітності страховиків перед Держфінпослуг України. Адже аналіз щорічної та щоквартальної звітності є фрагментарним, він не дозволяє визначати фінансовий стан страховиків надійно та повно. Саме тому, налагодження моніторингу за станом страхових компаній з використанням показників, які характеризують платоспроможність компаній в реальному часі, є необхідною умовою стабілізації та подальшого поступального розвитку українського страхового ринку. Фінансування даної програми має відбуватися за рахунок учасників небанківських фінансових ринків. Отримана в рамках щоденного

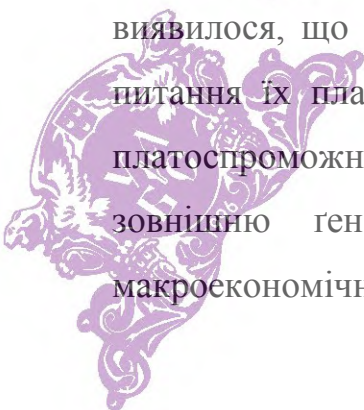


моніторингу інформація служитиме рекламою для успішних компаній та стимулюватиме страхувальників до укладення договорів із фінансово стійкими компаніями;

- страхові компанії здебільшого мають високі показники платоспроможності (за результатами проведеного аналізу), тобто є стійкими у фінансовому відношенні. До того ж результати дослідження платоспроможності вітчизняних страхових компаній, свідчать про значний розмах коливань значень перевищення фактичного показника платоспроможності над нормативним;

- високі показники платоспроможності українських страховиків свідчать про невисоку ефективність використання ними капіталу та про можливість значного збільшення кількості договорів та обсягів страхової відповідальності. Звичайно ж збільшення страхових премій призводить до зростання обсягів страхових резервів та зумовлює зростання обсягів зобов'язань, що, при незмінних власних коштах страховика, означає погіршення його платоспроможності. При цьому, необхідно відмітити, що платоспроможності, як явищу, властиве протиріччя: погіршення платоспроможності сьогодні через зростання доходу в майбутньому призведе до зростання власного капіталу, що дозволить страховикові вийти на новий рівень зобов'язань [196, с. 21]. Отже, необхідність нарощування страхових премій – це нагальна умова сьогодення, що сприятиме зміцненню становища страхових компаній на страховому ринку та подальшому їх позитивному розвитку.

Водночас, слід зазначити, що не дивлячись на теоретично високий рівень платоспроможності вітчизняних страхових компаній, на початку 2009 року виявилось, що головна проблема, з якою зіткнулися вітчизняні страховики – питання їх платоспроможності. Це було зумовлено негативним впливом на платоспроможність страхових компаній ряду факторів, більшість з яких мали зовнішню генезу і були пов'язаними, насамперед, із погіршенням макроекономічної ситуації в умовах глобальної економічної кризи. Разом з тим,



загострилися і внутрішні проблеми вітчизняного страхового сектору, серед яких, на нашу думку, головними були такі:

- недосконалість оцінки активів страховиків, тобто активи страхових компаній часто є роздутими, а їх вартість, декларована у звітності, відрізняється від реальної в десятки та сотні разів;

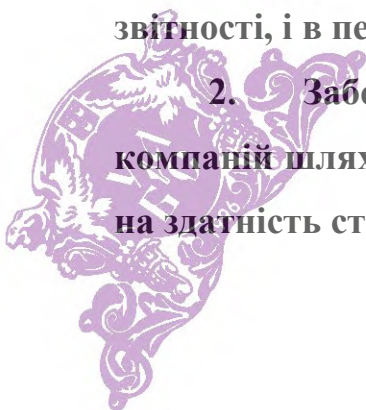
- діючі в Україні підходи до оцінки платоспроможності вітчизняних страхових компаній не повною мірою враховують всі ризики, властиві діяльності страховиків, і, в разі застосування методик оцінки платоспроможності, прийнятих в економічно розвинених країнах, їх результати значно відрізнятимуться від отриманих із застосуванням вітчизняної методики.

Водночас, говорячи про недосконалість оцінки активів страховиків, можна сподіватися на покращення стану в цій сфері, що обумовлюватиметься набранням чинності з 01.01.2010 року нових вимог до показників якості активів, якими представлені страхові резерви [222]. Запроваджені вимоги сприяють реалізації жорсткішого підходу до оцінки фактичної платоспроможності страхових компаній, зокрема і щодо дотримання ними нормативу достатності активів, під яким розуміється сума прийнятних активів, що відповідають критеріям якості та нормативам диверсифікованості.

Викладене вище дає підстави стверджувати, що сучасна вітчизняна система оцінки платоспроможності страховиків не дозволяє отримувати повною мірою об'єктивні дані про страховиків, і, відповідно, має суттєві недоліки. Саме тому, на часі удосконалення існуючих підходів до визначення маржі платоспроможності страховиків, що, на нашу думку, полягає в:

- 1. Поступовому переході на міжнародні стандарти фінансової звітності, і в першу чергу, в галузі оцінки активів.**

- 2. Забезпеченні адекватної оцінки платоспроможності страхових компаній шляхом врахування комплексу ризиків, реалізація яких впливає на здатність страховика здійснити страхові виплати.**

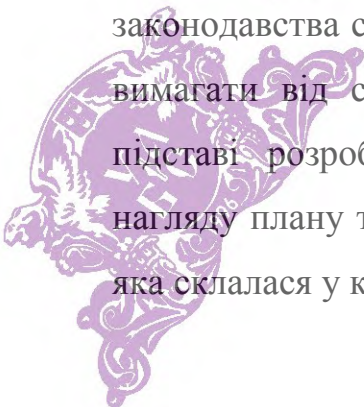


3. Запровадженні ступеневого контролю рівня платоспроможності страхових компаній. Перевагою застосування ступеневого контролю за рівнем платоспроможності страховиків є те, що за різних значень встановлених індикаторів платоспроможності пропонується здійснювати різні обсяги перевірок, а втручання органу страхового нагляду та проведення наступних за таким втручанням коригувальних і/або обмежувальних дій щодо страховика пропонується здійснювати лише за певних критичних значень індикаторів платоспроможності.

З урахуванням викладеного вище, в якості першого кроку з регулювання та нагляду за платоспроможністю страховиків **пропонуємо запровадити в якості обов'язкових індикаторів для всіх страхових компаній, які надають послуги із ризикового страхування, такі показники [359, с. 108]:**

- **«мінімальний рівень платоспроможності»**, який визначає мінімальний рівень достатності покриття власними коштами зобов'язань і визначається як перевищення фактичної платоспроможності над нормативною в межах від 0 до 12,5% включно. Якщо рівень платоспроможності страховика нижче за 12,5%, то чинним законодавством, для стабілізації стану страхової компанії та її оздоровлення, має бути передбачене безумовне втручання органу страхового нагляду в діяльність страховика;

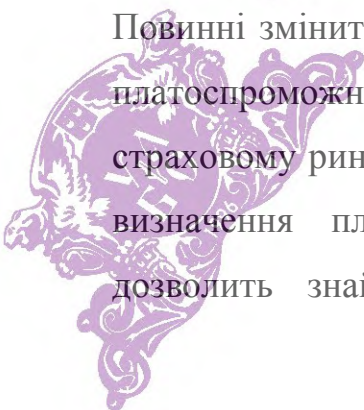
- **«контрольний рівень платоспроможності»**, який визначається як перевищення значення фактичного показника платоспроможності над нормативним на рівні від 12,5 до 25% включно і діє як індикатор для попереджувальних дій наглядових органів до того як проблеми стали серйозною загрозою для платоспроможності страховика. В разі, якщо цей показник у страховика матиме значення нижче за 25%, то в рамках законодавства слід передбачити право втручання органу страхового нагляду та вимагати від страхової компанії проведення певних коригувальних дій на підставі розробленого страховиком і погодженого з органом страхового нагляду плану таких дій. Глибина такого втручання має залежати від ситуації, яка склалася у конкретного страховика.



При цьому, заходи впливу на страховиків, які порушили вимоги щодо забезпечення належного рівня платоспроможності, можуть бути тотожними тим, які застосовуються за кордоном [370, с. 31]. На нашу думку, органи страхового нагляду в галузі здійснення коригуючої діяльності, спрямованої на підтримання поточної платоспроможності страховика та зміцнення його фінансової стійкості, повинні мати право вимагати: примусової передачі частини страхового портфеля іншому страховику; скорочення страхових операцій за певними видами страхування; зміни перестрахової політики та розширення практики перестраховування зобов'язань страховика; підвищення статутного капіталу страховика; скорочення кредиторської заборгованості; зміни напрямів інвестування коштів, що покривають страхові резерви тощо.

На нашу думку, необхідною умовою діяльності кожного страховика, за якої він визнається фінансово стійким, є підтримання платоспроможності на мінімальному рівні. Водночас контрольний рівень платоспроможності повинен бути встановлений на достатньо високому рівні, порівняно з мінімальним, з метою втручання уповноваженого органу в діяльність страховика вже на ранній стадії виникнення у нього труднощів з тим, щоб забезпечити реальні можливості виправлення його стану. При цьому, обґрунтованість значення контрольного рівня платоспроможності повинна бути перевірена з урахуванням природи коригуючих заходів. Попереджувальні коригуючі заходи можуть мати конфіденційний характер для того, щоб не наражати на ризик репутацію страховика і, таким чином, уникати додаткового ускладнення ситуації.

Події, що зараз відбуваються в Україні, неминуче викличуть зміни в державі, звичайно це відобразиться і на сфері страхування. Зокрема, курс до євроінтеграції зумовлюватиме необхідність змін в страховому законодавстві. Повинні змінитися підходи до регулювання страхової діяльності та вимоги до платоспроможності страхових компаній, які діятимуть на вітчизняному страховому ринку. Тому, очевидною є необхідність дослідження особливостей визначення платоспроможності страховиків у розвинених країнах. Це дозволить знайти та систематизувати відмінності між українською та



зарубіжною практиками визначення платоспроможності страховиків та пришвидшити усунення суперечностей, які існують між ними, задля запровадження європейських стандартів у сфері діяльності українських страхових компаній.

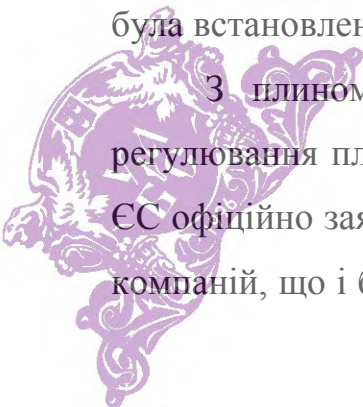
3.2. Модернізація оцінки платоспроможності страхових компаній у світлі Solvency II

Контроль і регулювання платоспроможності страхових компаній є одним з важливих аспектів діяльності органів нагляду в країнах Європейського Союзу (ЄС). Вільне переміщення капіталу з метою відкриття дочірніх підприємств, представництв в межах Європейського Союзу (ЄС) обумовили необхідність створення єдиної системи контролю платоспроможності в межах співтовариства. При цьому, «правила платоспроможності» – це характерний вираз європейської регламентації, їм повинні підпорядковуватися усі страхові компанії ЄС» [273, с. 815].

Вивчення європейських стандартів визначення платоспроможності дозволяє намітити шляхи подальшого розвитку та гармонізації вітчизняного законодавства з європейським. Існуючі на сьогодні вимоги до маржі платоспроможності в ЄС були запроваджені, починаючи з 1970-х років. Саме тому, вивчення досвіду ЄС може бути корисним для нашої країни та спроможне вказати можливі шляхи удосконалення існуючої вітчизняної методики розрахунку маржі платоспроможності.

В ЄС методика розрахунку маржі платоспроможності для страховиків, які спеціалізуються на проведенні страхування, іншого, ніж страхування життя, була встановлена Директивою 73/239/ЄЕС від 24 липня 1973 р. [213].

З плином часу в ЄС виникла необхідність реформування системи регулювання платоспроможності страховиків. Так, у жовтні 2000 року Комісія ЄС офіційно заявила про зміну розмірів гарантій платоспроможності страхових компаній, що і було реалізовано в проектах директив, підготовлених нею. Одна



з цих директив стосувалася компаній, які займаються страхуванням іншим, ніж страхування життя (Директива 2002/13/ЄС).

Прийняття цієї Директиви розпочало перший етап (Solvency I) перегляду європейської системи регулювання платоспроможності страхових компаній, які надають послуги з ризикових видів страхування. Необхідно відмітити, що модернізація вимог до платоспроможності відбувалася не лише через певні еволюційні зміни на страховому ринку ЄС, а, перш за все, була викликана тим, що впродовж з 1978 року по 1994 рік у страхуванні іншому, ніж страхування життя, 648 страхових і перестрахових компаній світу стали неплатоспроможними. Більше того, тенденція до зростання числа неплатоспроможних страховиків ставала все більш чіткою. Лише у 1992 році було зареєстровано понад 80 випадків банкрутств страхових компаній. Вивчаючи описане вище явище, експерти ЄС встановили, що ризик неплатоспроможності був тим вищим, чим слабше регулювався ринок. Було виявлено, що в країнах із жорсткою регламентацією діяльності страховиків, як наприклад у Швеції, в указаний період не було зареєстровано жодного банкрутства страховиків [130, с. 39].

При запровадженні Solvency I основний принцип системи визначення платоспроможності страховика залишився незмінним: страховик, крім технічних резервів, які сформовані у розмірі, достатньому для виконання страхових зобов'язань, повинен мати також додатковий резерв, відомий як маржа платоспроможності.

Зупинимося детальніше на європейській практиці визначення платоспроможності страхових компаній, які надають послуги зі страхування іншого, ніж страхування життя.

В якості нормативної платоспроможності (P_n) в страхуванні іншому, ніж страхування життя, в Європі (як і в Україні) приймається найбільша з двох величин, розрахованих на основі показника премій (P_{np}) та показника виплат

$$(P_g): \quad P_n = \max \{ P_{np}; P_g \}$$



$$P_{np} = 0,18(0,16) \cdot C\Pi_{np} \cdot \frac{CB - CB_n}{CB}, \quad (3.2)$$

де $C\Pi_{np}$ – загальна сума страхових премій, млн. євро; CB – загальна сума страхових виплат, млн. євро; CB_n – страхові виплати, компенсовані перестраховиками протягом останнього року, млн. євро.

При цьому повинна виконуватися умова $\max\left(\frac{CB - CB_n}{CB}, 0,5\right)$.

Ставка 18% в P_{np} використовується, якщо премія складає менше 50 млн. євро, ставка 16% – якщо премія перевищує 50 млн. євро (до введення в дію Директиви 2002/13/ЕС межа була на рівні 10 млн. ЕКЮ). Підвищення значення межі, після якої змінюється розмір ставки було викликано, насамперед, впливом інфляції. Встановлення різного рівня ставок зумовлюється тим, що ставка у 18% відображає необхідний рівень гарантій, який склався на європейському страховому ринку, зниження ставки до 16% розглядається як пільга для крупних, а отже більш стійких у фінансовому відношенні страховиків. При розрахунку нормативної платоспроможності методом премій періодом спостереження, як правило, є рік.

Розрахунок нормативної платоспроможності методом виплат здійснюється за формулою:

$$P_g = 0,26(0,23) \cdot CB' \cdot \frac{CB - CB_n}{CB}, \quad (3.3)$$

де CB' – сума середньорічних виплат по страхових випадках, що відбулися за період спостереження, млн. євро; CB – сума виплат за наслідками страхових випадків, що відбулися протягом остатнього року, млн. євро; CB_n – страхові виплати, компенсовані перестраховиками протягом останнього року, млн. євро.

Ставка в 26% в P_g використовується, якщо виплати менше 35 млн. євро на рік, а 23% – якщо виплати більші 35 млн. євро на рік (до введення в дію нової Директиви межа була встановлена на рівні 7 млн. ЕКЮ). При розрахунку нормативної платоспроможності методом виплат період спостереження складає



середнє значення за останні три роки (для страхування кредитів і природних ризиків – 7 років). Застосування періоду спостереження тривалішого (порівняно із методом премій) пояснюється випадковою природою страхових виплат і, відповідно, випадковим характером їх обсягів.

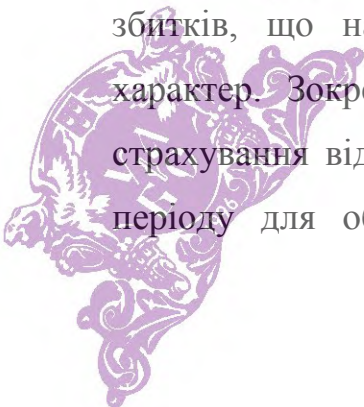
Основні концептуальні новели Директиви 2002/13/ЄС від 05.03.2002р:

- запроваджено вимоги щодо щорічного перегляду значень окремих показників залежно від зміни Європейського індексу споживчих цін, зокрема, розмір мінімального гарантійного фонду має щорічно переглядатися Європейською комісією. Розмір мінімального гарантійного фонду не підлягає перерахуванню тоді, коли індекс споживчих цін зростає менше ніж на 5%;

- відбулася подальша деталізація та упорядкування видів активів, які враховуються при розрахунку резерву фактичної платоспроможності. Зокрема, передбачено, що активи, які входять до складу фактичного запасу платоспроможності поділяються на три групи: найбільш надійні активи (включаються до фактичного запасу платоспроможності без обмежень), менш надійні активи (включаються до складу нетто-активів з деякими обмеженнями) та активи, які можуть бути включені до складу нетто-активів лише з дозволу органів страхового нагляду;

- здійснено диференціацію порядку розрахунку нормативної маржі платоспроможності за укрупненими видами страхування. Зокрема, для страхування цивільної відповідальності при перевезенні повітряним, морським, річковим транспортом, а також для страхування загальної відповідальності, страхові премії та виплати при розрахунку зростають на 50%;

- передбачене подовження розрахункового періоду для обчислення індексу виплат за видами страхування, які призначені для відшкодування збитків, що настають не періодично та можуть мати катастрофічний характер. Зокрема, по таких видах страхування, як страхування кредиту, страхування від буревіїв, градобою та вимерзання тривалість розрахункового періоду для обчислення індексу виплат складає 7 років на відміну від



розрахункового періоду в 3 роки, який встановлюється для інших видів страхування;

- сформовано спеціальний порядок визначення маржі платоспроможності у разі суттєвого скорочення обсягів страхового бізнесу у звітному році порівняно з попереднім роком. Так, якщо P_n , розрахована за звітний рік, менше, ніж P_n за минулий рік (P_{nm}), то в якості P_n приймається P_{nm} , помножена на відношення величини резерву заявлених, але не врегульованих збитків на кінець минулого року до резерву на початок минулого року. При цьому, значення обсягів резервів використовують в розрахунках без врахування частки перестраховика і дане співвідношення не може перевищувати 1;

- збільшено розмір мінімального гарантійного фонду для різних видів ризикового страхування (рис. Ж.4 додатку Ж), зумовлене як впливом інфляційних процесів (адже попередня Директива ЄС була прийнята у 1973 р.), так і зростанням ризиків, що приймаються на страхування;

- органи страхового нагляду наділено повноваженнями втручатися у справи страхових компаній на ранній стадії погіршення їх платоспроможності.

Особливістю оцінки платоспроможності страховиків, які надають послуги із ризикових видів страхування відповідно до законодавства ЄС, є співставлення фактичної платоспроможності (P_f) з такими величинами: нормативною платоспроможністю (P_n), мінімальним гарантійним фондом ($ГФ_{\min}$) та нормативним гарантійним фондом ($ГФ_{norm}$). При цьому, величина нормативного гарантійного фонду дорівнює $1/3$ нормативної платоспроможності.

Алгоритм оцінки платоспроможності страховиків, які надають послуги з ризикового страхування наведено на рисунку 3.3.

В таблиці 3.5 здійснено порівняльний аналіз систем державного регулювання платоспроможності страхових компаній у країнах ЄС, США, Росії та Україні.



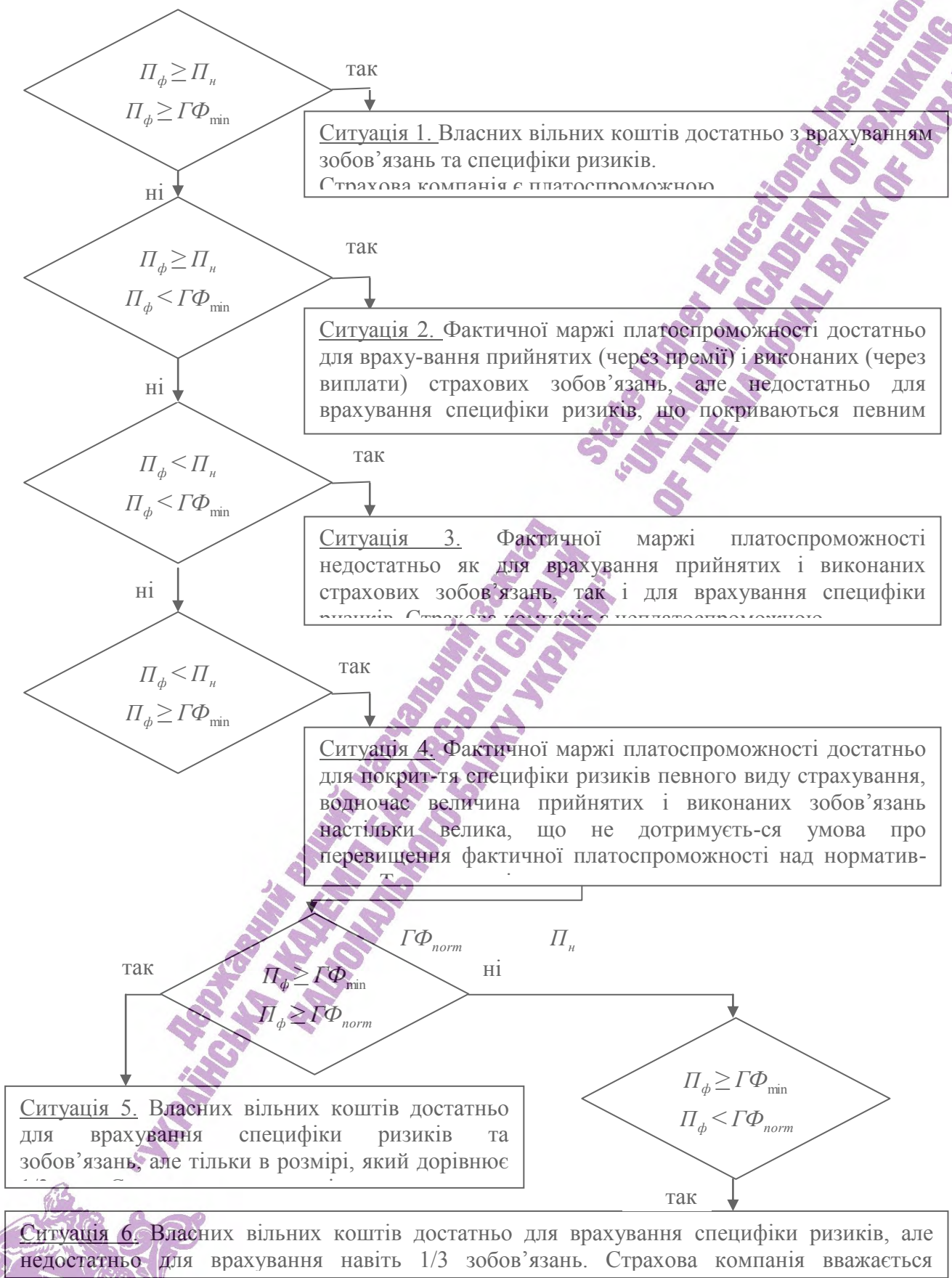
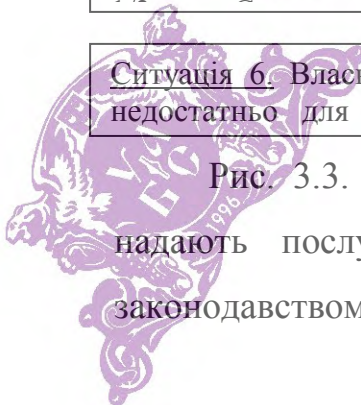


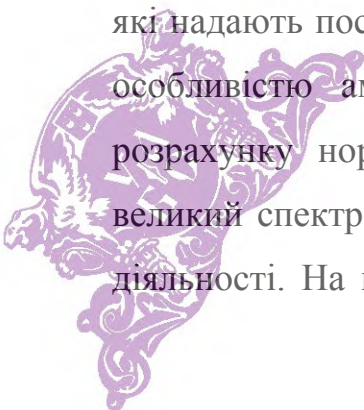
Рис. 3.3. Алгоритм оцінки платоспроможності страхових компаній, які надають послуги із ризикових видів страхування згідно з страховим законодавством ЄС



Порівняння систем державного регулювання платоспроможності
страховиків

Категорія ризику	ЄС	США	Росія	Україна
Страховий технічний ризик	Враховується в нормативі через: - показник страхових резервів – в страхуванні життя; - показник премій або виплат – в страхуванні іншому, ніж страхування життя	Враховується в нормативі через: - охоплення ризику недостатності премії; - охоплення ризику недостатності страхових резервів; - знижку для диверсифікованого портфеля; - надбавку для швидкого росту	Враховується в нормативі через: - показник страхових резервів – в страхуванні життя; - показник премій або виплат – в страхуванні іншому, ніж страхування життя	Враховується в нормативі через: - показник страхових резервів – в страхуванні життя; - показник премій або виплат – в страхуванні іншому, ніж страхування життя
Інвестиційний ризик	Враховується тільки при розрахунку нормативу в страхуванні життя. Враховується через обмеження вкладень шляхом приписів дозволених видів вкладень для страхових резервів	Враховується в нормативі шляхом перемноження різних категорій вкладень із відповідними ризиковими факторами	Враховується через обмеження вкладень шляхом приписів щодо дозволених видів вкладень для страхових резервів	Враховується через обмеження вкладень шляхом приписів щодо дозволених видів вкладень для страхових резервів
Кредитний ризик	Частково враховується в нормативі через введення поправочного коефіцієнта	Враховується в нормативі. Враховується через встановлення вимог до перестраховика та інших дебіторів	Частково враховується в нормативі через введення поправочного коефіцієнта	Частково враховується в нормативі з ризикового страхування шляхом введення коригуючого коефіцієнту
Загальний підприємницький ризик	Не враховується	Враховується в нормативі страхування життя	Не враховується	Не враховується

Порівняння систем регулювання платоспроможності страхових компаній, які надають послуги з ризикових видів страхування, свідчить, що характерною особливістю американської моделі є використання комплексної формули розрахунку нормативного показника платоспроможності, в якій враховано великий спектр ризиків, на які наражається страхова компанія в процесі своєї діяльності. На відміну від американського досвіду, де у формулу розрахунку



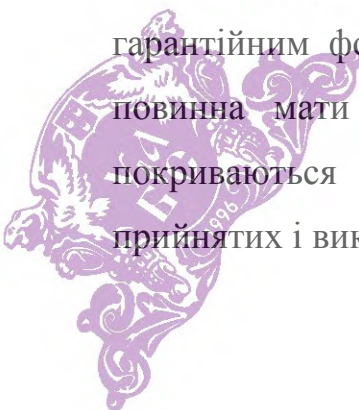
P_n включаються страховий технічний ризик, інвестиційний ризик, кредитний ризик та загальний підприємницький ризик, в ЄС, Росії та Україні P_n включає лише страховий технічний ризик, інвестиційний ризик в страхуванні іншому, ніж страхування життя, обмежується визначенням дозволених форм вкладень, а ризик перестрашування – враховується частково.

В ряді країн (США, Канада, Австралія) для контролю за платоспроможністю страховиків органами нагляду застосовуються системи, які побудовані на врахуванні ризиків, з якими страхова компанія зіштовхується в процесі своєї діяльності. Відмінності між країнами пов'язані, переважно, з різними переліками ризиків і методами їх розрахунку, які враховуються органами страхового нагляду цих країн при контролі платоспроможності страховиків.

Таким чином, розгляд практики США та ЄС свідчить, що модель платоспроможності, яка діє в Україні, в основному співпадає з моделлю ЄС. Зупинимося детальніше на порівняльній характеристиці європейської та української методик оцінки платоспроможності страхових компаній, які надають послуги із ризикових видів страхування.

І методика ЄС, і українська методика платоспроможності базуються на оцінці достатності власних вільних коштів компанії для погашення можливого негативного впливу технічних ризиків страховика. Однак, при порівнянні методики оцінки платоспроможності прийнятої в ЄС (Solvency I) з українською методикою очевидно стає певна «неповнота» останньої, яка проявляється в наступному:

1) на відміну від українського, у підході, прийнятому в ЄС, фактична платоспроможність порівнюється не лише з нормативною, але й з мінімальним гарантійним фондом – мінімальним розміром власних вільних коштів, який повинна мати страхова компанія з урахуванням специфіки ризиків, що покриваються певним видом страхування, а також з урахуванням обсягів прийнятих і виконаних зобов'язань.



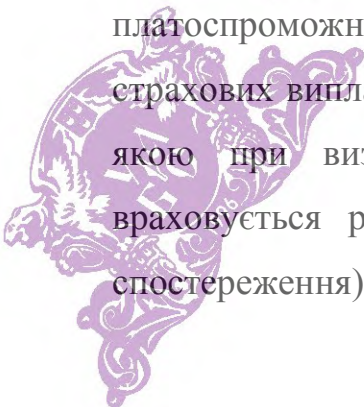
Головна суперечність положень вітчизняного страхового законодавства та Solvency I полягає у різному тлумаченні поняття «гарантійний фонд».

Законодавство ЄС пов'язує призначення гарантійного фонду із забезпеченням гарантії достатності ресурсів у організації на момент її заснування. При цьому, гарантійний фонд не може бути меншим 3 млн. євро, він повинен складатися із детально зазначених активів страховика, вільних від будь-яких очікуваних зобов'язань, за винятком нематеріальних активів. Гарантійний фонд може включати оплачений акціонерний капітал, не пов'язані із страховими зобов'язаннями резерви (визначені законом і вільні), прибуток, отриманий після сплати дивідендів.

Водночас, Закон України «Про страхування» визначає, що гарантійний фонд складається із додаткового та резервного капіталу, а також суми нерозподіленого прибутку. При цьому, величина і мета формування та використання такого фонду не передбачені українським законодавством. Виходячи з цього, можна зробити висновок про те, що кошти гарантійного фонду не будуть виконувати функцію нормативного мінімального порогового значення капіталу. Водночас, європейське законодавство передбачає призначення гарантійного фонду страховика саме для виконання цієї функції;

2) у вітчизняній практиці при розрахунку нормативної платоспроможності поправочний коефіцієнт не диференційований залежно від обсягу страхових премій і страхових виплат страховика. Він дорівнює максимальному з двох можливих значень, які використовуються в європейській методиці;

3) в практиці ЄС прийнято використовувати триваліший, порівняно з прийнятим в Україні, період спостереження при розрахунку нормативної платоспроможності страхових компаній методом виплат. Випадкова природа страхових виплат і, відповідно, випадковий характер їх обсягів є причиною, за якою при визначенні нормативної платоспроможності методом виплат враховується розмір виплат не одного року (останнього року – періоду спостереження), а середньорічний розмір страхових виплат за увесь період

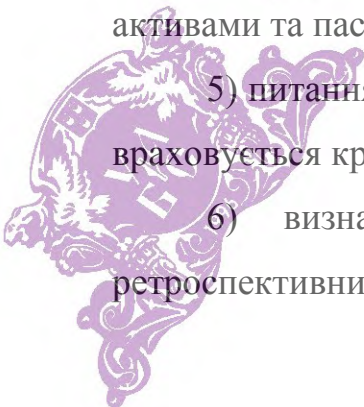


спостереження – три або сім років (залежно від видів страхування). Водночас, необхідно відзначити, що зазначена відмінність істотного впливу на розрахунок платоспроможності в Україні не справляє, оскільки (як вже було зазначено) розрахунок на основі виплат дає результат кількісно вищий, ніж розрахунок на основі премій, лише у разі, якщо розмір виплат перевищує 70% страхових премій. Та відомо, що на вітчизняному страховому ринку рівень виплат досяг показника 33,0% лише у 2009 році і це було його найвище значення, починаючи з 2001 року (хоча по окремих страхових компаніях, а таких компаній лише одиниці, виплати перевищували 70%).

Зазначене вище свідчить, про заниження прийнятого у вітчизняній страховій практиці рівня нормативу платоспроможності. Цю думку поділяють також і А.М. Єрмошенко та В.В. Поплавська [81, с. 106], акцентуючи увагу на тому, що вітчизняна система визначення платоспроможності істотно менш жорстка, ніж європейська.

Однак, говорячи про Solvency I, необхідно відмітити, що, крім позитивних досягнень, ця система не позбавлена певних недоліків, а саме:

- 1) оцінка активів і зобов'язань не враховує ринкових збурень, тобто адекватне визначення нормативного капіталу можливе лише за умови стабільної загальноекономічної кон'юнктури;
- 2) залежність розміру нормативної платоспроможності від чітко визначених коефіцієнтів, не може бути адекватною страховому ризику – премій та виплат в ризиковому страхуванні;
- 3) неможливість врахування ринкового і кредитного ризиків при розрахунку маржі платоспроможності;
- 4) до уваги не береться диверсифікація ризиків та залежність між активами та пасивами страховиків;
- 5) питанням перестраховування приділяється недостатньо уваги, зокрема не враховується кредитоспроможність перестраховика;
- 6) визначення маржі платоспроможності базується на аналізі ретроспективних даних, а не на перспективному плануванні;



7) не передбачене аналізування керівництвом страхових компаній і органів нагляду за страховою діяльністю позиції кожного страховика з точки зору ризиків.

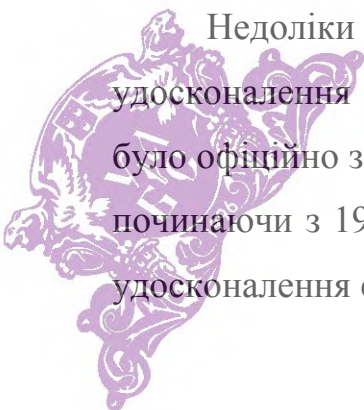
Отже, при застосуванні Solvency I специфіка профілю ризиків конкретної страхової компанії не береться до уваги. Тому, цілком логічним кроком є перегляд нормативів Solvency I з метою забезпечення адекватного врахування всіх основних ризиків, з якими має справу певний страховик. В зв'язку з цим, зараз ведеться робота над новим поколінням Директив, які отримали назву Solvency II.

Водночас хочеться зауважити, що деякі підходи Solvency I є беззаперечними і повинні знайти відображення в подальших вимогах до визначення платоспроможності страховиків:

- по-перше, величина страхових резервів компаній є комплексною величиною і значною мірою визначається характером укладених договорів страхування і статистикою по збитках. Тому, формула розрахунку нормативної платоспроможності не може замінити вимоги до порядку розрахунку страхових резервів, а процес розрахунку резервів не може бути спрощеним та уніфікованим. Це підтверджується даними, отриманими органами страхового нагляду Австралії при вивченні системи достатності величини капіталу страхових компаній з врахуванням рівня ризику, властивого їх діяльності. Ці дані вказують на те, що адекватність формування страхових резервів визначається на підставі встановлених цифрових порогових значень;

- по-друге, диверсифікація активів та система перестраховування ризиків, як заходи із зниження ризику неплатоспроможності, в жодному разі не можуть бути замінені вимогами до обсягу капіталу.

Недоліки Solvency I спонукали до започаткування робіт з модернізації та удосконалення підходів до оцінки платоспроможності. Для цього у 2001 році було офіційно започатковано проект Solvency II (неформально він здійснювався починаючи з 1999 року), який є широкомасштабним заходом, спрямованим на удосконалення системи оцінювання платоспроможності страховиків



На початковому етапі роботи над проектом надзвичайно важливим було вироблення єдиної концепції системи платоспроможності та уніфікованої концепції контролю для всіх держав – учасниць ЄС. У зв'язку з цим були напрацьовані якісні критерії вибору майбутньої спільної системи платоспроможності [451], а саме:

- застосування таких гарантій платоспроможності, які фактично відповідатимуть прийнятому страховою компанією ризику;
- подальше спрощення процедур, пов'язаних з оцінкою платоспроможності;
- якомога масштабніше використання в системі оцінки платоспроможності існуючих систем бухгалтерського обліку і звітності з метою обмеження подвійного або багаторазового складання різних за формою і змістом фінансових звітів;
- захист інтересів застрахованих через встановлення органом нагляду достатньої кількості часу для з'ясування та усунення наявних проблем страхової компанії з метою попередження її банкрутства;
- гарантія порівнюваності та прозорості для забезпечення рівних умов конкуренції.

У результаті проведеної роботи в рамках Solvency II запропонована **абсолютно нова концепція, яка передбачає виділення трьох структурних блоків показників, які підлягають вивченню у межах контролю діяльності страхових компаній з метою гарантування їх платоспроможності** (рис. 3.4). Очевидно, що з часом певні показники, які входять в той чи інший блок, можуть бути певною мірою зміненими, проте сама концепція контролю трьох блоків показників для оцінки платоспроможності страховиків у цілому нині визнається беззаперечною.

1 блок (кількісні вимоги) – окреслює вимоги до обсягу мінімального нормативного капіталу, нормативної маржі платоспроможності, структури капіталу, правил оцінки страхових резервів, а також принципів інвестиційної діяльності страхових компаній;

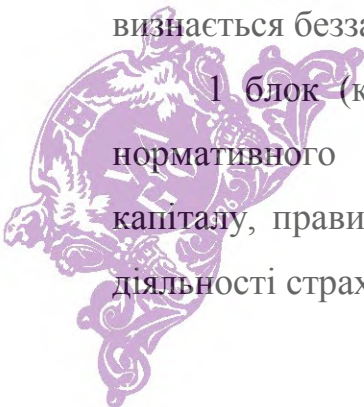




Рис. 3.4 Система блоків показників, які підлягають контролю для оцінки платоспроможності страховиків згідно з Solvency II [130, с. 42]

2 блок (якісні вимоги) – базується на основних принципах ризик-менеджменту та внутрішнього контролю, методології проведення останнього, визначенні структури органів контролю, їх компетенції та інструментів впливу, а також урегулюванні міжнародного співробітництва органів контролю;

3 блок (ринкова дисципліна) – окреслює основні вимоги, щодо відкритості та прозорості функціонування страхових компаній, тобто оприлюднення страховиками інформації про обсяг капіталу, його структуру, профіль ризику та показники адекватності капіталу [436].

Підбиваючи підсумки, необхідно зазначити, що діюча в ЄС система оцінки платоспроможності страхових компаній, введена ще на початку 1970-х років, встановила вимоги до капіталу страховиків, визначивши ряд вимог до їх платоспроможності. З того часу наукові дослідження в галузі ризик-менеджменту значно просунулися вперед. Значна кількість великих страхових компаній нині використовують гнучкі системи ризик-менеджменту, як для

визначення відповідних рівнів капіталу, так і для формування ефективної його структури в контексті належної оцінки рівня ризиків та управління ними.

Отже, метою Solvency II є не лише підвищення вимог до сукупного обсягу капіталу страховика, але й забезпечення високих стандартів оцінки його ризиків та ефективності розміщення капіталу [322]. Крім того, Solvency II сприятиме зростанню прозорості та встановленню зрозумілих правил гри на європейському страховому ринку.

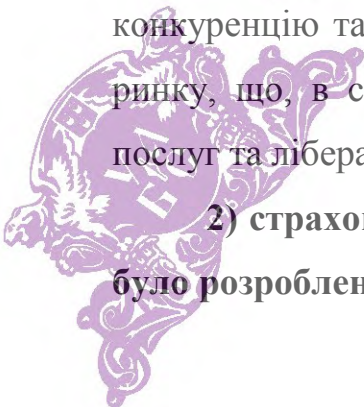
Впровадження Solvency II забезпечує можливість вдосконалення вимог до платоспроможності страховиків шляхом [342, с. 69]:

- **впровадження системи, яка базується на врахуванні ризик-факторів;**
- **використання інтегрованого підходу до формування страхових резервів та вимог до капіталу;**
- **впровадження всеохоплюючої системи ризик-менеджменту;**
- **використання внутрішніх моделей управління капіталом страховика;**
- **мінімізації впливу ризиків шляхом їх диверсифікації.**

Запровадження Solvency II надасть наступні переваги:

1) страхувальники і застраховані отримають гарантії того, що страховики вдосконалюють свою практику ризик-менеджменту і мають необхідний рівень капіталу, що в свою чергу, сприятиме підвищенню довіри страхувальників до страхових компаній, через мінімізацію ймовірності їх банкрутства. Водночас, забезпечення умов для ефективнішого розміщення страховиками капіталу в економіці, безперечно, сприятиме зменшенню вартості страхових продуктів для споживачів, а це посилить конкуренцію та забезпечуватиме прозорість діяльності страхових компаній на ринку, що, в свою чергу, сприятиме підвищенню якості надання страхових послуг та лібералізації цінової політики;

2) страхові компанії також отримають зиск, оскільки останнім часом було розроблено чимало ефективних методик ризик-менеджменту. Solvency



II дозволить впровадити ці методики безпосередньо в практичну діяльність страховиків. Тож слід очікувати, що в результаті цього зросте загальний рівень управління ризиками в страховій галузі. Страхова система ЄС складається з великої кількості малих і середніх компаній, які в разі необхідності розробки власних внутрішніх моделей оцінки платоспроможності змушені будуть витратити значні кошти. Використання підходу на основі Solvency II, в якості альтернативи, допоможе уникнути означеним групам страхових компаній надмірних витрат;

3) європейська економіка в разі успішної реалізації проекту Solvency II забезпечуватиме ефективніше розміщення капіталу в галузі страхування, підвищиться керованість і прогнозованість страхової системи, що, в свою чергу, дозволить повноцінно виконувати властиві їй функції та підтримувати фінансову стійкість компаній в сучасному світі наповненому різноманітними ризиками. Зменшення ризику неплатоспроможності компаній сприятиме підвищенню довіри до страхової галузі і зростанню рівня фінансової стійкості страхових компаній в цілому.

Крім того, нова система сприятиме пришвидшеному формуванню єдиного прозорого страхового ринку в структурі європейського ринку фінансових послуг. Існуюча нині система розрахунку маржі платоспроможності була піддана критиці, оскільки вона не відображає ризику катастрофічних збитків і не враховує ризику володіння активами. Основна ж суть змін у підходах до оцінки платоспроможності страховиків при переході від Solvency I до Solvency II полягає саме в тому, що визначення платоспроможності страхової компанії здійснюватиметься на підставі врахування індивідуальних ризиків, які притаманні конкретному страховикові.

Пропонована, на початку робіт з розробки та впровадження, часова шкала імplementації Solvency II наведена на рисунку 3.5. Але, сьогодні відомо, що правила контролю за платоспроможністю Solvency II будуть впроваджені в країнах ЄС лише з 2012 року [129, с. 40].

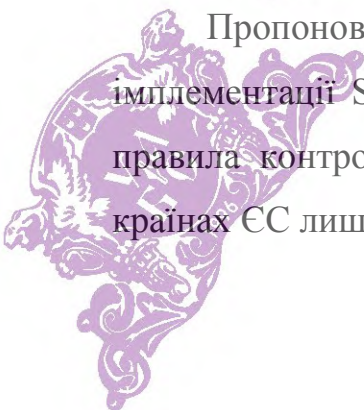




Рис. 3.5. Часова шкала розробки та впровадження Solvency II

В зв'язку з європейською спрямованістю розвитку України, на нашу державу чекають подальші зміни в усіх сферах життя, які неминуче викличуть також зміни в галузі страхування. Вважаємо, що вже нині при розгляді питання платоспроможності українських страхових компаній необхідно аналізувати не лише капітал страховика з точки зору його обсягів, але і обсяги прийнятих страховиком ризиків, тобто платоспроможність повинна розглядатися в рамках альтернативи: нарощування капіталу або створення ефективної системи ризик-менеджменту.

Українським спеціалістам необхідно ретельно вивчати і поступово запроваджувати в життя основні підходи Solvency II. Адже рано чи пізно вітчизняну методику визначення платоспроможності доведеться змінювати. Звичайно, можна і далі йти шляхом спроб і помилок, удосконалюючи власну методику або фрагментарно впроваджуючи досягнення сусідів. Та чи не краще застосувати апробовану країнами Євросоюзу методику визначення платоспроможності страховиків? Саме тому, логічним кроком для вітчизняних страхових компаній є ретельна підготовка до переходу на європейську модель визначення платоспроможності. Адже платоспроможність – один із найважливіших показників фінансової стійкості страхової організації, за яким

необхідно постійно слідкувати, а методи його визначення систематично вдосконалювати.

Очевидно, що підходи до визначення платоспроможності страхових компаній, подібні до новітніх європейських, з часом будуть упроваджені в практику вітчизняного страхування, як це було в свій час з правилами визначення платоспроможності страховиків, що нині діють в Україні. В зв'язку з цим, цікавим є питання кількісної оцінки платоспроможності страховиків з використанням елементів, визначених у Solvency II, тобто на основі комплексного врахування ризиків. Висвітленню цього питання присвячений наступний підрозділ нашої роботи.

3.3. Оцінка платоспроможності страхових компаній на основі комплексного врахування ризиків

В більшості країн світу від страхових компаній зазвичай вимагається визначення маржі платоспроможності.

Розглянемо стандартний підхід. Припустимо, що величина зобов'язань страховика X має щільність розподілу $p(x)$. Тоді оптимальна оцінка розміру зобов'язань визначається за формулою:

$$\mu = M(X) = \int_{-\infty}^{\infty} x \cdot p(x) dx \quad (3.4)$$

де $M(\cdot)$ – символ математичного сподівання. Саме на цьому рівні встановлюється величина технічних резервів.

Єдина причина для введення ризикової надбавки над рівнем технічних резервів є врахування невизначеності у параметрах моделі в часових рамках, що перевищують 1 рік. Цю ризикову надбавку називають нормативна маржа платоспроможності (SCR). Сума технічних резервів μ та величини SCR забезпечують рівень капіталу, що гарантує платоспроможність страхової компанії (SCL) (рис. 3.6).

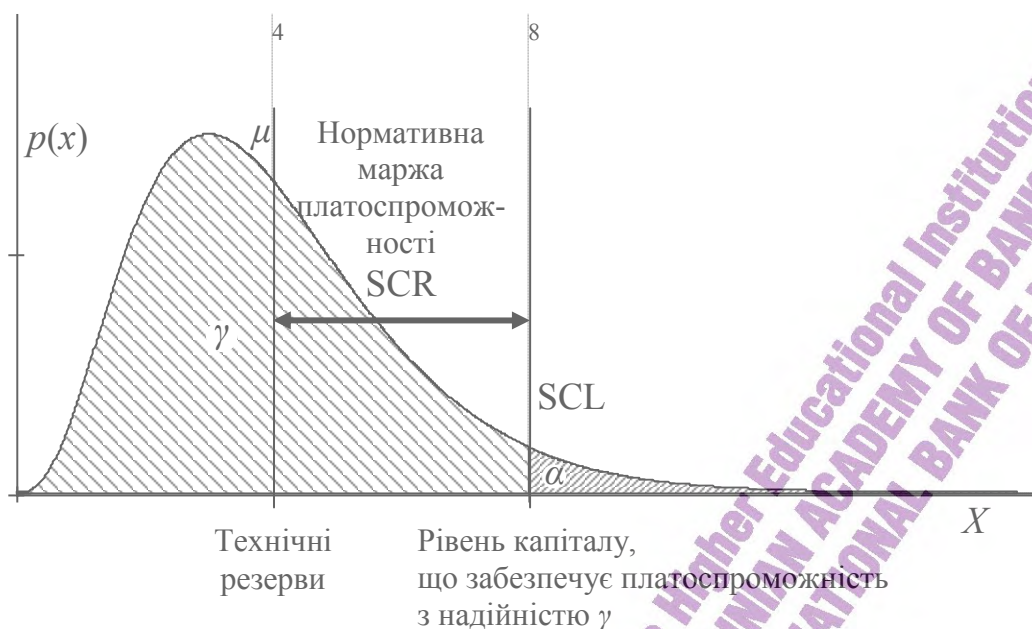


Рис. 3.6. Функція щільності розподілу величини страхових зобов'язань, що відображає невизначеність межі платоспроможності

Пряма $x = \text{SCL}$ поділяє площу під графіком функції $p(x)$ на дві частини. Площа α праворуч від прямої є характеристикою рівня значимості. Вона визначає ймовірності того, чи вистачить резервів капіталу для покриття зобов'язань за страховими виплатами. Площа γ , зліва від прямої, характеризує надійність $\gamma = 1 - \alpha$. Рішення щодо вибору рівня надійності 0,99 чи 0,995 прерогатива актуаріїв.

Характеристична функція випадкової величини X може бути записана у вигляді ряду (3.5):

$$\varphi(t) = \exp\left(\kappa_1 t + \kappa_2 \frac{t^2}{2!} + \kappa_3 \frac{t^3}{3!} + \kappa_4 \frac{t^4}{4!} + \dots\right) = \exp\left(\mu t + \sigma^2 \frac{t^2}{2!} + \kappa_3 \frac{t^3}{3!} + \kappa_4 \frac{t^4}{4!} + \dots\right) \quad (3.5)$$

де $\kappa_1 = \mu$, $\kappa_2 = \sigma^2$, $\kappa_3, \kappa_4, \dots$ – кумулянти випадкової величини X .

Перші два кумулянти мають спеціальні назви: $\mu = \kappa_1$ називають математичним сподіванням, а $\sigma^2 = \kappa_2$ – дисперсією величини X і позначають відповідно $\text{var}(X)$ або $D(X)$. За означенням:

$$\sigma^2 = D(X) = \int_{-\infty}^{\infty} (x - M(X))^2 \cdot p(x) dx = \int_{-\infty}^{\infty} x^2 \cdot p(x) dx - \mu^2 \quad (3.6)$$

а саму величину $\sigma = \sqrt{D(X)}$ називають середньоквадратичним відхиленням випадкової величини X .

Обрізаючи вказаний ряд на перших двох доданках, отримаємо функцію (3.7):

$$\varphi(t) = \exp\left(\mu t + \sigma \frac{t^2}{2!}\right) \quad (3.7)$$

Ця функція характеризує нормальний розподіл випадкової величини, щільність розподілу якої має вигляд (3.8):

$$\phi(x) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}\sigma} \exp\left(-\frac{1}{2}\left(\frac{x-\mu}{\sigma}\right)^2\right) \quad (3.8)$$

Такий підхід називають нормальною апроксимацією випадкової величини X . Він дозволяє суттєво спростити всі подальші обчислення, оскільки нормально розподілена випадкова величина повністю характеризується своїм математичним сподіванням μ та середньоквадратичним відхиленням σ при незначних (як правило) втратах точності розрахунків (рис. 3.7). Крім того, μ і σ піддаються легкому статистичному оцінюванню при побудові моделі для конкретної страхової компанії.

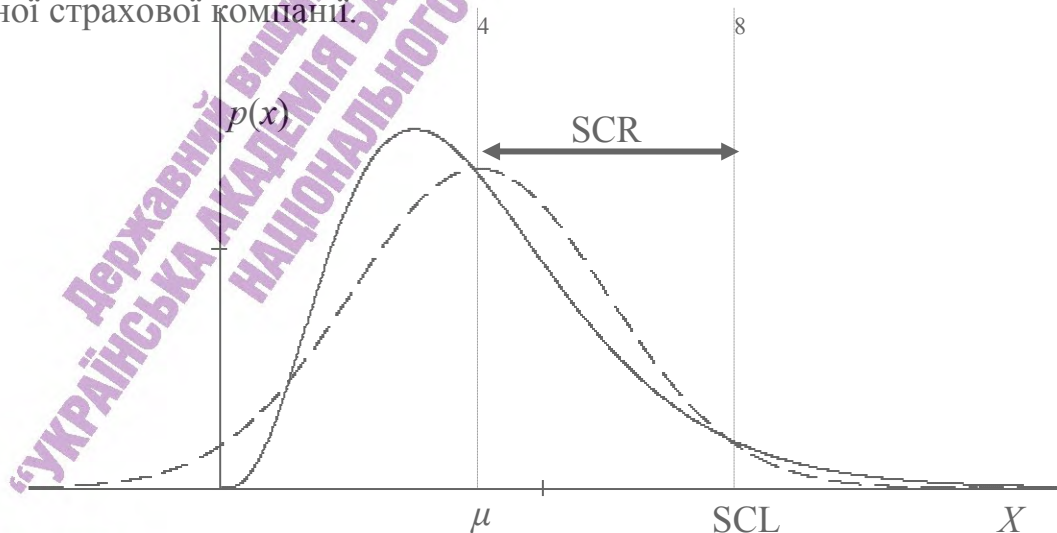


Рис. 3.7. Нормальна апроксимація щільності розподілу величини зобов'язань

З урахуванням нормальної апроксимації величини X значення ризикової надбавки SCR може бути обчислене дуже просто (3.9):

$$C = k_\gamma \cdot \sigma \quad (3.9)$$

де k_γ – критична точка розподілу Стюдента при заданій надійності γ та односторонній критичній області (наприклад, $k_{0,99} = 2,33$, $k_{0,995} = 2,58$).

В реальних умовах діяльність страхової компанії залежить від багатьох випадкових факторів, які, як правило, мають складну ієрархічну структуру. В такому випадку, резерви капіталу за кожним з компонентів ризику з включених у модель, об'єднуються в загальні потреби або резерви капіталу.

Спершу розглянемо порядок розрахунку загальних резервів капіталу при об'єднанні ризиків на одному рівні ієрархії.

Нехай загальні зобов'язання компанії X представлені як сума випадкових величин:

$$X = X_1 + X_2 + \dots + X_n \quad (3.10)$$

для яких $\mu_1, \mu_2, \dots, \mu_n$ – математичні сподівання, а $\sigma_1, \sigma_2, \dots, \sigma_n$ – середньоквадратичні відхилення.

З теорії ймовірностей відомо, що в такому випадку оптимальна оцінка величини зобов'язань $\mu = M(X)$, а значить і розмір технічних резервів буде обчислюватись за формулою 3.11:

$$\mu = \sum_{i=1}^n \mu_i \quad (3.11)$$

дисперсія σ^2 величини X обчислюватиметься за формулою 3.12:

$$\sigma^2 = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n \rho_{ij} \sigma_i \sigma_j = \sum_{i=1}^n \sigma_i^2 + \sum_{i \neq j} \sum_{j=1}^n \rho_{ij} \sigma_i \sigma_j \quad (3.12)$$

де $\rho_{ij} = \text{corr}(X_i, X_j)$ – коефіцієнт кореляції величин X_i та X_j .

За означенням коефіцієнт кореляції обчислюється за формулою 3.13:

$$\rho_{ij} = \frac{r_{ij}}{\sigma_i \sigma_j} \quad (3.13)$$

де коваріація $r_{ij} = \text{cov}(X_i, X_j)$ визначається за формулою 3.14:



$$r_{ij} = M((X_i - \mu_i)(X_j - \mu_j)) = M(X_i X_j) - \mu_i \mu_j = \int_{-\infty}^{\infty} \int_{-\infty}^{\infty} x_i x_j p(x_i, x_j) dx_i dx_j - \mu_i \mu_j \quad (3.14)$$

Коефіцієнт кореляції може набувати значень в межах від -1 до 1 . Якщо $|\rho_{ij}| = 1$, то це означає, що величини X_i та X_j пов'язані функціональною лінійною залежністю виду $X_j = \alpha X_i + \beta$. Якщо величини X_i та X_j незалежні, то $\rho_{ij} = 0$.

Оскільки $\rho_{ij} = \rho_{ji}$, то кореляційна матриця (3.15) симетрична.

$$\text{Corr}(X_1, X_2, \dots, X_n) = \begin{pmatrix} 1 & \rho_{12} & \dots & \rho_{1n} \\ \rho_{21} & 1 & \dots & \rho_{2n} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ \rho_{n1} & \rho_{n2} & \dots & 1 \end{pmatrix} \quad (3.15)$$

З урахуванням цього факту формула (3.12) запишеться у вигляді:

$$\sigma^2 = \sigma_1^2 + \sigma_2^2 + \dots + \sigma_n^2 + 2\rho_{12}\sigma_1\sigma_2 + 2\rho_{13}\sigma_1\sigma_3 + \dots + 2\rho_{1n}\sigma_1\sigma_n + 2\rho_{23}\sigma_2\sigma_3 + \dots + 2\rho_{2n}\sigma_2\sigma_n + \dots + 2\rho_{n-1,n}\sigma_{n-1}\sigma_n. \quad (3.16)$$

Враховуючи співвідношення (3.9) та формулу (3.16), можемо записати формулу для визначення загального рівня ризикової надбавки SCR:

$$C = k_\gamma \cdot \sigma = k_\gamma \sqrt{\sigma_1^2 + \sigma_2^2 + \dots + \sigma_n^2 + 2\rho_{12}\sigma_1\sigma_2 + \dots + 2\rho_{n-1,n}\sigma_{n-1}\sigma_n} = \sqrt{C_1^2 + C_2^2 + \dots + C_n^2 + 2\rho_{12}C_1C_2 + \dots + 2\rho_{n-1,n}C_{n-1}C_n}, \quad (3.17)$$

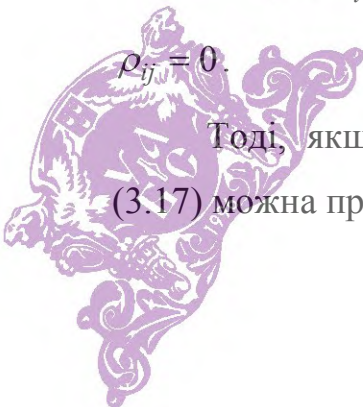
де C_1, C_2, \dots, C_n – окремі компоненти ризикової надбавки.

Оскільки більш-менш точне оцінювання коефіцієнтів кореляції є складним завданням, то в подальшому будемо використовувати дещо спрощений підхід до обчислення виразу (3.17). Якщо рівень кореляції між величинами X_i та X_j великий, вважатимемо, що $\rho_{ij} = 1$, а якщо низький, то

$$\rho_{ij} = 0.$$

Тоді, якщо всі величини, наприклад, корельовані слабо, то формулу (3.17) можна представити у вигляді:

$$C = \sqrt{C_1^2 + C_2^2 + \dots + C_n^2} \quad (3.18)$$



а якщо величини корельовано сильно, формула (3.17) матиме вигляд:

$$C = \sqrt{C_1 + C_2 + \dots + C_n} = C_1 + C_2 + \dots + C_n \quad (3.19)$$

Розглянувши загальні підходи, опишемо структуру основних ризиків страхового бізнесу та введемо відповідні позначення:

1. Страховий ризик – C_{IR} .

1.1. Гарантійний ризик C_{ur} – ймовірність коливання частоти настання страхових випадків та розміру завданих збитків.

1.2. Біометричний ризик C_{br} – ймовірність захворюваності населення.

1.3. Ризик відношення ціна / витрати C_{er} – ймовірність виникнення непрогнозованих витрат, наприклад: адміністративних, із врегулювання страхових випадків, щодо залучення нових страхувальників тощо.

2. Ринковий ризик (ризик невідповідності активів та пасивів) C_{MR} (визначення поняття наведене на рис. 1.3).

3. Кредитний ризик – C_{CR} .

3.1. Ризик кредитного дефолту C_{dcr} – ймовірність втрат, внаслідок дефолту або змін кредитної якості емітентів цінних паперів.

3.2. Ризик концентрації C_{cor} – ймовірність втрати капіталу через концентрацію активів чи зобов'язань.

3.3. Ризик перестраховування (C_{rr}) – ймовірність зустрічного невиконання зобов'язань перестраховиком.

4. Операційний ризик C_{OR} (визначення поняття наведене на рис. 1.3).

Розглянемо зв'язки між ризиками та отримаємо вираз для загального ризику [353]. З урахуванням вказаного вище спрощеного підходу до визначення кореляції між ризиками, для ризиків верхнього рівня маємо кореляційну матрицю (табл. 3.6).



Кореляційна матриця ризиків верхнього рівня

Кореляційна матриця	C_{IR}	C_{MR}	C_{CR}	C_{OR}
C_{IR}	1	1	1	1
C_{MR}	1	1	1	1
C_{CR}	1	1	1	1
C_{OR}	1	1	1	1

Тоді відповідно до (3.19) загальний резерв капіталу визначається за формулою:

$$C_{TOT} = C_{IR} + C_{MR} + C_{CR} + C_{OR} \quad (3.20)$$

Для страхового ризику C_{IR} залежності другого рівня описуються матрицею (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Кореляційна матриця ризиків другого рівня

Кореляційна матриця	C_{ur}	C_{br}	C_{er}
C_{ur}	1	1	1
C_{br}	1	1	0
C_{er}	1	0	1

Відповідно:

$$C_{IR} = \sqrt{C_{ur}^2 + C_{br}^2 + C_{er}^2 + 2C_{ur}C_{br} + 2C_{ur}C_{er}} = \sqrt{(C_{ur} + C_{br} + C_{er})^2 - 2C_{br}C_{er}} \quad (3.21)$$

З певним рівнем наближення відповідну формулу в літературі іноді записують таким чином:

$$C_{IR} = C_{ur} + \sqrt{C_{br}^2 + C_{er}^2} \quad (3.22)$$

Для кредитного ризику маємо таку матрицю (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Кореляційна матриця ризиків другого рівня

Кореляційна матриця	C_{dcr}	C_{cor}	C_{rr}
C_{dcr}	1	0	0
C_{cor}	0	1	0
C_{rr}	0	0	1



Таким чином:

$$C_{CR} = \sqrt{C_{dcr}^2 + C_{cor}^2 + C_{rr}^2} \quad (3.23)$$

Отже, підставляючи (3.21) і (3.23) в рівність (3.20), остаточно отримаємо:

$$C_{TOT} = \sqrt{C_{ur}^2 + C_{br}^2 + C_{er}^2 + 2C_{ur}C_{br} + 2C_{ur}C_{er} + C_{MR} + \sqrt{C_{dcr}^2 + C_{cor}^2 + C_m^2 + C_{OR}}} \quad (3.24)$$

Далі розглянемо методику оцінки ризиків за реальними статистичними даними.

Спершу з'ясуємо методику статистичної оцінки параметрів випадкових величин. Нехай X – випадкова величина, а вектор (x_1, x_2, \dots, x_n) – є вибіркою з цієї величини обсягу n . Будемо відмічати ризиком над символом статистичну оцінку відповідного параметра випадкової величини X .

Тоді, для математичного сподівання (першого початкового моменту) оптимальна оцінка є середнє вибіркове:

$$\bar{M}(X) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i \quad (3.25)$$

Для другого початкового моменту:

$$\bar{M}(X^2) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i^2 \quad (3.26)$$

Для дисперсії:

$$\bar{D}(X) = \overline{(X - \bar{M}(X))^2} = \bar{M}(X^2) - \bar{M}^2(X) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i^2 - \left(\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i \right)^2 \quad (3.27)$$

Для середньоквадратичного відхилення:

$$\bar{\sigma}(X) = \sqrt{\bar{D}(X)} = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i^2 - \left(\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i \right)^2} \quad (3.28)$$

Якщо досліджується пара випадкових величин (X, Y) , то за вибіркою $((x_1, y_1), (x_2, y_2), \dots, (x_n, y_n))$ розглядають також оцінку другого сумісного моменту:

$$\bar{M}(XY) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i y_i \quad (3.29)$$



коваріації:

$$\bar{r}(X, Y) = \bar{M}(XY) - \bar{M}(X)\bar{M}(Y) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i y_i - \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n y_i \quad (3.30)$$

та коефіцієнта кореляції:

$$\bar{\rho}(X, Y) = \frac{\bar{r}(X, Y)}{\bar{\sigma}(X)\bar{\sigma}(Y)} = \frac{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i y_i - \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n y_i}{\sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i^2 - \left(\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i\right)^2} \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n y_i^2 - \left(\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n y_i\right)^2}} \quad (3.31)$$

Далі послідовно наведемо підходи до розрахунку основних ризиків, на які наражається в процесі діяльності страхова компанія.

За означенням **гарантійний ризик** дорівнює:

$$C_{ur} = k_{\gamma} \sigma_{ur}, \text{ а} \quad (3.32)$$

$$\sigma_{ur} = \sigma(P - X) \quad (3.33)$$

де P – сума чистих страхових премій, що надходить до компанії протягом року; X – сума чистих виплат, здійснених компанією за рік.

З офіційного сайту Інтернет-журналу «Про страхування» [202] доступні дані щодо річного надходження страхових премій деяких страхових компаній за період з 2002 по 2008 рік. Крім того, маємо суми премій, переданих перестраховикам та суми виплат компаній за цей період (див. табл. 3.9).

Обчисливши різницю між сумою премій та часткою премій, переданою перестраховикам знайдемо суму чистих премій P_i , $i=1,2,\dots,n$ (для даного проміжку спостережень $n=7$). Маючи в розпорядженні суму виплат X_i , $i=1,2,\dots,n$, обчислимо величину різниці: $Y_i = P_i - X_i$, $i=1,2,\dots,n$.

Після цього можемо обчислити оцінку $\bar{\sigma}_{ur1} = \bar{\sigma}(Y)$ (табл. 3.10).

Відповідно до висновків Е. Сандстрема [448, с. 308], σ_{ur} можна оцінити за допомогою формули:

$$\sigma_{ur} = \left(\sum_{l=1}^L (1 + b_{ur1}) \beta_{stl} + D(LR_l) \right) M^2(X_l) + \sum_{l \neq j}^L \sum_{l \neq j}^L r(LR_l, LR_j) M(X_l) M(X_j) \Big)^{\frac{1}{2}}. \quad (3.34)$$



Вихідні статистичні дані для розрахунку величини ризикової надбавки,

тис. грн.

і	Роки	2002 р.	2003 р.	2004 р.	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.
Оранта								
Страхові премії		177309,6	226775,5	192141,2	391853,2	479568,7	693642,0	1010149,6
Страхові премії, передані перестраховикам		14407,0	52496,3	31931,7	31648,5	31669,6	56494,0	236823,9
Чисті премії (P)		162902,6	174279,2	160209,5	360204,7	447899,1	637148,0	773325,7
Страхові виплати (X)		96832,1	85040,7	92610,9	164959,7	194272,3	240138,3	399534,9
Різниця (P-X)		66070,5	89238,5	67598,6	195245,0	253626,8	397009,7	373790,8
Рівень виплат (X/P)		0,594	0,488	0,578	0,458	0,434	0,377	0,517
СГ «ТАС»								
Страхові премії		84234,1	110115,2	72828,9	90262,2	162694,3	257087,9	380297,7
Страхові премії, передані перестраховикам		23946,8	18111,5	10721,2	17919,0	27950,5	28474,5	76923,8
Чисті премії (P)		60287,3	92003,7	62107,7	72343,2	134743,8	228613,4	303373,9
Страхові виплати (X)		6514,6	16145,4	20095,0	20015,6	39689,0	89742,5	141528,0
Різниця (P-X)		53772,7	75858,3	42012,7	52327,6	95054,8	138870,9	161845,9
Рівень виплат (X/P)		0,108	0,175	0,324	0,277	0,295	0,393	0,467
Вексель								
Страхові премії		30794,4	47290,6	46131,2	99014,4	158921,1	252577,3	316967,0
Страхові премії, передані перестраховикам		5708,4	6581,3	5589,2	8160,9	4530,2	8128,6	18146,0
Чисті премії (P)		25086,0	40709,3	40542,0	90853,5	154390,9	244448,7	298821,0
Страхові виплати (X)		1449,3	2872,9	5043,9	27932,6	34419,7	77309,8	121520,0
Різниця (P-X)		23636,7	37836,4	35498,1	62920,9	119971,2	167138,9	177301,0
Рівень виплат (X/P)		0,058	0,071	0,124	0,307	0,223	0,316	0,407

В цьому випадку $M(X_l)$ – математичне сподівання різної суми виплат по виду страхування номер l , $LR_l = X_l / P_l$ – рівень виплат по l -му виду страхування, $D(LR_l)$ – дисперсія рівня виплат, $r(LR_l, LR_j)$ – коваріація між рівнями виплат по видах страхування номер l та j , b_{url} – прогнозний коефіцієнт масштабу бізнесу (з урахуванням коефіцієнта інфляції), β_{stl} – структурний коефіцієнт.

Зауважимо, що страховій компанії при такому підході досить обчислити $M(X_i)$, всі інші параметри визначаються на рівні ЄС [448, с. 260].

Одразу відмітимо, що розподіл даних по видах страхування із загальнодоступних джерел невідомий. Тому обчислення другого доданка

формули (3.34) неможливе. Замість величин $M(X_i)$ використаємо величину X_n – суму виплат за останній період спостереження ($n=7$ для нашого дослідження), інші параметри виберемо з таблиць. В результаті отримаємо оцінку:

$$\bar{\sigma}_{ur2} = (1 + b_{ur})\beta_{st} + D(LR) X_n. \quad (3.35)$$

Третій підхід полягає у використанні статистичних оцінок для параметрів β_{st} та $D(LR)$.

Замість β_{st} використаємо оцінку:

$$\bar{\beta}_{st} = \frac{\bar{M}(X^2)}{X_n \cdot \bar{M}(X)} \beta_m \quad (3.36)$$

де $\beta_m = 0,175$, а замість $D(LR)$ – величину $\bar{D}(LR)$, де $LR_i = \frac{X_i}{P_i}$,

$i = 1, 2, \dots, n$. Тоді

$$\bar{\sigma}_{ur3} = (1 + b_{ur})\bar{\beta}_{st} + \bar{D}(LR) X_n. \quad (3.37)$$

У вказаних вище формулах вибрано наступні значення постійних параметрів: $b_{ur} = 0,08$, $\beta_{st} = 0,015$, $D(LR) = 0,11$, $k_\gamma = 2,58$, а результати обчислень наведено в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Розрахунок обсягів капіталу, необхідного для покриття гарантійного ризику, тис. грн.

Компанія	$\bar{\sigma}_{ur1}$	X_7	$\bar{\sigma}_{ur2}$	$\bar{\beta}_{st}$	$\bar{D}(LR)$	$\bar{\sigma}_{ur3}$	\bar{C}_{ur1}	\bar{C}_{ur2}	\bar{C}_{ur3}
Оранта	141062,0	399534,9	141933,3	0,1101	0,0061	141230,9	363939,8	366188,0	364375,6
СГ «ТАС»	46179,2	141528,0	50277,3	0,1232	0,0149	54426,4	119142,4	129715,5	140420,0
Вексель	64928,6	121520,0	43169,5	0,1320	0,0182	48722,7	167515,9	111377,4	125704,7

Як видно з таблиці 3.10, отримані за вказаними трьома методиками значення ризиків \bar{C}_{ur1} , \bar{C}_{ur2} і \bar{C}_{ur3} добре узгоджуються один з одним і можуть бути використані для оцінки гарантійного ризику.

Однак, при обробці великого масиву даних, найпростішою у використанні є оцінка:

$$\bar{C}_{ur2} = k_{\gamma} \bar{\sigma}_{ur2} = k_{\gamma} \sqrt{(1 + b_{ur}) \beta_{st} + D(LR) X_n}. \quad (3.38)$$

Оцінка біометричного ризику. За формулою, наведеною Е. Сандстремом [448, с. 311] біометричний ризик обчислюється таким чином:

$$C_{br} = k_{\gamma} \sigma_{br} = k_{\gamma} \left(\sum_{l=1}^L M \sigma_{VOLl} + 0.5 \sum_{l=1}^L M b_l \sigma_{VOLl} + \sum_{l=1}^L S \sigma_{VOLl} + 0.5 \sum_{l=1}^L S b_l \sigma_{VOLl} \right) \quad (3.39)$$

Для компаній, що не займаються страхуванням життя, перші два доданки в дужках, які відповідають випадкам смерті, не відіграють ніякої ролі. Крім того, лише один вид страхування має цей ризик – це страхування здоров'я. Тому дану формулу для «нелайфових» компаній можна спростити:

$$C_{br} = k_{\gamma} \sigma_{br} = \left(1 + \frac{1}{2} b_{br} \right) \sigma_{VOL}$$

де параметр b_{br} , що відповідає крутизні тренду захворюваності, встановлений на рівні $b_{br} = 0,015$.

Значення σ_{VOL} обчислюється компанією за формулою:

$$\sigma_{VOL} = \sqrt{\frac{(C_R - E)E}{n}} \quad (3.40)$$

де C_R – сума ризикового капіталу; E – фактичні виплати; n – кількість укладених договорів страхування.

Обчислення за цією формулою можуть бути здійсненими лише за внутрішніми статистичними даними компанії. Однак для компаній, що не мають прямої спеціалізації на страхуванні здоров'я, даний ризик не є надзвичайно суттєвим і може бути випущеним з розрахунків.

Оцінка ризику відношення ціна / витрати. Для оцінки цього ризику можна скористатися наступною формулою [448, с. 318] в практично незмінному вигляді:



$$C_{er} = k_{\gamma} \sigma_{er} = k_{\gamma} \left(\sum_{l=0}^L c_l^2 (1 + p_l)^2 E^2(X_l) \right)^{\frac{1}{2}} \quad (3.41)$$

де p_l – фактори навантаження на премії; c_l – цінове відношення.

В праці Е. Сандстрема [448] вказано, що $p_l = 0,1$ для всіх видів страхування, а c_l має значення від 0,09 до 0,22.

Оскільки при використанні загальнодоступних даних витрати не поділяються по видах страхування, то покладемо $p = 0,1$; $c = 0,155$; $k_{\gamma} = 2,58$ і розрахуємо ризик за спрощеною формулою (3.42):

$$\bar{C}_{er} = k_{\gamma} \bar{\sigma}_{er} = k_{\gamma} c (1 + p) X_n \quad (3.42)$$

Таблиця 3.11

Розрахунок обсягів капіталу, необхідного для покриття ризику
ціна / витрати, тис. грн.

Компанія	$\bar{\sigma}_{er}$	\bar{C}_{er}
Оранта	68120,70	175751,40
СГ «ТАС»	24130,52	62256,75
Вексель	20719,16	53455,43

Оцінка ринкового ризику. Капітал, необхідний для покриття ринкового ризику обчислюється за формулою [448, с. 326]:

$$C_{MR} = k_{\gamma} \sigma_{MR} = k_{\gamma} \left(\sum_{k=1}^8 A_{0k}^2 (d_k) \sigma^2(d_k) + \sum_{j=2}^c A_{0j}^2 \sigma^2(j) + \sum_{j \neq l}^c \sum_{l=1}^c A_{0j} A_{0l} \rho(j, l) \sigma(j) \sigma(l) \right)^{\frac{1}{2}}, \quad (3.43)$$

Середньоквадратичні відхилення $\sigma(d_k)$, $\sigma(j)$ та коефіцієнти кореляції $\rho(j, l)$ обчислені на рівні ЄС.

Перший доданок цієї формули описує ризик, який виникає при невідповідності термінів активів і зобов'язань. Звернемо увагу на те, що при розрахунку цього доданку розглядається лише та частина активів, яка покриває зобов'язання.

Час до погашення облігацій поділено на 8 проміжків:

d_1 [0-1] рік (середня тривалість: $md_1=0,5$);

d_2 [1-2] роки (середня тривалість: $md_2=1,5$);

d_3 [2-5] роки (середня тривалість: $md_3=3,5$);

d_4 [5-8] роки (середня тривалість: $md_4=6,5$);

d_5 [8-12] роки (середня тривалість: $md_5=10,0$);

d_6 [12-16] роки (середня тривалість: $md_6=14,0$);

d_7 [16-24] роки (середня тривалість: $md_7=20,0$);

d_8 [24-] роки (середня тривалість: $md_8=28$).

Відповідно до вказаних термінів відбувається поділ облигацій: $B_0(d_s)$, $s=1,2,\dots,8$. До проміжку d_4 відносять також акції $S_0(d_4)$, а до d_5 – власність $P_0(d_5)$.

Зобов'язання також поділяються на вісім частин $V_0(d_s)$, $s=1,2,\dots,8$ відповідно до термінів d_s .

Після цього обчислюємо невідповідності:

$$A_{01}(d_s) = md_s B_0(d_s) - V_0(d_s) \quad \text{для } s=1,2,3,6,7,8;$$

$$A_{01}(d_4) = md_4 B_0(d_4) + S_0(d_4) - V_0(d_4) \quad \text{для } s=4;$$

$$A_{01}(d_5) = md_5 B_0(d_5) + P_0(d_5) - V_0(d_5) \quad \text{для } s=5.$$

Другий доданок формули відображає змінний характер вартості активів, а третій враховує кореляцію між ними. В цьому випадку A_{0j} – поточна вартість активу j -го типу. Вважають, що активи 1-го типу – це облигації. Облигації в цих доданках не враховуються, тому нумерація розпочинається з 2.

A_{02} – акції, A_{03} – власність. Для цих активів прийнято $\sigma(2)=0,17$ та $\sigma(3)=0,13$ відповідно.

За оприлюдненими даними [202] розподіл зобов'язань за термінами встановити неможливо. Тому доступним для розрахунку є лише другий

доданок:

$$\bar{C}_{MR} = k_\gamma \bar{\sigma}_{MR} = k_\gamma \sqrt{\sum_{j=2}^c A_{0j}^2 \sigma^2(j)} \quad (3.44)$$

Вихідні дані та результати обчислень наведено в таблиці 3.12.



Розрахунок обсягів капіталу, необхідного для покриття ринкового ризику,
тис. грн.

$A_{0,j}$ Компанія	Основні засоби	Довгострокові інвестиції	Поточні інвестиції	Грошові засоби	Інше	$\bar{\sigma}_{MR}$	\bar{C}_{MR}
Оранта	227652,0	143119,0	23,0	140364,0	358205,0	114086,7	294343,8
СГ«ТАС»	46714,7	284766,6	0,0	161299,2	59079,1	51909,25	133925,9
Вексель	47866,0	51970,0	0,0	58379,0	31555,0	14366,3	37065,05
$\sigma(j)$	0,13	0,17	0,007	0,00	0,3		

Оцінка ризику концентрації. Ризик концентрації пов'язаний із збільшенням небезпеки втрат від інвестицій (концентрація активів), від катастрофічних подій (концентрація зобов'язань) тощо.

Розмір капіталу, необхідний для покриття даного ризику, обчислюється за формулою [448, с. 335]:

$$C_{cor} = k_{\gamma} \left(A^{*2} \left(\max \left(\frac{A_i^*}{\bar{a}} - \bar{a} \right)^2 \right) + \left(M_X \bar{X}^* - \bar{X}^{*2} \right) \right)^{\frac{1}{2}} \quad (3.45)$$

Перший доданок цієї формули відповідає ризику концентрації активів, а другий ризику концентрації зобов'язань.

У формулі A^* – загальна сума активів, що покривають зобов'язання. Подамо цю величину як суму окремих інвестицій A_i^* , $i = 1, 2, \dots, n$, тобто

$$A^* = \sum_{i=1}^n A_i^*$$

Позначимо $a_i^* = \frac{A_i^*}{A^*}$, $i = 1, 2, \dots, n$ відносний розмір окремих інвестицій.

Тоді $\max \left(\frac{A_i^*}{\bar{a}} - \bar{a} \right)$ – максимум відносних розмірів інвестицій, \bar{a}^* – середнє значення даних величин.

Величина X^* означає загальну суму зобов'язань, поділених на категорії X_i^* , $i = 1, 2, \dots, m$, що можуть викликатися різними катастрофічними подіями.

Тоді, $X^* = \sum_{i=1}^m X_i^*$. Позначимо \bar{X}^* – середнє значення величин X_i^* ; M_X –

максимальний розмір чистих виплат.

Використовуючи загальнодоступні дані, немає можливості розрахувати капітал, необхідний для покриття даного ризику.

Оцінка ризику перестраховання. Кожному перестраховику, який функціонує на теренах ЄС, надається бал ω_i , який відповідає його рейтингу. Даний бал змінюється в межах від 0 до 1.

Капітал, необхідний для покриття даного ризику, обчислюється за формулою [448, с. 337]:

$$C_{rr} = k_\gamma \sigma_{rr} = k_\gamma \left(\sum_{i=1}^r (1 - \omega_i) \sigma_i^2 + \sum_{i=1}^r (1 - \omega_i) P_{i,rr}^2 \right)^{\frac{1}{2}} \quad (3.46)$$

де σ_i – середньоквадратичне відхилення розміру дебіторської заборгованості від i -го перестраховика; $P_{i,rr}$ – розмір переданих даному перестраховику премій.

Вибираючи значення кредитного рейтингу всіх перестраховиків на рівні загальнодержавного рейтингу, який встановлений на рівні B (станом на 30 жовтня 2009 року), можемо дати оцінку ризику перестраховання за публічними даними. Отримаємо:

$$\bar{C}_{rr} = k_\gamma \bar{\sigma}_{rr} = k_\gamma \sqrt{1 - \omega} \cdot P_{rr} \quad (3.47)$$

де $1 - \omega = 0,2382$; P_{rr} – сума премій переданих перестраховикам.

Результати розрахунків наведено в таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

Розрахунок обсягів капіталу, необхідного для покриття ризику перестраховання, тис. грн.

Компанія	$\bar{\sigma}_{rr}$	\bar{C}_{rr}
Оранта	236823,9	298205,8
СГ «ТАС»	76923,8	96861,5
Вексель	18146,0	22849,2

Оцінка ризику кредитного дефолту. Для даного типу ризику запропоновано використовувати підхід стандартний для банківської сфери. В даному випадку необхідний капітал складатиме [448, с. 340]:

$$C_{dcr} = \left(0.08 \sum_{j,c} r_{jc} A_{jc} \right)^{\frac{1}{2}} = \left(\sum_j \omega_{jc} A_{jc} \right)^{\frac{1}{2}} \quad (3.48)$$

де r_{jc} – ваговий коефіцієнт ризику визначений на рівні ЄС; A_{jc} – розмір ризикового капіталу j -ої групи.

Даний розрахунок не може бути проведено за загальнодоступними даними.

Оцінка операційного ризику. Відповідно капітал, необхідний для покриття операційного ризику, обчислюється за формулою [448, с. 340]:

$$C_{OR} = \sum_{i=1}^L \bar{B}_{i,3} \beta_i \quad (3.49)$$

де $\bar{B}_{i,3}$ – середній розмір валових премій за останні 3 роки по i -му виду бізнесу; β_i – коефіцієнт, який встановлений ЄС на рівні 0,01.

Оскільки на даному етапі коефіцієнт β встановлений на однаковому рівні для всіх видів страхування, то можемо провести обчислення за спрощеною формулою:

$$\bar{C}_{OR} = \bar{B}_3 \beta \quad (3.50)$$

де \bar{B}_3 – середнє значення валових страхових премій за останні три роки (параметр обчислений за даними табл. 3.9).

Результати проведених розрахунків, наведені в таблиці 3.14.

Таблиця 3.14

Розрахунок обсягів капіталу, необхідного для покриття операційного ризику, тис. грн.

Компанія	\bar{B}_3	\bar{C}_{OR}
Оранта	727786,8	7277,868
СГ «ТАС»	266693,3	2666,933
Вексель	242821,8	2428,218

Отже, останні два ризики оцінюються за алгоритмами, прийнятими в банківській сфері.

Загальна оцінка нормативної маржі платоспроможності (SCR).

Враховуючи, що C_{br} , C_{dcr} і C_{cor} не можуть бути розраховані за публічними даними, покладемо $\bar{C}_{br} = 0$, $\bar{C}_{dcr} = 0$ і $\bar{C}_{cor} = 0$.

В результаті формула (3.24) набуде деяких спрощень і матиме вигляд:

$$\begin{aligned}\bar{C}_{TOT} &= \sqrt{\bar{C}_{ur}^2 + \bar{C}_{er}^2 + 2\bar{C}_{ur}\bar{C}_{er}} + \bar{C}_{MR} + \sqrt{\bar{C}_{rr}^2 + \bar{C}_{OR}^2} = \\ &= \bar{C}_{ur} + \bar{C}_{er} + \bar{C}_{MR} + \bar{C}_{rr} + \bar{C}_{OR}.\end{aligned}$$

Підставимо в цей вираз результати, подані в (3.38)-(3.50). Отримаємо загальну факторну модель:

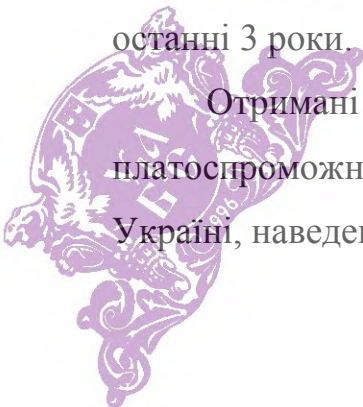
$$\begin{aligned}\bar{C}_{TOT} &= k_\gamma \left(\sqrt{(1+b_{ur})\beta_{st} + D(LR) + c(1+p)} \cdot X_n + \sqrt{\sum_{j=2}^c A_{0j}^2 \sigma^2(j) + \sqrt{1-\omega} \cdot P_{rr}} \right) + \\ &+ \bar{B}_3 \beta.\end{aligned}$$

Враховуючи поточні значення коефіцієнтів $k_\gamma = 2,58$; $b_{ur} = 0,08$; $\beta_{st} = 0,015$; $D(LR) = 0,11$; $p = 0,1$; $c = 0,155$; $\sigma(\text{основні засоби}) = 0,13$; $\sigma(\text{довгостроюві інвестиції}) = 0,17$; $\sigma(\text{інше}) = 0,3$; $1-\omega = 0,2382$; $\beta = 0,01$; $\sigma(\text{поточні інвестиції}) = 0,007$; загальну факторну модель можна записати так:

$$\begin{aligned}\bar{C}_{TOT} &= 2,58 \cdot \left(0,52575 \cdot X_n + \sqrt{0,0169 \cdot P_n^2 + 0,0289 \cdot S_n^2 + 0,000049 \cdot I_n^2 + 0,09 \cdot A_n^2} + \right. \\ &\left. + 0,488057 \cdot P_{rr} \right) + 0,01 \cdot \bar{B}_3.\end{aligned}$$

де X_n – сума страхових виплат за останній рік; P_n – основні засоби; S_n – довгострокові інвестиції; I_n – короткострокові інвестиції; A_n – інше; P_{rr} – сума премій, переданих перестраховикам; \bar{B}_3 – середній розмір валових премій за останні 3 роки.

Отримані за цією формулою результати та величина нормативної платоспроможності, розрахована за методикою, прийнятою на даний час в Україні, наведено в таблиці 3.15.



Розрахунок загальної величини ризикової надбавки, тис. грн.

Компанія	Величина ризикової надбавки		Відношення, %
	на основі індивідуальної оцінки ризиків (\bar{C}_{TOT})	згідно з чинним законодавством України	
Оранта	1141766,9	160512,8	711,3
СГ «ТАС»	425426,5	61530,4	691,4
Вексель	227175,3	55420,9	409,9

Аналіз даних таблиці 3.15 свідчить, що за новим підходом до визначення нормативної платоспроможності, який базується на врахуванні комплексу ризиків (страхового, ринкового, кредитного та операційного) вимоги до фактичного капіталу страхової компанії є набагато вищими [353]. Так, для страхової компанії «Оранта» та страхової групи «ТАС» необхідний запас капіталу має бути в сім разів вищим, ніж той, що розрахований за чинною методикою, а для страхової компанії «Вексель» цей показник повинен бути вищим у чотири рази.

Повністю погоджуємося із В.В. Веремєєвим, стосовно того, що «виходячи з умов гарантії діяльності страхової компанії на майбутній період її фінансова стійкість повинна відповідати не лише стандартним вимогам прозорості, публічності та оперативності, але й перспективності, тобто вона повинна розповсюджуватися на майбутній період дії кожного договору страхування» [33, с. 17]. Велике значення, при цьому, буде відігравати оцінка платоспроможності страхової компанії, заснована на ризиковому підході. В разі її використання необхідним буде відстеження динаміки фінансової стійкості, яку можна було б екстраполювати на майбутній період дії договорів страхування. І саме рейтинги фінансової стійкості страхових компаній можуть виступати в ролі об'єктивних показників при відстежуванні динаміки їх фінансової стійкості, що і буде предметом розгляду в наступному розділі роботи.



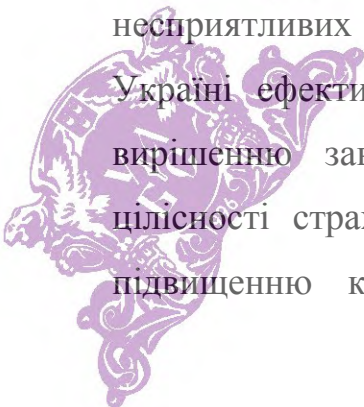
Висновки до третього розділу

За результатами дослідження оцінки фінансової стійкості страхових компаній з урахуванням впливу ризиків, що проведене у третьому розділі дисертаційної роботи, можна зробити наступні висновки:

1. Об'єктивна і повноцінна технологія оцінки фінансової стійкості включає сукупність принципів, показників і методів оцінювання. При цьому, обов'язковим є врахування характерних для страхових компаній проявів ризиків, що в цілому визначає цілісність та нестандартний підхід до розгляду досліджуваної проблематики, оскільки в ринкових умовах необхідно не лише володіти інформацією про поточний фінансовий стан страховиків, але й мати уявлення про ступінь їх нараженості на ризики і фінансову стійкість в майбутньому.

2. Дослідження дозволило встановити групи індикаторів фінансової стійкості страхових компаній, а саме таких, що: 1) характеризують поточну фінансову стійкість; 2) дохідність та прибутковість діяльності страховика; 3) відображають потенційну уразливість до ризиків. З огляду на різновекторність та ризиковий характер діяльності страхових компаній в ринкових умовах в складі останньої групи індикаторів запропоновано показники, що характеризують якість активів, андеррайтингової та перестрахової політик, якість управління страховою компанією та чутливість до ринкового ризику. Зазначені індикатори є необхідним елементом системи пруденційного регулювання діяльності страховиків.

3. Важливим фактором у справі забезпечення фінансово стійкої інтегрованої страхової системи є наявність ефективного та адаптованого регулювання, спрямованого на випередження та запобігання розвиткові несприятливих подій. В зв'язку з цим, вказано на необхідність формування в Україні ефективної системи пруденційного регулювання, яка має сприяти вирішенню завдань, пов'язаних із забезпеченням загальної стійкості й цілісності страхової системи, ефективному захисту інтересів споживачів й підвищенню конкурентоспроможності національних страхових компаній.

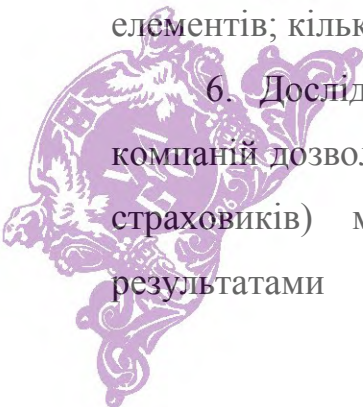


Сформовано структурно-функціональне представлення та надано інтерпретацію основним компонентам пруденційного регулювання діяльності страхових компаній.

4. Визначено розподіл сукупності з 71 страхової компанії з ризикового страхування за рівнем їх фінансової стійкості, виходячи з наявної статистичної та аналітичної інформації (станом на 01 січня 2007-2009 років). Отримані дані свідчать про негативну тенденцію, яка проявилася у переході певної частини страхових компаній з високим рівнем фінансової стійкості до сукупності компаній із граничною та незадовільною фінансовою стійкістю. Поряд з цим, здійснена оцінка рівня фінансової стійкості на сукупності із 41 страхової компанії, стосовно яких була доступною і повною статистична інформація впродовж 2006-2009 років. Проведений аналіз в цілому підтверджує тенденцію до погіршення фінансової стійкості страхових компаній, і можна припустити, що це свідчить, з одного боку, про розбалансованість підходів до її забезпечення, а з другого – про неадекватність такої оцінки.

5. З аналізу існуючих теоретико-методологічних підходів до оцінки платоспроможності страхових компаній, що здійснюється шляхом порівняння нормативного показника платоспроможності з фактичним, встановлено недоліки вітчизняної системи державного регулювання платоспроможності, які сьогодні яскраво проявляються, не дивлячись на те, що існуючі підходи до обчислення зазначеного показника зазнали істотних позитивних змін. За результатами ретроспективного аналізу законодавства України в частині нормативно-правового регулювання платоспроможності страхових компаній визначено такі тенденції: розширення складу елементів, що визначають платоспроможність страховиків; чіткіше визначення якісного змісту цих елементів; кількісне зростання показників встановлених нормативних величин.

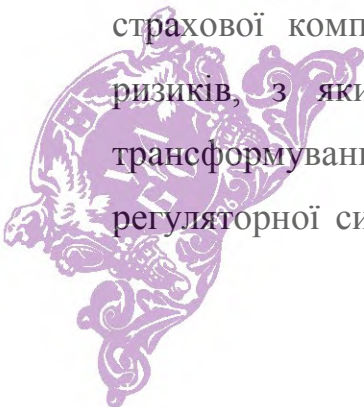
6. Дослідження процесів забезпечення платоспроможності страхових компаній дозволило обґрунтувати, що аналізовані компанії (вбірка складає 66 страховиків) мають достатній рівень платоспроможності, причому за результатами досліджень встановлена значна «строкатість» значень



перевищення фактичної платоспроможності над нормативною. Звідси маємо два висновки: перший – «недовантаження» таких компаній страховими договорами, відповідно, українські страховики можуть приймати та нести більшу за обсягами страхову відповідальність, другий – недосконалість існуючих підходів до оцінки платоспроможності страховиків. На користь останнього висновку свідчить те, що не дивлячись на теоретично високий рівень платоспроможності українських страховиків, на початку 2009 р. виявилось, що головна проблема з якою зіштовхнулися – питання їх платоспроможності.

8. В процесі визначення комплексу заходів щодо підтримання достатнього рівня фінансової стійкості, запропоновано встановлення обов'язкових індикаторів для всіх страхових компаній, які надають послуги із ризикових видів страхування – мінімального та контрольного рівнів платоспроможності. На обох рівнях передбачається втручання органів страхового нагляду в справи страховика, диференційоване залежно від рівня загрози втрати платоспроможності до того, як проблеми стали серйозною загрозою для платоспроможності страхової компанії.

9. Вивчення європейських стандартів визначення платоспроможності дозволяє намітити шляхи подальшого розвитку та гармонізації вітчизняного законодавства з європейським. На основі аналізу особливостей практики ЄС з оцінки платоспроможності страхових компаній (Solvency I), визначено, що їй притаманні як позитивні риси, так і певні недоліки. При цьому, головним недоліком чинної системи оцінки платоспроможності є неповнота відображення впливу на страхову галузь загальноринкових тенденцій: насамперед, до уваги не береться специфіка профілю ризиків конкретної страхової компанії. Тому, з метою адекватного врахування всіх основних ризиків, з якими має справу певний страховик, доведена необхідність трансформування Solvency I у Solvency II; остання має на меті побудову нової регуляторної системи оцінки платоспроможності страхових компаній шляхом



використання трьох основоположних блоків, структура яких передбачає внутрішню їх несуперечливість та виключає дублювання їх складових.

10. За результатами проведеного дослідження удосконалено науково-методичні підходи до оцінки платоспроможності страхових компаній; на цій основі обчислено нормативну платоспроможність окремих страхових компаній, яка базується на врахуванні комплексу ризиків – страхового, ринкового, кредитного та операційного. В результаті доведено, що українські страхові компанії, в разі використання новітніх підходів до визначення платоспроможності, повинні мати в розпорядженні значно більшу суму коштів для того, щоб бути визнаними платоспроможними, тобто нові вимоги до фактичного капіталу страхової компанії є набагато вищими.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях [322, 326, 342, 350, 353, 359].



Державний вищий навчальний заклад
"УКРАЇНСЬКА АКАДЕМІЯ БАНКІВСЬКОЇ СПРАВИ"
НАЦІОНАЛЬНОГО БАНКУ УКРАЇНИ

РОЗДІЛ 4

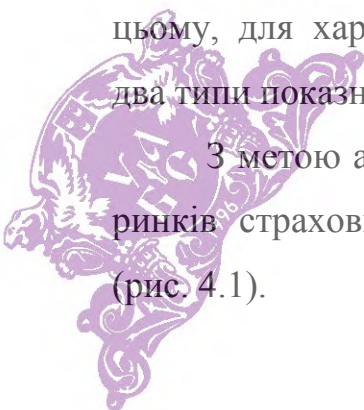
РЕЙТИНГОВА ОЦІНКА ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ

4.1. Характеристика існуючих підходів щодо рейтингової оцінки діяльності страховиків

В практиці регулювання та нагляду рейтинг страхової компанії відносно новий для України інструмент, який дозволяє донести до інвестора та інших зацікавлених осіб інформацію про рівень ризику або надійність окремих учасників страхового ринку. В усьому світі рейтинг фінансової установи служить для оцінки її фінансової стійкості і надійності та впливає на формування її іміджу. Визначення (присвоєння) об'єктивного рейтингу страховикові вимагає застосування для цієї мети адекватних підходів, в основі яких повинна лежати коректна інтерпретація статистичної та іншої інформації, окрім того, ці підходи повинні визнаватися легітимними всіма учасниками фінансового ринку. Нині, в економічно розвинутих країнах саме рейтинг страхової компанії є загальновизнаною характеристикою, яка використовується для оцінки ступеня довіри до страховика та рівня його конкурентоспроможності [348]. В зв'язку з цим, мусимо констатувати, що подальший розвиток страхової справи в Україні безумовно буде пов'язаний з проблематикою визначення (присвоєння) об'єктивних рейтингів фінансової стійкості страхових компаній.

В міжнародній практиці, залежно від поставлених цілей, використовуються різні типи оцінок діяльності страхових компаній [304]. При цьому, для характеристики фінансової стійкості страховика використовують два типи показників: кількісні та якісні.

З метою аналізу статистичних даних, а також для вивчення кон'юнктури ринків страховики використовують практично будь-які джерела інформації (рис. 4.1).



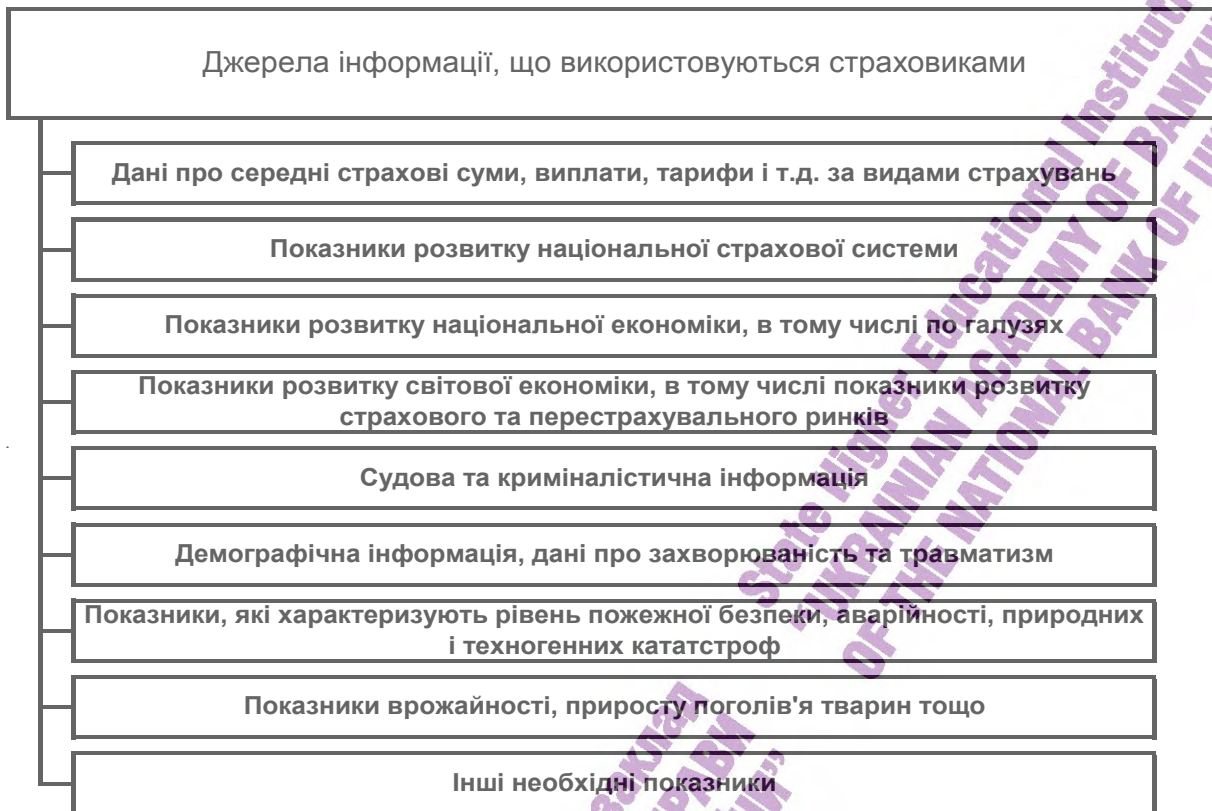


Рис. 4.1 Джерела інформації, які використовуються страховиками для вивчення кон'юнктури ринків

На підставі цієї інформації, з метою забезпечення стабільного функціонування власного бізнесу, страховиками проводяться статистичні та маркетингові дослідження (рис. 4.2).

Водночас ситуація, яка нині спостерігається в Україні з запровадженням систем рейтингування, не може залишати байдужими страхову спільноту. Адже ще донедавна органи державного нагляду і контролю приділяли цій проблематиці недостатньо уваги. Та все ж певні зрушення з'явилися після затвердження Концепції створення системи рейтингової оцінки регіонів, галузей національної економіки, суб'єктів господарювання, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 01.04.2004 р. №208-р. [127]. Відповідно до згаданої Концепції, для визначення кредитного ризику конкретних суб'єктів господарювання передбачається здійснення їх рейтингової оцінки.





Рис. 4.2. Основні напрями статистичних і кон'юнктурних досліджень в страхуванні

Зростання зацікавленості суспільства в об'єктивних рейтингових оцінках страхових компаній викликане, в основному, двома причинами:

- по-перше, клієнти та інвестори вітчизняних страховиків не завжди мають доступ до достовірної фінансової інформації про своїх партнерів. Це робить неможливим проведення аналізу їхньої фінансової стійкості. Хоча відповідно до ст. 34 Закону України «Про страхування» [88] страховики публікують свій річний баланс та звітність за формою і в порядку, встановленому Уповноваженим органом, та опубліковані документи містять лише узагальнені статистичні показники, які не дозволяють отримати відповідь на жодне з таких важливих питань: наскільки надійним є певний страховик, який ступінь його фінансової стійкості;

- по-друге, одна з характерних рис сучасного страхового ринку – наявність конкуруючих між собою страхових організацій. Саме тому страховики, які ведуть серйозний бізнес, повинні приділяти значну увагу вивченню позицій конкурентів на ринку та визначенню

конкурентоспроможності їх страхових продуктів. Адекватний аналіз ринкової ситуації дозволяє страховикові напевне визначити власну позицію на страховому ринку, дає йому можливість розширювати клієнтську базу та спектр послуг, а також постачає матеріал для розробки стратегії діяльності страхової компанії в подальшому.

Що ж таке рейтинг? На сьогодні не існує усталеного та всіма прийнятого визначення цього поняття. У страхування поняття «рейтинг» прийшло з інших сфер діяльності людини. Щоб краще зрозуміти, який сенс вкладається в нього, вважаємо за доцільне навести визначення дефініції «рейтинг», які застосовуються в інших галузях людської діяльності. Отже, рейтинг – це:

- процес оцінювання людей, предметів або ситуацій за допомогою шкали [439, с. 132]. Шкала представлена у вигляді прямої, поділеної на відрізки, які застосовуються для оцінки даного явища (наприклад, добре, задовільно, незадовільно). Подібну ж інтерпретацію терміну «рейтинг» наводить і Р. Брюер [434, с. 65] та Л.В. Руденко, яка акцентує увагу на «оцінці позиції досліджуваного об'єкта на шкалі показників» [246, с. 341];

- метод порівняльної узагальненої оцінки діяльності декількох установ [155, с. 78; 373, с. 218; 412, с. 125];

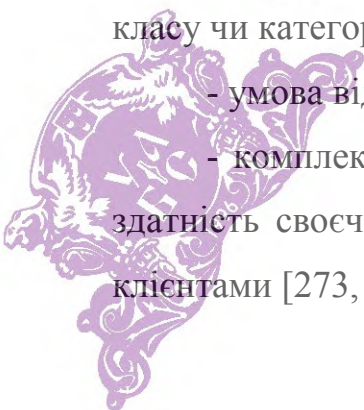
- відносний показник надійності ділового партнера, банку, страхової компанії тощо [285, с. 758];

- система оцінки діяльності установи, яка заснована на фінансових показниках роботи і даних балансу. Це суб'єктивна оцінка установи та її можливості виконати зобов'язання в короткостроковому і довгостроковому періодах [165, с. 71];

- комплексна оцінка стану об'єкта, яка дозволяє віднести його до певного класу чи категорії [26, с. 943; 237, с. 8];

- умова відкритої конкуренції на страховому ринку [51, с. 106];

- комплексна оцінка діяльності страхової організації, що характеризує її здатність своєчасно та в повному обсязі виконувати свої зобов'язання перед клієнтами [273, с. 818];



- система порівняльної оцінки з метою визначення місця організації за підсумковим інтегральним значенням показника, який комплексно характеризує інвестиційну привабливість та платоспроможність, і ґрунтується на даних офіційної бухгалтерської звітності [256, с. 58];

- процедура аналізу, в результаті якої аналізований об'єкт отримує певну оцінку, тобто підпадає під характеристику, що відповідає його поточному фінансовому стану та прогнозу діяльності [143, с. 166].

Узагальнюючи наведені трактування відмітимо, що головні підходи науковців до визначення сутності рейтингу зводяться до наступного:

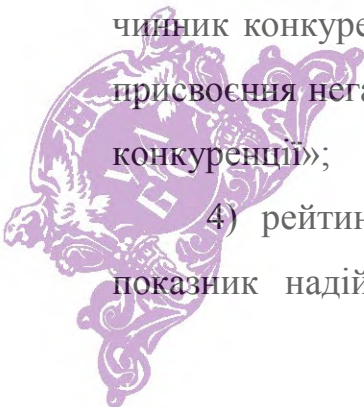
1) рейтинг визначається як «процес» або «система» оцінки діяльності певної установи або ж як «процедура аналізу».

Автори визначень поняття «рейтинг» часто акцентують увагу на процедурному механізмі, за допомогою якого визначається місце об'єкта в ранжованому ряді. Проте, на нашу думку, дії з аналізу ситуації, в якій знаходиться досліджуваний об'єкт, та власне процес визначення певного показника, який характеризує стан і/або діяльність об'єкта в цій ситуації повинні розглядатися не як рейтинг, а як процес його побудови – рейтингування;

2) рейтинг представляється як «метод порівняльної оцінки». Не можна погодитися із прихильниками даної точки зору, оскільки така інтерпретація поняття «рейтинг» є досить обмеженою. Практично це не доведений до логічного завершення варіант підходу описаного вище;

3) рейтинг характеризується як «умова конкуренції на страховому ринку». З нашої точки зору така інтерпретація поняття «рейтинг» викликає певні сумніви. Адже в даному випадку присвоєння рейтингу розглядається як чинник конкуренції. Та, якщо значення рейтингу знижується або відбувається присвоєння негативного рейтингу, то такі випадки важко розглядати як «умову конкуренції»;

4) рейтинг визначається як «комплексна оцінка» або як «відносний показник надійності» будь-якого суб'єкта. На наш погляд, цей підхід є



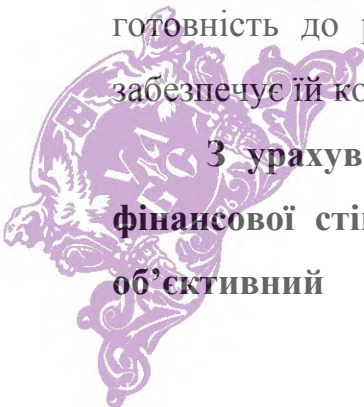
точнішим порівняно з іншими. Однак, навіть за умови його застосування, не враховуються характеристики саме однорідних елементів, щодо яких здійснювалася оцінка.

Підбиваючи підсумок сказаному, зауважимо, що, перші два з описаних вище підходів до визначення сутності поняття «рейтинг», характеризують процес рейтингування, а не рейтинг як такий. Більше того, вони не повністю визначають навіть сам процес рейтингування. В даному контексті доцільно процитувати С.В. Приймак, яка розглядає дефініцію рейтингування як «процес постійної оптимізації джерел, каналів та інструментів збору аналітичної інформації, з одного боку, та удосконалення економетричних методів обробки інформації – з іншого» [226, с. 31].

І. Лютий та О. Юрчук є представниками четвертого з описаних вище підходів щодо визначення поняття «рейтинг». Саме їм, на нашу думку, належить найбільш влучне формулювання визначення поняття «рейтинг». Вони вважають, що рейтинг – це «певні комплексні характеристики однорідних елементів економічної системи, які розраховуються на основі певних показників згідно з прийнятою методикою та визначають місце (рейтинг) кожного елемента серед інших елементів системи» [156, с. 42].

Незважаючи на різноманітність підходів до визначення сутності рейтингу з впевненістю можна говорити, що він є незамінним засобом, який, з одного боку, спроможний забезпечити достатньо об'єктивну інтегровану оцінку різнобічної діяльності страхової компанії, а з іншого, – надає потенційному клієнту інформацію про фінансову стійкість страховиків та забезпечує йому можливість порівняння страхових компаній між собою. Крім того, визначення (присвоєння) рейтингу страховій компанії свідчить про її відкритість, готовність до роботи за цивілізованими стандартами, а це, в свою чергу, забезпечує їй конкурентні переваги на ринку.

З урахуванням міркувань наведених вище вважаємо, що рейтинг фінансової стійкості страхової компанії – це інтегрований суб'єктивно-об'єктивний показник, який є результатом комплексного та



багатофакторного аналізу діяльності страховиків та, який, через використання одноманітних критеріїв, дозволяє порівнювати показники діяльності страхових компаній з метою характеристики їх фінансового стану та здатності виконувати свої зобов'язання як в короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі, незважаючи на прояви різноманітних ризиків, а також виступає як потужний інструмент контролю, аналізу, моніторингу, прогнозування та основа для планування і напрацювання подальшої стратегії розвитку страховика. Рейтинг визначається (рейтингування здійснюється) згідно з прийнятою методикою незалежним експертом на підставі аналізу статистичної, фінансової, маркетингової та інших видів інформації.

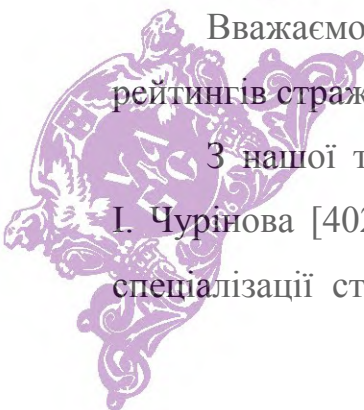
В наш час серед науковців і практиків відсутній єдиний підхід та однаковість не лише до суті поняття «рейтинг», але і щодо класифікаційних ознак та різновидів рейтингів.

Так, Л.М. Дідик [74, с. 27] вказує на можливість проведення оцінки як у просторі (порівняння різних підприємств), так і у часі (одне й те ж підприємство в різні періоди часу), тобто поділяє рейтинги за просторовим та часовим критеріями. С.В. Приймак [226, с. 31] поділяє рейтинги на зовнішні, які присвоєні незалежними рейтинговими агентствами, і внутрішні, які розробляються самими підприємствами, установами та організаціями.

Натомість, А. Мазаракі та Н. Шульга розширюють наведені класифікації рейтингів, додатково вводячи такі критерії поділу як: тип власності (державні та недержавні); ступінь прозорості (відкриті та закриті); спосіб оцінювання (експертний, бухгалтерський та змішаний); метод побудови (бальний та індексний) [159, С. 26–27].

Вважаємо, що всі охарактеризовані вище підходи до класифікації рейтингів страждають фрагментарністю.

З нашої точки зору, найбільш повно класифікацію рейтингів здійснила І. Чурінова [402, С. 15–16]. Вона поділяє рейтинги на різновиди залежно від спеціалізації страхових компаній; глибини аналізу; відношення до світового

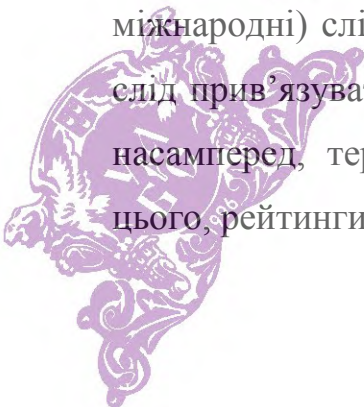


співтовариства; тривалості прогнозу; користувачів рейтингу; обсягів аналізованої інформації; об'єктів аналізу; показників, використаних для оцінки (рис. 3.1 додатку 3).

Однак слід зауважити, що не всі запропоновані І. Чуріною підходи до класифікації рейтингів страхових компаній, з нашої точки зору, мають право на життя, через те що:

1) виокремлення різновидів рейтингів за критерієм спеціалізації, зокрема рейтингів страхових медичних організацій та універсальних компаній є недоцільним. Стосовно виділення рейтингів страхових медичних організацій не зрозумілим є те, що мається на увазі під ними, оскільки по-перше, наданням послуг із медичного страхування займаються компанії, які вже виділені І. Чуріною як «страховики, які займаються страхуванням, іншим ніж страхування життя» [402, с. 15]; по-друге, наданням послуг із медичного страхування займаються страховики, які додатково надають клієнтам ще великий спектр додаткових страхових послуг, звідси незрозумілий процедурний механізм побудови такого рейтингу; по-третє, припустимо, що для цілей класифікації рейтингів автор, в якості критерію, обрала використання рейтингу страхового продукту. В цьому випадку виникає ситуація коли необґрунтовано змішуються рейтинг страхової компанії та рейтинг продуктів. Та це дві принципово різні речі, які різняться як за змістом, так і за методикою визначення. До того ж виділення автором рейтингів окремо для універсальних компаній, є недоцільним через заборону на створення універсальних компаній відповідно до страхового законодавства Європейського співтовариства;

2) використання в якості ознаки класифікації рейтингів – «відношення до світового співтовариства» (за яким поділ відбувається на внутрішньокраїнові та міжнародні) слід уточнити. Вважаємо, що наведений критерій класифікації не слід прив'язувати до світового співтовариства, його призначення відобразити, насамперед, територіальну приналежність страховика, і, у відповідності до цього, рейтинги доцільно поділяти на національні та міжнародні;



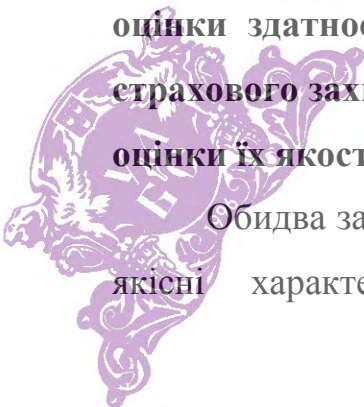
3) запропонований автором критерій класифікації рейтингів – «залежність від тривалості прогнозу, на основі якого був складений рейтинг» не є коректним, оскільки прогноз і рейтингова оцінка речі достатньо різні. Рейтингова оцінка здійснюється, насамперед, на підставі даних фінансової звітності та іншої інформації за минулий період та, як правило, характеризує фінансову стійкість компанії на певну дату. Тому, правильніше було б говорити про поточний рейтинг та прогнозований рейтинг, який, в свою чергу може бути коротко-, середньо- та довгостроковим;

4) не досить влучним є побудова рейтингів окремо за кожною з наведених далі ознак: надійність, фінансова стійкість та платоспроможність. Як було вказано у підрозділі 1.1 даного дослідження, надійність і платоспроможність – є ознаками фінансової стійкості. Отже, розгляд цих параметрів окремо один від одного не має сенсу. Тому, у випадку побудови рейтингу страхових компаній за ознакою їх фінансової стійкості, інтегрована оцінка якісної та кількісної складових діяльності страховика обов'язково має включати дослідження надійності та платоспроможності страхової компанії;

5) застосування в якості критерію класифікації рейтингів страховиків «показників, використаних для оцінки» деякою мірою дублює класифікацію за критерієм глибини охоплення. Так, І. Чурінова говорить про виокремлення рейтингів, які базуються на абсолютних та відносних показниках. Та це не рейтинги, а найпростіші ренкінги.

Враховуючи вищенаведені міркування, пропонуємо виділити два види страхових рейтингів залежно від об'єкта оцінювання: рейтинг фінансової стійкості страхової компанії та рейтинг страхових продуктів. Рейтинг фінансової стійкості страховика – це, насамперед, результат оцінки здатності реалізації ним функції страхового захисту (реальності страхового захисту). Рейтинг окремих страхових продуктів – є результатом оцінки їх якості [343, с. 190].

Обидва запропоновані види рейтингів тісно пов'язані один з одним, адже якісні характеристики страхових продуктів нерозривно пов'язані з



ефективністю надання страхового захисту, тобто з фінансовою стійкістю страхової компанії, і навпаки. Та слід підкреслити, що головне завдання будь-якої страхової компанії полягає не у простому присвоєнні їй рейтингу, а в тому, щоб за результатами діяльності цей рейтинг був, по-перше, бажаного рівня, а по-друге, присвоювався визнаним рейтинговим агентством.

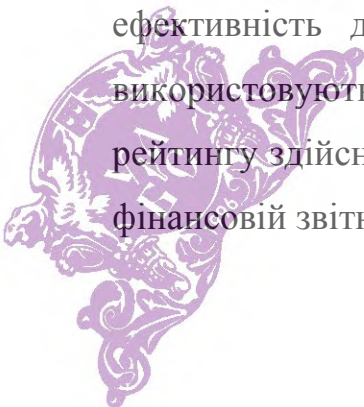
На нашу думку, найважливіші критерії, відповідно до яких можна систематизувати види рейтингів у страхуванні – це характер і обсяг інформації, яка використовується в процесі рейтингового оцінювання; спеціалізація діяльності страхових компаній; глибина проведення аналізу; метод побудови; територіальна ознака; рівень управління; статика/динаміка; спосіб оцінювання (рис. 4.3).

Оскільки в нашому дослідженні основна увага приділена проблематиці забезпечення фінансової стійкості страхових компаній, розглянемо особливості класифікації рейтингів фінансової стійкості страховиків.

Беручи до уваги **характер і обсяг інформації**, яка використовується для рейтингового аналізу, можна виділити два його види: рейтинг добровільний і рейтинг публічний (кваліфікований).

Добровільне рейтингування здійснюється частіше. Інформаційна база, яка для цього використовується, достатньо широка. Разом із загальнодоступними даними, вона охоплює також і внутрішні дані об'єкта оцінки. Страховик, роблячи заявку на проведення добровільного рейтингу, зобов'язується надати інформацію, необхідну рейтинговому агентству для визначення (присвоєння) страховій компанії рейтингу за результатами оцінювання її діяльності.

При здійсненні публічного рейтингування, детальний аналіз діяльності страхової компанії не проводиться, якісні показники, що характеризують ефективність діяльності страховика, практично не використовуються або використовуються в дуже незначних обсягах. Присвоєння страховикові певного рейтингу здійснюється на підставі загальнодоступних даних, наведених у його фінансовій звітності.



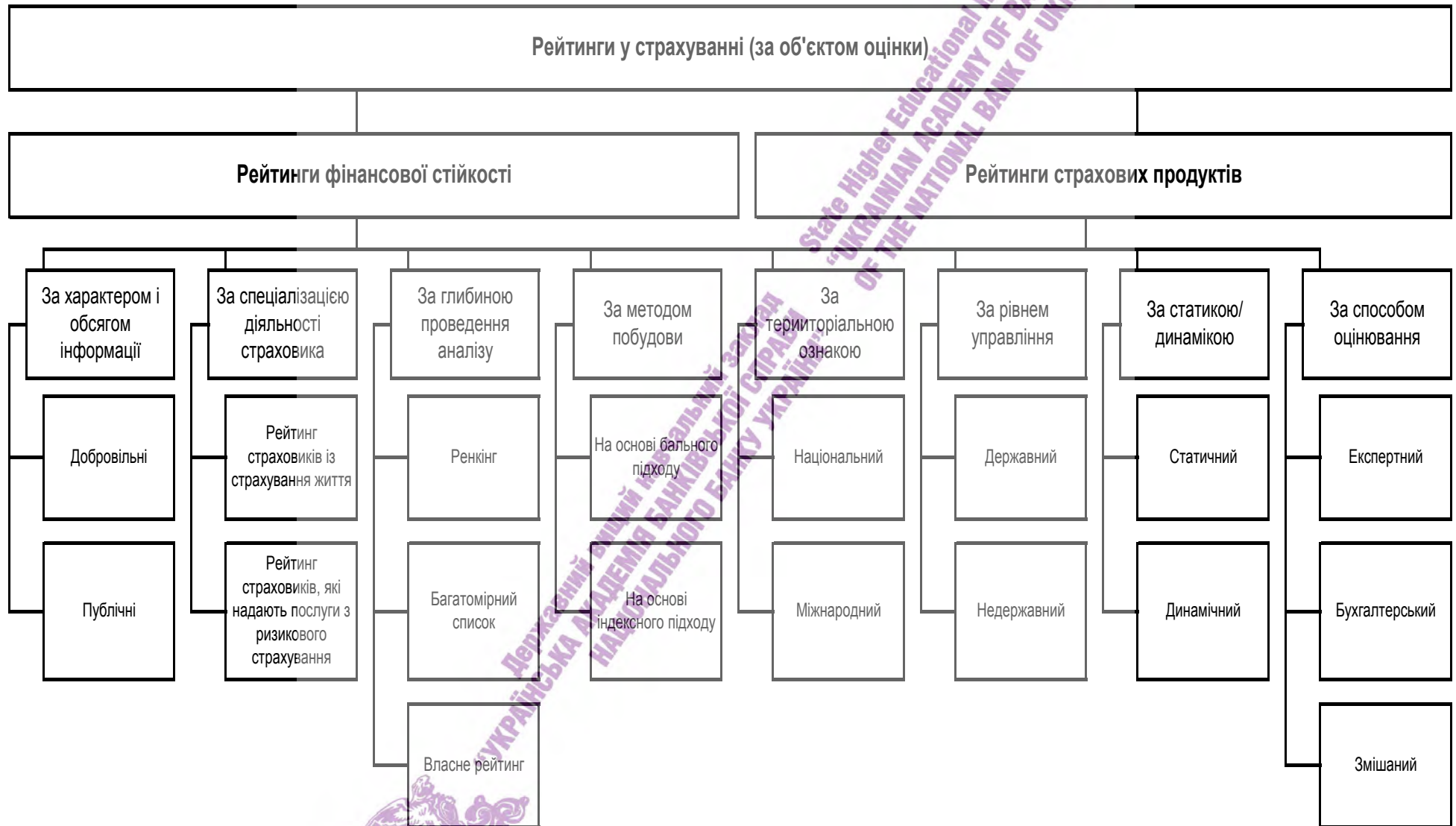


Рис. 4.3. Класифікація рейтингів страхових компаній

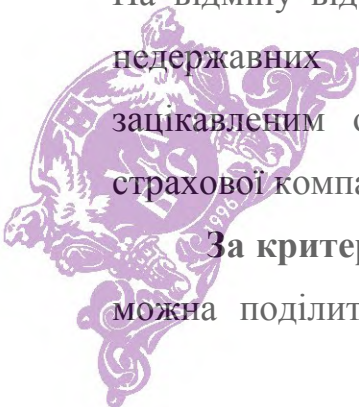
Важливою передумовою адекватності процесу рейтингування страхових компаній є його узгодження з характером діяльності конкретного страховика. Це викликано тим, що специфічність діяльності страхових компаній в різних галузях страхування зумовлює необхідність використання неодноманітних критеріїв оцінювання результатів їх діяльності. Отже, **спеціалізація діяльності страхової компанії** є важливим критерієм класифікації рейтингів.

За методом побудови розрізняють рейтинги, які визначаються на основі бального та індексного підходів. Бальна система побудови рейтингу дозволяє отримати інтегральну оцінку фінансового стану страховика в балах, які присвоюються йому за кожним з обраних показників. Індексний метод побудови рейтингу передбачає розрахунок індексу за кожним з показників фінансового стану. При цьому, вказані індекси (назвемо їх первинні) можуть розраховуватися як відносно базового, так і відносно усередненого (для групи компаній) значення певного показника.

Наступний критерій класифікації, запропонований нами, – це класифікація рейтингів за **територіальною ознакою**. За ним рейтинги фінансової стійкості поділяють на національні та міжнародні. В умовах інтеграційних та глобалізаційних процесів все більшої актуальності набирає процес присвоєння страховикам саме міжнародних рейтингів фінансової стійкості.

За критерієм **рівень управління** рейтинги можна поділити на державні та недержавні. Особливістю державних рейтингів є їх закритість. Дані такого рейтингу не публікуються в офіційних джерелах. Вони призначені для органів державного нагляду, які використовують їх з метою запобігання банкрутству страхових компаній та для забезпечення стабільності всієї страхової системи. На відміну від державних рейтингів, недержавні – є відкритими. Публікації недержавних рейтингів незалежними агентствами дають можливість зацікавленим особам самостійно приймати рішення щодо вибору певної страхової компанії.

За критерієм **статика/динаміки** рейтинги фінансової стійкості компаній можна поділити на статичні, коли присвоєння рейтингів обраній множині



страхових компаній відбувається на певний момент часу, та динамічні, коли на підставі аналізування та оцінки діяльності страховика в різні періоди часу відслідковуються зміни його рейтингів (в різні часові проміжки рейтинг страховика може бути різним) та відповідно будується динамічний рейтинг страховика за певний проміжок часу.

За способом оцінювання рейтинги у страхуванні поділяються на експертні, бухгалтерські і змішані. Експертні способи побудови рейтингів базуються на оцінках показників, вибір яких обґрунтовується експертом на основі власного досвіду та кваліфікації. В основу бухгалтерських способів покладено аналіз публічної фінансової звітності страховика та кількісних показників його діяльності. Змішаний спосіб – передбачає спільне використання результатів експертних і бухгалтерських оцінок.

Детальніше зупинимося на останньому критерії класифікації рейтингів фінансової стійкості страховиків – **залежності від глибини проведення аналізу**. За цим критерієм рейтинги можна поділити на ренкінги, багатомірні списки та власне рейтинги.

Створення ренкінгу полягає у ранжуванні одиниць аналізованої сукупності за зростанням або убунанням [143, с. 166], за певною ознакою [95, с. 42] або технічним упорядкуванням інформації, без певної методики, за будь-яким лінійним показником [38, с. 21]. При складанні ренкінгу інформацію, як правило, отримують із публічних джерел (наприклад, балансу страхових компаній), а її аналіз проводять без використання складних методів статистики або економіко-математичного моделювання.

Фактично за своєю суттю ренкінги – це складені у певній послідовності (лінійні) списки. В Україні лінійні списки являють собою таблиці надходжень і виплат за певний період (квартал, півріччя, дев'ять місяців, рік) для 20, 50 або 100 компаній. Зразки типових ренкінгів наведено в таблицях И.1-И.7 додатку И.

Суттєвим недоліком ренкінгу є те, що він укладається, як правило, на підставі обмеженої кількості об'єктивних показників. На практиці дані ренкінгів можуть використовуватися лише в якості довідкового матеріалу для розрахунку темпів росту надходжень страхових платежів або страхових виплат,



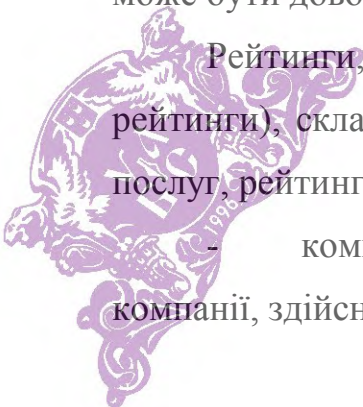
збитковості окремих видів страхування по ринку в цілому та по окремих страхових компаніях тощо (дослідження О.В. Козьменко [118, С. 111–123]).

На відміну від ренкінгів, при створенні багатомірних списків для ранжування страхових компаній використовується декілька статистичних показників, які, як правило, вибираються із бухгалтерської звітності. Саме враховуючи це, визначення рейтингу, у вузькому сенсі цього поняття, «як списку, в якому установи класифіковані за певними ознаками» [18, с. 145], на нашу думку, є некоректним. Насправді вищенаведене визначення стосується «багатомірних списків». Очевидно, саме тому поле застосування цього підходу обмежене, зокрема В.А. Батковський вказує на те, що «такий список не може слугувати мірилом фінансової стійкості і формалізує лише розподіл установ за обраними критеріями» [18, с. 145]. Для побудови багатомірних списків, як правило, використовуються наступні показники: обсяг надходжень страхових премій; розмір сукупних активів; обсяг страхових резервів; обсяг страхових виплат; розмір власного капіталу тощо.

Крім того, при створенні багатомірних списків в ході ранжування враховують ще й надходження страхових премій і страхових виплат за формами проведення страхування та за видами добровільного страхування (особисте, майнове страхування та страхування відповідальності), а це впливає на те, що багатомірні списки набувають практично тих самих недоліків, що і ренкінги. Приклади багатомірних списків наведено у таблицях И.8-И.15 додатку И. Додатковою складністю для особи, яка користується багатомірними списками є те, що їй нерідко доводиться мати справу з даними кількох таблиць, які характеризують різні сторони діяльності страхової компанії. І на підставі даних цієї інформації шляхом аналізу необхідно дійти певних висновків, а це може бути доволі непростим завданням особливо для непрофесіонала.

Рейтинги, у вузькому розумінні цього слова (далі по тексту – власне рейтинги), складаються переважно визнаними на світовому ринку цього виду послуг, рейтинговими компаніями. Зазначимо основні переваги рейтингів:

- комплексність та всебічність аналізу фінансового стану страхової компанії, здійснений професійними аналітиками;



- обробка великих масивів статистичної, бухгалтерської, маркетингової та іншої інформації, отриманої з різних джерел (від страхової компанії, її основних клієнтів, потенційних страхувальників тощо);
- застосування формалізованих статистичних методик та методів економіко-математичного моделювання, які дозволяють знизити суб'єктивізм при присвоєнні рейтингу;
- зрозумілість та прозорість підходів до інтерпретації отриманих результатів (компанії поділяються на групи відповідно до рівня їх фінансової стійкості).

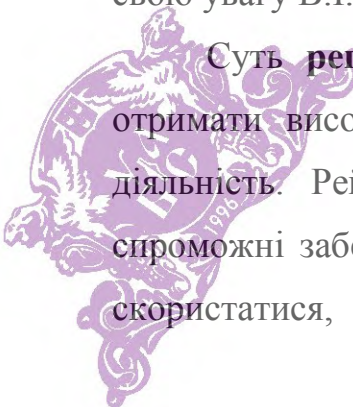
Водночас, власне рейтинги мають суттєвий недолік, вони швидко застарівають. Та, за умов запровадження постійного та щоквартального моніторингу фінансової стійкості страхових компаній прояви цього недоліку можуть бути помітно обмежені.

Порівняльна характеристика ренкінгів, багатомірних списків та власне рейтингів наведена у таблиці И.16 додатку И.

З метою кращого розуміння необхідності і значимості рейтингів фінансової стійкості у страховому бізнесі вкажемо на їх основні функції, а саме: інформаційну, регулюючу, маркетингову [352, с. 158]. Розглянемо детальніше кожен з цих функцій.

Інформаційна функція є головною функцією рейтингів. Вона полягає у постачанні користувачам необхідної узагальненої інформації, яка дозволяє їм порівнювати страхові компанії між собою та полегшує процес прийняття рішень. В зв'язку з цим, доречно навести думку Г.Л. Піратовського, який вказує на значення рейтингів як «могутнього інформаційного інструменту для інвестора та кредиторів» [219, с. 74]. На цій же функції рейтингів акцентують свою увагу В.І. Міщенко і С.В. Міщенко [175].

Суть **регулюючої функції рейтингів** полягає в тому, що, прагнучи отримати високий рейтинг, страховики намагаються вдосконалювати свою діяльність. Рейтинги фінансової стійкості страхових компаній об'єктивно спроможні забезпечувати страховиків інформацією, яка, якщо нею правильно скористатися, може сприяти покращенню діяльності страхових компаній,

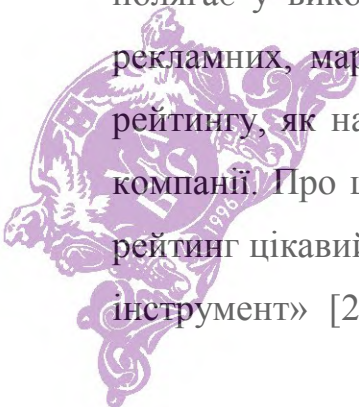


уникненню ними небажаних негативних явищ чи, навіть, банкрутства. Такий вплив рейтингів на страховиків зумовлюється кількома причинами.

По-перше, менеджмент, керуючись даними щодо рейтингу страхової компанії, спроможний отримати уявлення про її реальне становище на ринку. Така інформація, як правило, сприяє розробці компаніями, які займають нижні щаблі рейтингу, антикризових заходів. Згідно з даними агентства Standard & Poor's, із страхових компаній, яким у 1987 році було присвоєно рейтинг «ССС» (ненадійний), через 10 років збанкрутіло 42,7%. За цей же проміжок часу з компаній, які мали рейтинг «В» (низький рівень надійності), збанкрутіло 25,6%, з тих, що мали рейтинг «ВВВ» (задовільна надійність) – 3,7%, серед компаній з найвищим рейтингом «ААА» збанкрутіло лише 1,1% [203]. Таким чином, дані статистики свідчать про те, що рейтинг є ключовим інструментом, за допомогою якого компанія спроможна оцінити ризик втрати своєї фінансової стійкості, а страховальники – ризики втрати коштів, розміщених у страховика, та неотримання компенсації від нього в разі настання страхового випадку.

По-друге, рейтинг фінансової стійкості страхових компаній виступає фактором, який виконує певні «санітарні» функції на ринку страхування. Добре відомим є факт описаний президентом Альянсу американських страховиків Родженом Лоусоном. Суть його полягає в тому, що як тільки потенційні й реальні страховальники та інвестори отримують інформацію про те, що страховик має рейтинг нижче певного рівня, багато з них відмовляються мати з ним справу [186, с. 12]. Це сприяє перерозподілу фінансових потоків від менш стійких страхових компаній до більш стійких, що в цілому благотворно впливає на страховий ринок за рахунок зникнення з нього менш надійних страховиків.

На особливу увагу заслуговує **маркетингова функція рейтингів**. Її суть полягає у використанні страховиками значень власного високого рейтингу в рекламних, маркетингових цілях з метою акцентування уваги споживачів на рейтингу, як на об'єктивній гарантії високої якості функціонування страхової компанії. Про це говорить і Я.С. Телепин зазначаючи, що «в сучасних умовах рейтинг цікавий страховикам не лише як детальна оцінка компанії, але й як PR-інструмент» [289, с. 34]. Наведену точку зору також поділяють вітчизняні



науковці [184, с. 19]. Вважаємо вірною думку Л.О. Юрченко [425, с. 100] та В.В. Волкова [41, с. 18] про те, що рейтинг – важлива умова відкритої конкуренції як на страховому, так і на інших ринках фінансових послуг. При цьому, рейтинги, присвоєні крупними міжнародними агентствами, використовуються для подолання бар'єрів входження на світові ринки страхових послуг, капіталу та залучення коштів.

На нашу думку, основні принципи, які відіграють вирішальну роль у виконанні рейтингами описаних вище функцій, наступні: адекватність та доступність; актуальність; незалежність; порівнюваність; точність; визнання; спрямованість у майбутнє. Розглянемо вказані вище принципи детальніше.

Адекватність та доступність процесу рейтингової оцінки. Побудова та зміст страхового рейтингу повинні відповідати потребам основних його споживачів. Іншими словами, процес рейтингового оцінювання страховика повинен відповідати меті, для якої воно було проведене. З вимогою адекватності процесу рейтингової оцінки тісно пов'язані вимоги прозорості та доступності процесу оцінки для споживача, зокрема вимога щодо забезпечення користувача рейтингу можливістю слідкувати за процесом оцінки, використовуючи додаткову супутню інформацію.

Актуальність рейтингу є основною вимогою, яка впливає на якість рейтингової оцінки. В процесі визначення (присвоєння) рейтингу необхідно спиратися на реальні дані. Рейтинг повинен служити засобом перманентного пристосування страховика до умов середовища, яке динамічно змінюється. При визначенні (присвоєнні) рейтингу необхідно брати до уваги як зміни, що відбуваються в зовнішньому середовищі, так і зміни, які фіксуються в самому об'єкті оцінки (страховій компанії). Важливим є правильне визначення періодичності актуалізації рейтингу страховика залежно від специфіки його діяльності. Стабільний, від актуалізації до актуалізації, рейтинг страховика сприяє залученню до співпраці з ним клієнтів та інвесторів. Водночас, часті зміни рейтингу, а рейтинг не може змінюватися безпричинно, можуть мати негативний вплив на сприйняття страхової компанії зацікавленими особами.

Незалежність одна з основних складових, яка формує довіру споживачів до рейтингів, та, зрештою, і до самих рейтингових агентств. Незалежність процедури повинна забезпечуватися на всіх її стадіях, починаючи від вибору методів та процедур визначення (присвоєння) рейтингу страховиків, закінчуючи власне визначенням (присвоєнням) рейтингу страховій компанії.

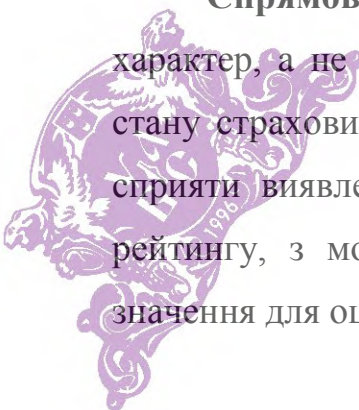
Порівнюваність страхових рейтингів повинна забезпечувати можливість порівняння їх на певну дату та можливість їх порівняння в часі. При порівнянні на певну дату необхідно потурбуватися про забезпечення порівнюваності страхових компаній, які діють на локальному чи регіональному ринках, а, в разі необхідності, і страховиків-суб'єктів міжнародних ринків. Порівнюваність у часі передбачає забезпечення можливості порівняння визначених (присвоєних) рейтингів з рейтингами, встановленими раніше. Це дозволяє бачити певні тенденції змін ситуації у страхових компаніях. Тому, хоча в економіці й відбуваються постійні зміни, рейтингові агентства, як правило, залишають методологію визначення рейтингу практично незмінною, вдаючись, за потреби, лише до її модифікації.

Точність процесу оцінювання важлива характеристика, яка забезпечує якість рейтингу. Вона повинна гарантуватися на двох рівнях:

- точність даних, які є основою оцінки (ретельне збереження даних при їх виборі для аналізу, точність і детальність даних);
- точність і ретельність процесу обробки даних та адекватність методів, що використовуються для цього.

Визнання. Рейтингове агентство та його методика повинні бути визнані, у встановленому порядку, професійним співтовариством та органами нагляду за страховою діяльністю.

Спрямованість у майбутнє. Рейтинг повинен мати прогностичний характер, а не бути лише простим відображенням минулого та теперішнього стану страховика. Ретроспективна інформація лише в деяких ситуаціях може сприяти виявленню певних тенденцій. Саме тому, визначення (присвоєння) рейтингу, з можливістю побудови на його підставі прогнозів, має велике значення для оцінки його якості.



Таким чином, аналіз основних аргументів, щодо обґрунтування необхідності запровадження рейтингів фінансової стійкості страхових компаній, свідчить про те, що вони стають все більш важливим інструментом, який спроможний перешкоджати зниженню фінансової стійкості страховиків. Рейтинги фінансової стійкості страхових компаній повинні бути об'єктивними, оскільки складаються незалежними рейтинговими компаніями та базуються на об'єктивних показниках, які надаються самими страховими компаніями. Вони відображають реальний фінансовий стан певного страховика і, хоча не мають обов'язкового характеру, менше з тим можуть різною мірою впливати на імідж компаній, яким присвоєні. В переважній більшості випадків страхові компанії демонструють свою реакцію на присвоєння певного рейтингу, що особливо прослідковується в разі його зниження. Зниження рейтингу, як правило, примушує страховика розробляти і здійснювати заходи з усунення виявлених в ході рейтингування недоліків, що, зрештою, сприяє покращенню діяльності компанії, а отже і зростанню її фінансової стійкості, надійності та конкурентоспроможності.

4.2. Особливості визначення (присвоєння) рейтингів міжнародними рейтинговими агентствами

Спеціальні рейтингові агентства є обов'язковим елементом інфраструктури розвинутого страхового ринку. Вони здійснюють незалежне оцінювання фінансової стійкості та надійності страхових компаній.

Із початку 1990-х років спостерігається стрімкий розвиток рейтингової діяльності за межами США. Лише у 1997-му таку діяльність розпочали понад 25 рейтингових агентств у Південно-Східній Азії, Європі й Латинській Америці (не враховуючи філій і дочірніх компаній глобальних рейтингових агентств). Сьогодні рейтингові послуги надають уже близько 90 агентств більш ніж у 100 країнах світу [174, с. 35]. При цьому агентства, які функціонували наприкінці 1980-х років, увійшли, переважно, в мережу глобальних рейтингових агентств.

А оскільки з часу організації рейтингових агентств до початку їх повномасштабної діяльності минає, як правило, 5-6 років, можна стверджувати, що значна частина існуючих сьогодні агентств розпочали свою діяльність у 1990-х роках.

На початку 2000 року вважалося: у світі може діяти близько 130 рейтингових агентств, хоча літературні джерела свідчили, що ця кількість ближча до 150-ти [238, с. 30]. У доповіді Базельського комітету за 2002 рік було окреслено тенденцію до зростання кількості рейтингових агентств, і прогнозувалося, що найпомітнішою вона буде на менш розвинених ринках. Однак, у 2006 році спостерігачі нарахували не більше 70-80 рейтингових агентств у світі [407, с. 1]. З 2002 року масштабних досліджень на кшталт дослідження Базельського комітету не проводилося. Припускають, що таке суттєве зменшення числа рейтингових агентств за даними 2006 року пояснюється тим, що до їх числа не врахували невеликі національні агентства, які скоріше займалися складанням рейтингів, аніж власне рейтингів. Та, крім цієї причини, на зменшення кількості рейтингових агентств могли додатково вплинути ще й такі чинники:

- активізація процесів злиття та поглинання міжнародними агентствами, як крупних, так і малих рейтингових агентств, які включаються до їх глобальної мережі;

- легкість та зручність використання досвіду вже діючих агентств, порівняно зі створенням національних рейтингових агентств, на ринках, що розвиваються.

На сьогодні методології оцінки страхових компаній міжнародними рейтинговими агентствами за своєю сутністю доволі подібні [333]. Відмінності стосуються показників і критеріїв оцінки, що використовуються для визначення фінансової стійкості страхових компаній, а також підходів, які застосовуються для визначення частки різних показників при присвоєнні рейтингу. Головні показники, що використовуються провідними рейтинговими агентствами світу



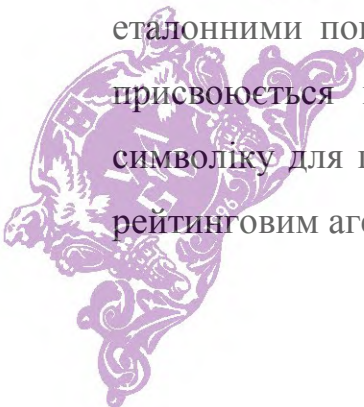
для присвоєння рейтингу, подано в таблиці 4.1. Найвищі оцінки надійності, зазначених в таблиці 4.1, агентств наведено у таблиці К.1 додатку К.

Таблиця 4.1

Показники, використовувані міжнародними рейтинговими агентствами в разі добровільного рейтингування страховиків

«А.М. Best»	«Standard & Poor's»	«Moody's»
1) рентабельність; 2) платоспроможність; 3) структура капіталу (величина і складові); 4) динамічність (рух і якість активів); 5) диверсифікація ризику (стабільність, динаміка й диверсифікація портфеля); 6) програма перестраховування (якість перестраховування, відповідність програми перестраховування взятому ризику); 7) інвестиційна діяльність (рентабельність і безпека інвестиційної діяльності); 8) формування резервів (стосується методів і практики формування резервів); 9) якість управління; 10) ринкова позиція.	1) оцінка оточення страховика та його позиції; 2) управління і стратегія діяльності; 3) аналіз операційної діяльності (рентабельність, андеррайтинг, модель адекватності доходів); 4) операційна діяльність (диверсифікація, якість, ризик); 5) адекватність власного капіталу; 6) адекватність резервів; 7) динаміка грошових потоків; 8) еластичність фінансової політики (доступ до капіталу); 9) значення пов'язаних капіталів.	1) аналіз конкурентної ситуації й оточення; 2) специфіка діяльності (аналіз складових діяльності); 3) структура інвестиційного портфелю та профіль ризику; 4) ризик-менеджмент; 5) ціноутворення й андеррайтинг; 6) управління активами й пасивами; 7) перестраховування; 8) фінансова політика (в частині рентабельності, підходів до підвищення власного капіталу й дивідендів, управління гнучкістю); 9) якість управління (мотивація, мета, здатність до діяльності в умовах конкуренції).

Завдання всіх рейтингових агентств полягає в тому, щоб дати рейтингову оцінку фінансової стійкості для страхових і перестрахових компаній, тобто оцінити їх спроможність виконувати свої зобов'язання перед страхувальниками або цедентами [328]. З цією метою рейтингове агентство насамперед вивчає рівень прибутковості, капіталізації, ліквідності страхових компаній, а також їх прозорість. При цьому враховується динаміка показників за декілька попередніх років. Наприкінці дослідження отримані значення порівнюються з еталонними показниками, виведеними агентством, на підставі чого рейтингу присвоюється відповідна буквена чи цифрова позначка (вперше буквену символіку для позначення рейтингових категорій від А до С було розроблено рейтинговим агентством «Moody's»).



Огляд літературних джерел щодо особливостей оцінки фінансової стійкості страхових компаній міжнародними рейтинговими агентствами дав можливість зробити такі висновки [346, с. 102]:

- система рейтингів фінансової стійкості страхових компаній у економічно розвинутих країнах сьогодні практично відпрацьована й містить фіксований набір показників (рейтингові агентства можуть використовувати для побудови рейтингу страховиків різну кількість і відмінні за економічною сутністю показники);

- підсумкова оцінка подається рейтинговими агентствами переважно у вигляді буквено-символьних шифрів та оприлюднюється в засобах масової інформації;

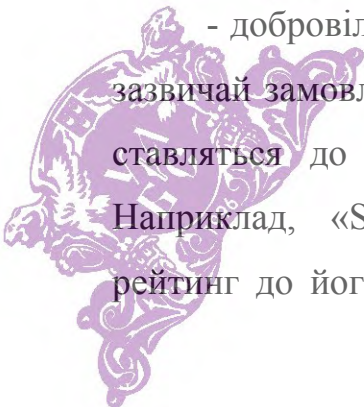
- підхід до присвоєння рейтингів страховим компаніям, який використовується закордонними рейтинговими агентствами, не може бути повністю застосовано у вітчизняній практиці, оскільки він не враховує специфіки сучасного етапу розвитку страхового бізнесу в Україні, відрізняється формою і змістом інформації, що надається страховими компаніями (або використовується рейтинговими агентствами) для рейтингування;

- при проведенні рейтингової оцінки фінансової стійкості враховуються показники, які відображають усі сторони діяльності страхових компаній;

- методики присвоєння рейтингів, як правило, є інтелектуальною власністю рейтингових агентств.

Слід також вказати на особливості підходів до процедури оцінювання страховиків рейтинговими агентствами, а саме:

- добровільність оголошення рейтингу страховика. Зарубіжний страховик зазвичай замовляє складання рейтингу, однак рейтингові агентства по-різному ставляться до добровільної участі страхових компаній у цьому процесі. Наприклад, «Standard&Poor's» передбачає повідомлення страховика про рейтинг до його публікації, а також надає йому можливість відмовитися від



публікації його рейтингу. Натомість «Moody's» не дає компанії права відмовитися від оголошення рейтингу. Крім цього, «Moody's» може з власної ініціативи, а не лише на замовлення страховика, скласти рейтинг, якщо вважає, що його оприлюднення може бути цікавим для споживачів;

- відмінності в позначеннях категорій рейтингу та ступені деталізації цих категорій. Практично всі іноземні рейтингові агентства використовують буквено-символьну шкалу оцінки. Вона поділена на дві групи: рейтинги, які присвоюються надійним і фінансово стійким компаніям, і такі, які присвоюються нестійким страховикам. Кожне агентство використовує низку символів, що дають змогу споживачеві рейтингу отримати додаткову інформацію щодо конкретного страховика без поглибленого аналізу його фінансової діяльності. При цьому, треба мати на увазі, що попри формально однакове позначення рейтинг страховика може варіювати, а рейтинг, наприклад, A+ одного рейтингового агентства може не відповідати за своїм змістом рейтингу A+ іншого;

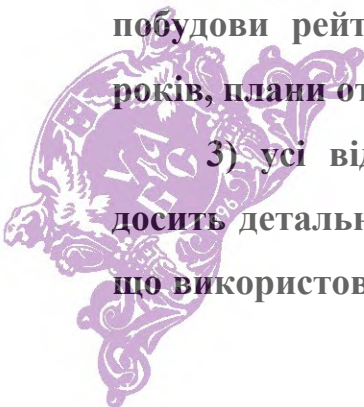
- баланс між кількісною та якісною складовими оцінки. Деякі рейтингові агентства при присвоєнні рейтингу страховикові переважно проводять оцінку кількісних показників його діяльності, інші здебільшого враховують думку аналітиків.

Хоча за кордоном немає єдиної системи рейтингової оцінки страховиків, у підходах і методології присвоєння рейтингу різними агентствами є спільні моменти:

1) мета рейтингу – оцінити фінансові можливості страховика (як правило, агентства підкреслюють суб'єктивізм оцінки);

2) основним інформаційним джерелом для проведення аналізу і побудови рейтингів є фінансова звітність страховика за останні п'ять років, плани отримання прибутку на наступні 3-5 років;

3) усі відомі зарубіжні методики складання рейтингів переважно досить детально описують групи як кількісних, так і якісних показників, що використовуються для встановлення рейтингу, а також процедуру його



присвоєння. Однак жодна з таких методик не розкриває критеріїв оцінки показників, не наводить алгоритмів розрахунку остаточного значення рейтингу страховика. В основному це пояснюється такими причинами: по-перше, існуванням ризику навмисного або ненавмисного спотворення методики; по-друге, наявністю можливостей у страховика штучно підвищити свій рейтинг за умови відкритості методики.

Враховуючи глобалізаційні процеси, все більшу роль великих рейтингових агентств та з метою забезпечення «чесної гри» на ринку послуг з рейтингування, Міжнародна організація комісій з цінних паперів (IOSCO) у грудні 2004 року розробила та оприлюднила Кодекс діяльності рейтингових агентств [115, с. 25]. Цей документ декларує принципи, на яких повинна базуватися діяльність рейтингових агентств, а саме: якість і цілісність процесу рейтингування; незалежність та уникнення в ході діяльності конфліктів інтересів; відповідальність перед емітентами та інвестиційною спільнотою. Та, незважаючи на це, методики визначення (присвоєння) рейтинговими агентствами рейтингу страховикам, багато в чому залишаються річчю в собі. Разом із тим, етапи визначення (присвоєння) рейтингів страховикам різними рейтинговими агентствами практично тотожні. Як правило, вони здійснюються в послідовності, вказаній нижче на рисунку 4.4.

Підбиваючи підсумки, слід зазначити, що рейтинг страховиків є необхідним інструментом для забезпечення прозорості діяльності страхових компаній, підвищення якості їхніх послуг, а в довгостроковій перспективі відіграє роль сертифікату страховика, який засвідчує якість його роботи на ринку. Такої ж думки притримуються і спеціалісти рейтингового агентства «Standard&Poor's», які стверджують, що існує безпосередній зв'язок між рейтингом страхової компанії як показником її фінансової стійкості та часткою компанії на ринку [402, с. 14]. При цьому, хочеться підкреслити, що рейтинг – це не гарантія фінансової стійкості компанії. Рейтингова агенція нічого не гарантує та не відповідає по ризиках страховика, тому рейтингова оцінка є скоріше рекомендацією для споживачів рейтингу залежно від їх потреб.

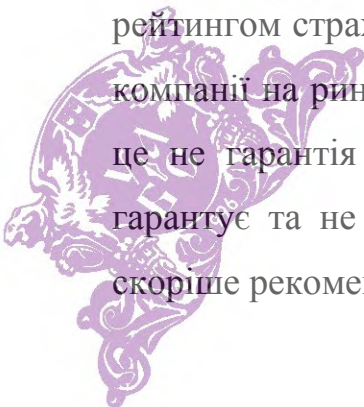




Рис. 4.4. Основні етапи визначення рейтингу [306, с. 33]

Отже, зарубіжна практика визначення (присвоєння) рейтингів страховиків свідчить, що цією діяльністю займаються незалежні рейтингові агентства. Рейтинги фінансової стійкості є підставою для прийняття рішень учасниками фінансового ринку та інструментом для вибору страхової компанії страховальниками й діловими партнерами. Тож можна сперечатися про методику рейтингування, надійність рейтингових агентств, але необхідність існування системи рейтингової оцінки не викликає сумнівів.

З огляду на динамічні зміни на українському страховому ринку питання отримання міжнародного рейтингу вітчизняними страховими компаніями стає для них дедалі актуальнішим. До того ж рейтинги міжнародних рейтингових агентств, внаслідок регуляторних вимог, стають потрібними страховикам і перестраховикам для роботи на міжнародній арені. Та, поки що українські страховики звертаються до міжнародних рейтингових агентств переважно через вплив зовнішніх факторів. Сьогодні є багато причин, які викликають небажання вітчизняних страховиків і перестраховиків співпрацювати з міжнародними рейтинговими агентствами.

По-перше, це побоювання отримати низький рейтинг, причому не через недоліки, а у зв'язку з тим, що страховий ринок в Україні складається здебільшого з дрібних компаній, капіталізація яких зростає повільно. Адже згідно із західними стандартами навіть лідерів вітчизняного страхового ринку не можна зарахувати до грандів страхового бізнесу.

По-друге, міжнародний рейтинг потрібен лише тим компаніям, які прагнуть виходити на міжнародний страховий чи перестраховий ринок. Якщо вітчизняний страховик або перестраховик не працює на одному з цих ринків, він не має нагальної потреби у присвоєнні рейтингу.

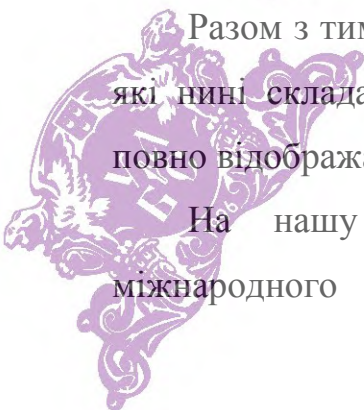
По-третє, однією з головних вимог для присвоєння страховій компанії міжнародного рейтингу є її відкритість і прозорість. Враховуючи наявність на українському страховому ринку значної кількості «схемних» операцій, страховій чи перестраховій компанії, задіяній у таких операціях, отримати адекватний рейтинг неможливо.

По-четверте, процедура отримання міжнародного рейтингу обходиться компанії в 60-100 тис. дол. США, залежно від іміджу агентства й масштабів перевірки. До того ж фактичні сумарні витрати на отримання міжнародного рейтингу сягають близько 170 тис. дол., оскільки його можна отримати лише після того, як вітчизняний страховик пройде міжнародний аудит одного з аудиторів «великої четвірки» [181, с. 59].

По-п'яте, якщо компанія отримала міжнародний рейтинг, а потім відмовилася від процедури його отримання або її рейтинг знизився, про це буде проінформовано всю страхову й перестрахову спільноту, що негативно вплине на ставлення до такої компанії широкого кола її партнерів та, зрештою, позначиться на її бізнесі.

Разом з тим, треба наголосити на тому, що ренкінги й багатомірні списки, які нині складаються в Україні замість повноцінних рейтингів, недостатньо повно відображають результати й перспективи діяльності страховиків.

На нашу думку, надалі ситуація зміниться. Адже «отримання міжнародного рейтингу – незаперечна перевага, особливо для страхової

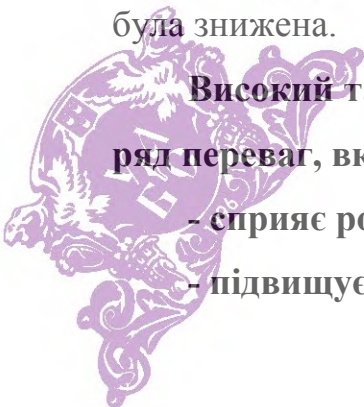


компанії, оскільки забезпечення фінансової стійкості – один із пріоритетних напрямів у діяльності страховика» [211, с. 58]. Так, у разі приходу крупних іноземних страхових компаній на український ринок між страховиками загостриться конкурентна боротьба за страхувальників, а міжнародний рейтинг у цьому випадку може слугувати додатковою конкурентною перевагою. Зрозуміло, що цей рейтинг, принаймні, в найближчі декілька років, може бути нижчим від рейтингу навіть слабких іноземних страхових компаній, які прийдуть в Україну. До цього ж, за міжнародними стандартами рейтинг компанії, як правило не може бути вище суверенного рейтингу країни, в якій вона розташована [203]. В результаті може створитися ситуація, коли можливості міжнародних агентств з присвоєння рейтингу українським страховим компаніям обмежені через низький незалежний рейтинг України. Та все ж, необхідність отримання міжнародного рейтингу постійно зростатиме. У зв'язку з цим, дедалі більша кількість вітчизняних компаній буде змушена співробітничати з міжнародними рейтинговими агентствами.

Якщо говорити про практику присвоєння міжнародних рейтингів українським страховикам, то необхідно відмітити, що зараз переважна більшість українських страховиків, через вартісність цієї процедури, а також тому, що вважають це «зайвою розкішшю», не практикують їх отримання. Якщо український страховик і хоче отримати рейтинг, то, як правило, це національний, український рейтинг. На сьогодні в Україні лише одній страховій компанії «Лемма» присвоєний рейтинг міжнародного рейтингового агентства «А.М. Best» на рівні «В+» (раніше рейтинги міжнародного рейтингового агентства «Moody's» мали страхові компанії «Універсальна» та Generali Garant. Однак, вони відмовилися від рейтингування після того, як у 2009 році їх оцінка була знижена.

Високий та стабільний міжнародний рейтинг надає страховій компанії ряд переваг, вказаних нижче:

- сприяє розширенню частки ринку;
- підвищує рентабельність та конкурентоспроможність на ринку;



- підвищує рівень довіри з боку споживачів страхових послуг, сприяє залученню нових клієнтів тощо.

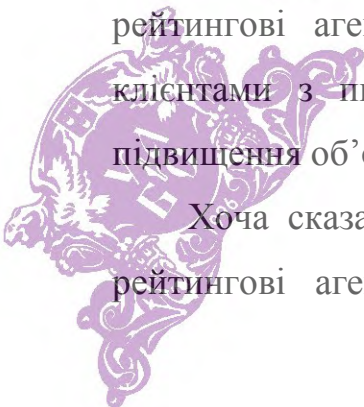
Менше з тим, необхідно враховувати, що поряд з безсумнівними перевагами, міжнародні рейтинги на практиці мають певні обмеження, а саме:

- міжнародні рейтингові агентства користуються методиками, які не можуть повною мірою забезпечити врахування всіх специфічних національних аспектів, а це, в свою чергу, може суттєво впливати на оцінку фінансового стану страховика;

- міжнародні рейтинги, як правило, базуються на інформації піврічної та більшої давності. Це ускладнює їх практичне використання. Нині фінансовий стан страхової компанії може значно змінюватися впродовж одного-двох місяців, і тому на часі запровадження щомісячного моніторингу присвоєних рейтингів.

Для об'єктивного розгляду питання ролі рейтингів на сучасному страховому ринку необхідно відмітити, що за результатами фінансової кризи уповноважені органи Євросоюзу досить негативно охарактеризували роль рейтингових агентств. Так, наприклад, Gerlihg Global Royal & Sun, Alliance і деякі інші страхові та перестрахові компанії, зберігали високі рейтинги до останніх днів своєї роботи. Найсвіжіший приклад – визнання банкрутом компанію Lehman Re, яка мала рейтинг «А+». Враховуючи уроки кризи, у березні 2009 року профільний комітет Європарламенту схвалив законопроект щодо регулювання діяльності рейтингових агентств. В цьому документі вперше в історії Європи передбачається пряме регулювання діяльності таких агентств [77, с. 64]. Контроль за рейтинговими агентствами планується передати Комітету європейських регуляторів цінних паперів. Саме до цього Комітету рейтингові агентства повинні будуть подавати інформацію про угоди з клієнтами з питань винагороди та забезпечувати ротацію аналітиків для підвищення об'єктивності рейтингових оцінок.

Хоча сказане вище і свідчить про певні проблеми, з якими зіткнулися рейтингові агентства з міжнародним іменем та все ж їх досвід, який

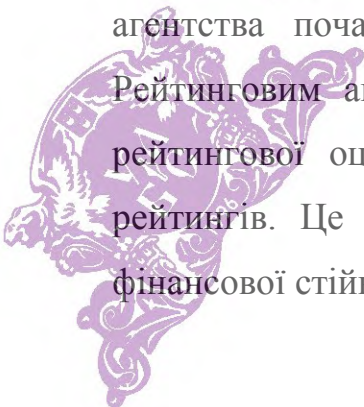


накопичувався десятиріччями має велике значення для розвитку вітчизняного страхового ринку. Для України на часі подальша розробка методик присвоєння рейтингу та їх стандартизація з урахуванням вимог міжнародних стандартів у цій галузі. Очевидно, що для забезпечення відповідності та порівнюваності національного і міжнародного рейтингів страхових компаній, в Україні слід використовувати загальноприйнятну в розвинених країнах стандартну схему рейтингового процесу, досліджувати показники аналогічні тим, які аналізуються зарубіжними рейтинговими агентствами при присвоєнні рейтингу страховикам, не забуваючи при цьому враховувати специфіку вітчизняного законодавства та національні особливості страхового ринку.

4.3. Методичні основи побудови рейтингу вітчизняних страхових компаній

Визначення (присвоєння) рейтингів страховим компаніям зазвичай здійснюється окремими рейтинговими агентствами та органами страхового нагляду. Необхідність визначення (присвоєння) рейтингів українським страховим компаніям не викликає жодних сумнівів. Та сьогодні вітчизняні страховики часто недооцінюють значення рейтингу. Не в останню чергу це зумовлено тим, що на відміну від економічно розвинутих країн, практика складання рейтингів в Україні практично відсутня (якщо не брати до уваги складання рейтингів та багатомірних списків, про що вже йшлося вище).

До недавнього часу в Україні діяло практично єдине спеціалізоване рейтингове агентство «Кредит-рейтинг», яке має право присвоєння рейтингів. Воно було засноване у 2001 році, а починаючи з 2003 року рейтинги цього агентства почали офіційно визнаватися Міністерством фінансів України. Рейтинговым агентством «Кредит-рейтинг» розроблено власну методологію рейтингової оцінки страхових компаній та Національну шкалу кредитних рейтингів. Це дає агентству можливість визначати (присвоювати) рейтинг фінансової стійкості українським страховикам.



Діяльність страхової компанії оцінюється фахівцями рейтингового агентства «Кредит-рейтинг» на підставі аналізування широкого спектру кількісних і якісних факторів, які впливають на фінансову стійкість страхової компанії.

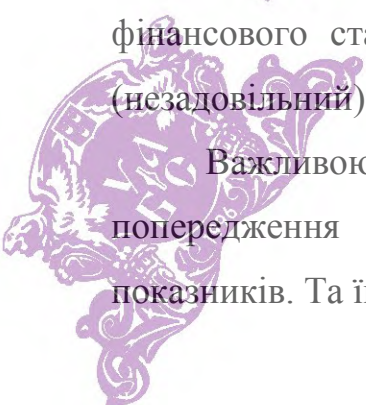
Визначення (присвоєння) рейтингів страховим компаніям цією агенцією можна було б вважати точним, якби не ряд негативних моментів, а саме:

- монополізм, що зумовлює відсутність у клієнтів можливостей порівнювати результати діяльності «Кредит-рейтингу» з результатами інших компаній, які займалися б аналогічною діяльністю;
- висока вартість послуг – 54 тис. грн. за рейтинг і 40 тис. грн. на рік за підтримку присвоєної оцінки [158], що є наслідком монопольного становища компанії на ринку;
- рейтингова оцінка, визначена однією організацією-монополістом, *a priori* не може прийматися як достовірна.

Водночас питання забезпечення стабільності та платоспроможності страхового сектора України вже кілька років як перебуває у фокусі уваги органу державного нагляду. Не дивно, що розпорядженням Держфінпослуг від 17 березня 2005 року № 3755 «Про затвердження Рекомендацій щодо аналізу діяльності страховиків» [240] (в подальшому називатимемо – методика регулятора) в практику діяльності страховиків було запроваджено тести раннього попередження на основі критеріїв, які використовуються регуляторами ЄС, США та Канади.

Зазначені тести базуються на порівнянні фактичних фінансових показників діяльності страхових компаній, загальна кількість яких складає 11. За результатами тестування страховикам можуть присвоюватися такі оцінки їх фінансового стану: «1» (стійкий); «2» (задовільний); «3» (граничний); «4» (незадовільний).

Важливою позитивною рисою запроваджених тестів раннього попередження є те, що вони ґрунтуються на використанні відносних показників. Та їм притаманний і ряд недоліків, зокрема:



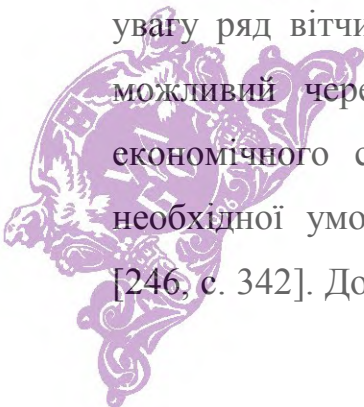
- обмежений доступ до результатів тестування для широкого загалу, насамперед, для страхувальників;
- неможливість визначення зацікавленими особами встановлених коефіцієнтів для самостійного присвоєння оцінки у зв'язку із неповним розкриттям страховиками необхідної для цього інформації.

Л.В. Шірінян [416, с. 153], як недолік зазначених тестів, розглядає також відсутність групування показників залежно від напрямків діяльності страхової компанії. На нашу думку, це зауваження не є принциповим, оскільки користувачів інформації стосовно стійкості компанії цікавить кінцевий результат, тобто присвоєна оцінка, яка характеризує ступінь фінансової стійкості страховика. Хоча, по великому рахунку, диференціація показників, які використовуються для характеристики фінансової стійкості страховика за відповідними групами залежно від напрямів його діяльності, має позитивне значення, насамперед, для детального аналізу ефективності окремих видів діяльності страховика та впливу їх на підсумкове значення.

Тому на сьогодні все більшої актуальності набуває вдосконалення існуючих та побудова нових систем рейтингування страхових компаній. Це сприятиме:

- 1) покращенню стандартів розкриття інформації щодо всіх учасників фінансового ринку, зокрема і щодо страхових компаній;
- 2) поступовому зростанню рейтингової культури на фінансовому ринку в цілому;
- 3) зростанню довіри страхувальників до потенційних учасників страхового ринку через забезпечення публічності фінансових історій.

На необхідності активізації ринку рейтингових послуг в Україні фокусує увагу ряд вітчизняних вчених. Так, В.В. Корнеєв, відмічає, що «цей процес можливий через формування відкритого та інформаційного релевантного економічного середовища» [128, с. 123]. Л.В. Руденко визначає в якості необхідної умови рейтингування «інформаційну прозорість та відкритість» [246, с. 342]. До наведеного слід додати, що забезпечення прозорості діяльності

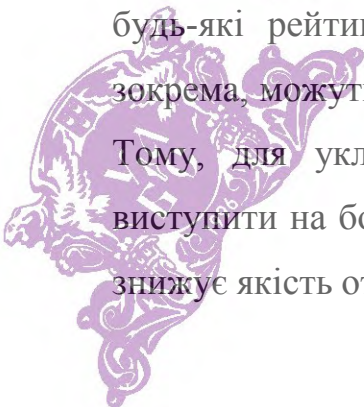


страхової компанії – це не лише основний механізм захисту інтересів її клієнтів, але й необхідна умова підтримання високого рівня довіри до неї.

В Україні існує необхідність створення незалежних конкуруючих рейтингових центрів, які б слугували джерелом достовірної інформації на страховому ринку. Такі центри були б спроможні робити значний внесок у справу належного функціонування економіки шляхом запобігання неплатоспроможності страховиків [341, с. 107].

Велике значення також має репутація рейтингового агентства. Вона має тенденцію до зміцнення, якщо таке агентство уникає конфлікту інтересів, що може виникати, наприклад, коли це агентство перебуває у власності або під управлінням чи якимось іншим впливом тих інституцій, рейтинг яких встановлюється. Разом з тим, саме «невидима рука» ринку може сприяти чесності рейтингових агентств. Інвестори та клієнти постійно вивчають та порівнюють рейтинги, що визначаються (присвоюються) різними рейтинговими агентствами, та на підставі цього спроможні виявляти факти, які свідчать про зв'язок випадків недобросовісного визначення (присвоєння) рейтингів та дефолту (неплатоспроможності) страховиків. Таке порівняння може виявити ризик систематичного зсуву рейтингових оцінок серед певної частини довільно взятої групи рейтингових агентств, а отже свідчити про їх недобросовісність.

Життєздатність рейтингових агентств може бути підвищена за умови розробки ними оригінальних власних систем трансформації різноманітної інформації в рейтинги. У більшості випадків такі системи містять певну комбінацію якісних і кількісних оцінок, хоча деякі із зовнішніх оцінювачів застосовують підходи, що є майже повністю кількісними. Слід зауважити, що будь-які рейтинги комерційних підприємств взагалі, і страхових компаній зокрема, можуть використовуватися різними суб'єктами ринку з різною метою. Тому, для укладача рейтингу завжди існує надзвичайно велика спокуса виступити на боці певної зацікавленої сторони, що, в свою чергу, надзвичайно знижує якість отриманих результатів.

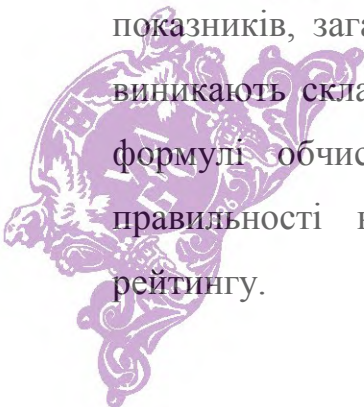


Страхові компанії як споживачі рейтингу знаходяться в суперечливій ситуації. З одного боку, вони зацікавлені в отриманні об'єктивної оцінки щодо діяльності компаній на страховому ринку з метою зменшення ризиків при виборі партнерів (перестраховиків тощо). З іншого боку, підвищення власної позиції у рейтингу є чудовою рекламою компанії та сприяє просуванню страховика на ринку. Тому так звані «народні рейтинги», які формуються шляхом анонімного опитування клієнтів страхових компаній про якість отриманих послуг, не можуть вважатися об'єктивними. Такі рейтинги абсолютно незахищені від атак зацікавлених осіб, метою яких є поліпшення рейтингу власної компанії чи зниження рейтингу конкурента.

Регулятор має використовувати рейтингову оцінку з метою запобігання катастрофічним ситуаціям на страховому ринку та для управління основними параметрами страхових компаній. Бажаним при розробці рейтингу є ситуація, коли існує ідеальна, з точки зору фінансової стійкості, модель страхової компанії. Тоді рейтингова оцінка кожної конкретної компанії формується як відстань у деякій метриці [120] від цієї оптимальної точки. Чим менша ця відстань, тим вищою є позиція компанії у рейтингу.

При побудові рейтингових оцінок виникає цілий ряд принципових труднощів.

1. Питання, по суті, ставиться у площині порівняння якісно неоднорідних об'єктів (компанії суттєво відрізняються за специфікою діяльності). Однак мова йде не про порівняння якісно відмінних об'єктів «як таких», а про порівняння позицій цих компаній на ринку в цілому. Крім того, порівняння носить відносний характер. При побудові рейтингу вирішується проблема, «яка страхова компанія попереду в сенсі узгодженого переліку показників, загальних для всіх учасників рейтингування». В такому випадку виникають складнощі не лише щодо питання визначення ваги коефіцієнтів у формулі обчислення рейтингового балу, але й у питанні повноти та правильності набору показників, які використовуються при визначенні рейтингу.



2. Вибір правильного набору характеристик порівнюваних об'єктів.

Встановлення єдиного набору характеристик для всіх учасників порівняння означає, що ці об'єкти стають порівнюваними, а це дає законні підстави для присвоєння їм рейтингових оцінок.

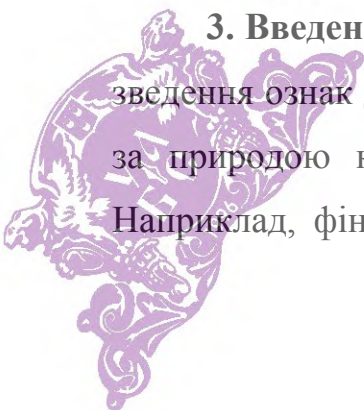
На практиці виділення необхідних ознак здійснюється експертним методом, оскільки формалізованої моделі організаційних систем не існує. Кожний експерт на основі своїх професійних знань та вивчення особливостей діяльності об'єкта складає список істотних, на його погляд, ознак, складових частин цієї діяльності. При цьому, у зв'язку із складністю об'єктів, можуть виникати типові помилки двох типів, а саме: неповнота запропонованого переліку показників та його неправильна ієрархічна побудова (тобто неповне і/або неправильне врахування підпорядкованості різних ознак).

Помилка першого роду може бути усунена об'єднанням наборів показників, запропонованих різними експертами. При цьому, виникають труднощі узгодження цих наборів, у зв'язку з різнотипністю основ декомпозиції, що були застосовані ними. Помилку другого типу простим підсумовуванням думок експертів усунути неможливо: потрібна узгоджена робота кількох експертів з виділення груп і підпорядкованих ним підгруп ознак, за якими повинне проводитися узагальнення думок всіх експертів.

Хоча в багатьох випадках групова робота експертів веде до напрацювання прийнятної переліку ознак, бажаною є розробка уніфікованого порядку (алгоритму) виділення системи ознак. Створення таких алгоритмів (що як і раніше не виключають участі експертів) – завдання системного аналізу [157; 400]. В результаті має утворитися чітка ієрархічна система ознак, повна в розумінні прийнятих моделей.

3. Введення кількісного параметра для кожної ознаки.

Існує тенденція зведення ознак до набору вимірюваних величин. Іноді це вдається (коли ознака за природою кількісна), але часто таке зведення має штучний характер. Наприклад, фінансові показники мають природно кількісний характер, а ось

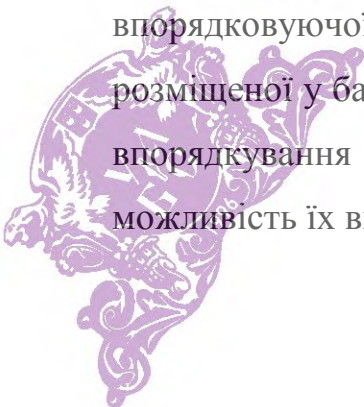


відкритість компанії чи ступінь громадської довіри до страховика кількісно оцінити досить важко.

4. Зведення якісних характеристик діяльності страхової компанії до певного кількісного показника. Для вирішення цієї проблеми єдиним прийнятним виходом є ранжування цих показників за допомогою експертів. Зрозуміло, що при цьому можливі й помилкові висновки. І це принципово непоборна проблема в царині порівняння складних об'єктів, однак вона не дає приводу для відмови від рейтингових оцінок. Необхідно лише розуміти їх певну відносність. Та, не дивлячись на таку відносність, рейтингові оцінки несуть в собі також деяку абсолютну інформацію. Саме ця, нехай неповна, абсолютність і являє собою основну цінність рейтингових оцінок. Тому, головною метою при розробці рейтингової системи має бути максимальне підвищення її об'єктивного змісту, хоча очевидно, що «стовідсотковим» зробити його неможливо.

5. Вибір формули для підрахунку рейтингових балів. Неправильний розрахунок рейтингових балів може повністю дискредитувати певну систему присвоєння рейтингів. Визначимо головні перешкоди, які утруднюють розрахунок рейтингу і мають, по суті, об'єктивну природу.

Припустимо, що в нашому розпорядженні є повний набір ознак систем, які підлягають порівнянню. При цьому, до порівняння числових одиниць вимірювання показників застосовано найбільш адекватний підхід. Таким чином, кожна із порівнюваних систем характеризується відповідним набором чисел, які у багатовимірному просторі (кількість вимірів визначається кількістю показників, які порівнюються) формують певну точку. Важливо тепер зрозуміти, що рейтинговий бал, присвоєний певній компанії, є значенням впорядковуючої функції, деякої міри віддаленості від оптимальної точки, розміщеної у багатовимірному просторі. Принципова, математична особливість впорядкування точок у багатовимірному просторі полягає в тому, що існує можливість їх впорядкування кількома способами.

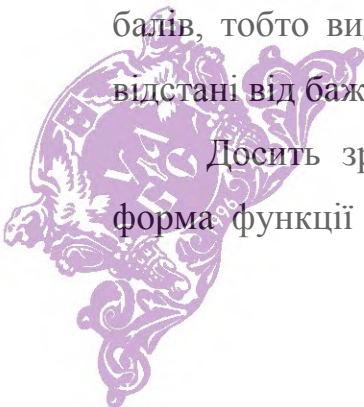


Зокрема, можна уявити таку ситуацію. При побудові рейтингу, не змінюючи набору ознак та фактичних показників діяльності компаній, необхідно, щоб певна компанія опинилась в лідерах, а якась – в аутсайдерах. З точки зору математики ця задача зводиться до знаходження такої метрики [157], яка би забезпечувала необхідний результат. Для заданих точок у багатовимірному просторі це завжди можна зробити.

Згаданий вище приклад наведено, щоб підкреслити принципову можливість довільного впорядкування багатовимірних точок. Ця особливість виявляє дві сторони рейтингових оцінок. З одного боку, спеціальний вибір впорядковуючої функції може використовуватися недобросовісними рейтинговими агенціями з метою надання певним компаніям переваг у конкурентній боротьбі. З іншого боку, рейтингова оцінка (в нормальних умовах) може бути засобом керування в разі, якщо забезпечено зворотний зв'язок, тобто застосовано систему стимулів, які заохочують вихід на вищі щаблі рейтингу. В цьому випадку діяльність компаній може бути спрямованою в просторі ознак в необхідний «бік», а питання полягатиме лише у правильному застосуванні впорядковуючої функції.

Вибір «правильно» впорядковуючої функції зводиться до вирішення двох проблем: введення точки відліку та завдання самої функції, яка визначатиме «відстань» від цієї точки. В ідеалі за точку відліку необхідно прийняти точку в просторі ознак, яка відповідає моделі оптимальної страхової компанії з точки зору фінансової стійкості. Тоді бажання зменшення «відстані» до ідеальної точки сприяло б концентрації зусиль зацікавлених страховиків на русі до цієї точки, а різні означення «відстані» до неї впливали б лише на траєкторію руху до мети. В зв'язку з цим, виникає питання вибору формули для підрахунку балів, тобто виду впорядковучої функції, яка б забезпечувала вимірювання відстані від бажаної точки.

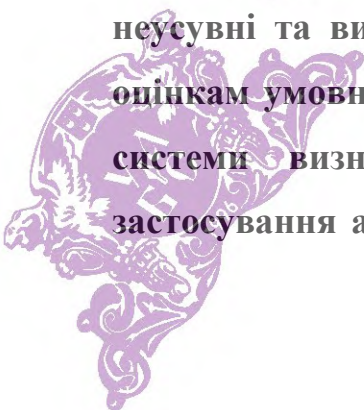
Досить зручною та найбільш вживаною функцією є лінійна. Лінійна форма функції є аналітичним виразом площини в багатовимірному просторі



ознак. Віддаляючись від нуля, ця площа ніби «штовхає» точки об'єктів у напрямку нормалі до неї.

Однак, лінійна комбінація показників завжди неточно відбиває суть явища. Це зумовлено тим, що в системі ціле не дорівнює сумі частин навіть якщо мова йде про зважене підсумовування, яке, хоч спрощено, але відображає нерівнозначність різних частин цілого. Крім того, при всіх зусиллях експертів практично неможливо розділити ціле на незалежні компоненти, повної незалежності компонент на практиці досягти не вдається. Можна було б вилучити з лінійної форми деякі міри зв'язку залежних компонентів (наприклад, коефіцієнти кореляції), однак таке ускладнення навряд чи виправдане на фоні загальних спрощень, що застосовуються при побудові рейтингових систем. Водночас, вибір «правильної» нелінійної поверхні в багатовимірному просторі є надзвичайно складним завданням. Відомо, що, за умов «кучного» розташування точок в деякій області, будь-яка гладка нелінійна поверхня в цій області може бути апроксимована площиною. За цих умов відмінність між значеннями лінійних та нелінійних функцій може бути незначною.

Отже, основні проблеми, що проявляються в практиці побудови рейтингових оцінок, можна розділити на дві категорії. До першої належить неправильна, помилкова побудова рейтингової системи (неправомірне її спрощення). Ці недоліки можуть бути усунені в процесі удосконалення системних методів виявлення істотних ознак, розробки способів вираження якісних ознак через сукупність кількісних показників або експертних рангів. Друга категорія помилок охоплює принципові труднощі системологічного або математичного характеру. Ці труднощі неусувні та вимагають компромісних рішень, які надають рейтинговим оцінкам умовний конвенціональний характер. При цьому, вдосконалення системи визначення (присвоєння) рейтингів можливе за рахунок застосування адаптивних, самоналагоджувальних способів їх побудови та



внаслідок накопичення досвіду керування процесом визначення (побудови) рейтингів за рахунок цих способів.

Розглянемо більш детально пропоновані нами загальні методичні основи, які необхідно враховувати при побудові формалізованих рейтингів.

По-перше, визначення набору кількісних та якісних ознак, що є найбільш суттєвими для встановлення рівня фінансової стійкості [364, с. 184].

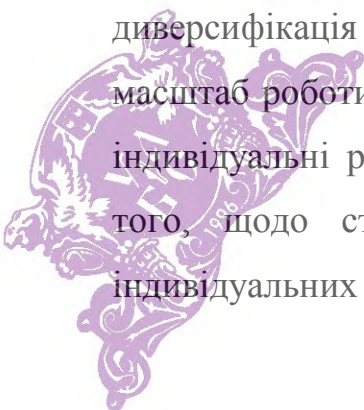
Наприклад, методика регулятора спирається на наступні вихідні ознаки (дані): капітал; високоліквідні активи; зобов'язання; дебіторська заборгованість; сума чистих премій; зароблені страхові платежі; чистий прибуток (або збиток); виплати і витрати; прибуток від фінансової діяльності; середній обсяг фінансових інвестицій протягом року; чисті страхові резерви. В даному випадку всі ознаки з самого початку носять кількісний характер.

Електронне видання «Влада і гроші» [421] публікує свій рейтинг страхових компаній, який базується на наступних ознаках: відкритість компанії; фінансові показники; ступінь суспільної довіри.

Рейтингова агенція «Кредит-рейтинг» наводить складну ієрархічну систему ознак [203] (розглядалася вище). Верхні рівні цієї ієрархії виглядають так: аналіз стану страхової галузі; якісний аналіз результатів діяльності компанії; кількісний аналіз результатів діяльності компанії.

Інтернет-ресурс «DirectFinance» [199] використовує три ознаки: якість страхових виплат; платоспроможність; думка спеціалістів.

Рейтингова агенція «Експерт-Рейтинг» [404] як базу використовує методику регулятора, доповнивши її для побудови власного рі-рейтингу наступними ознаками: актуарна стратегія; якість і кількість наданих даних; диверсифікація джерел платежів; диверсифікація перестрахового портфеля; масштаб роботи. Слід зауважити, що дана рейтингова агенція створює також і індивідуальні рейтинги. Однак, методика їх створення не є відкритою. Крім того, щодо страхових компаній, то агенція подає інформацію про 5 індивідуальних рейтингів, 2 з яких уже відкликано [205].



У навчальній літературі [153; 264] наведено методику створення рейтингу, яка базується на таких ознаках: загальна сума страхових внесків; страхові резерви; страхові виплати; сплачений статутний капітал; власні кошти; прибуток від страхової діяльності; прибуток від інвестицій; сума внесків, переданих перестраховикам; витрати на страхову діяльність.

Таким чином, набір ознак і розмірність відповідного простору в різних рейтингових системах може надзвичайно відрізнятися. Нехай вектор X описує набір виділених для побудови рейтингу ознак.

$$\vec{X} = (X_1, X_2, \dots, X_k) \quad (4.1)$$

В цьому випадку, для простих однорівневих систем побудови рейтингу (наприклад, модель регулятора) цей вектор являє собою перелік параметрів страхової компанії, необхідних для розрахунку її рейтингового балу. У випадку ієрархічних систем (наприклад, модель від «Кредит-рейтинг») – цей вектор являтиме перелік ознак, що знаходяться на нижньому рівні дерева ієрархії ознак. Зауважимо, що ці ознаки можуть бути надзвичайно різнорідними та мати кількісний або якісний характер. Вектор, описаний рівнянням 4.1, символізує лише терміни (імена), що позначають відповідні ознаки та їх тлумачення експертами. Ці тлумачення, на наш погляд, мають бути чітко однозначними та відкритими, що забезпечуватиме відтворюваність результатів побудови рейтингу та захищатиме ринок рейтингових послуг від зловживань.

По-друге, забезпечення «вимірюваності» ознак. Цей процес полягає у вимірюванні значення кількісних ознак та шкалуванні експертних оцінок щодо якісних ознак. На практиці вимірювання кількісних ознак страхових компаній часто зводиться до аналізу відповідних статистичних даних. Результатом виконання даного етапу є вектор:

$$\vec{x} = (x_1, x_2, \dots, x_k) \quad (4.2)$$

Кожен компонент цього вектора є числом. Даний вектор являє собою набір вихідних даних для подальшої математичної обробки. Однак, безпосередньо для розрахунку рейтингових балів вектор (4.2) у більш-менш розвинених системах не використовується. Надто різнорідними є його



компоненти, вони мають різні одиниці вимірювання, ненормовані, а тому не забезпечують «кучність» точок простору показників, необхідну для адекватного застосування лінійних впорядковуючих функцій.

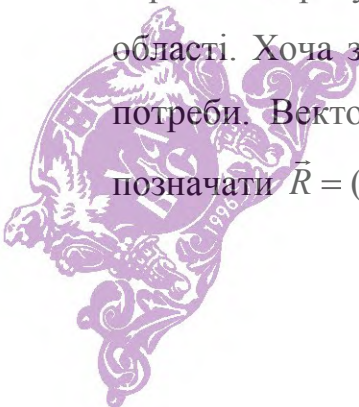
По-третє, перетворюваність системи числових ознак (4.2) на систему числових показників. У більшості випадків ця процедура здійснюється шляхом застосування системи логіко-алгебраїчних функцій $r_i = \varphi_i(x_1, x_2, \dots, x_k) = \varphi_i(\vec{x})$, $i = 1, 2, \dots, m$. В результаті отримують вектор показників:

$$\vec{r} = (r_1, r_2, \dots, r_m), \quad (4.3)$$

розмірність якого m (кількість показників) далеко не завжди співпадає з кількістю ознак k .

При виборі системи функцій, зазвичай, намагаються досягти «однорідності» компонент вектора (4.3). Як правило, r_i – безрозмірні величини, області зміни яких приблизно однакові. Направленість зміни показників також намагаються вирівняти відповідно до змісту рейтингу. Наприклад, в методиці регулятора: чим менше значення кожного показника, тим «краща» оцінка діяльності компанії. Дотримання вказаних вимог до розрахунку вектора (4.3), хоча і не є обов'язковим, однак, суттєво спрощує побудову впорядковуючої функції.

Зауважимо, що процедури алгебраїчних та логіко-алгоритмічних перетворень при розрахунку вектора, описаного рівнянням 4.3, часто розглядають як окремі етапи побудови рейтингу. В методиці регулятора результати алгебраїчних перетворень названо «показниками», а логіко-алгоритмічних – «фактичними оцінками показників». Такий підхід дозволяє спростити розуміння процедури побудови рейтингу фахівцями предметної області. Хоча з формально-математичної точки зору в цьому немає особливої потреби. Вектор «показників», що отримують на першому підетапі, будемо позначати $\vec{R} = (R_1, R_2, \dots, R_m)$.



По-четверте, вибір впорядковуючої функції. Якщо впорядковуюча функція має вигляд лінійної форми, то вона цілком характеризується вектором вагових коефіцієнтів:

$$\vec{w} = (w_1, w_2, \dots, w_m) \quad (4.4)$$

Загальний бал рейтингової оцінки кожної компанії розраховується як скалярний добуток векторів (4.3) і (4.4):

$$B = \langle \vec{r}, \vec{w} \rangle = \sum_{i=1}^m r_i \cdot w_i \quad (4.5)$$

Звичайно рейтинг розраховують не для однієї компанії, а для групи компаній, об'єднаних за певною ознакою. В такому разі, в результаті виконання розрахунків за формулою (4.5) отримують вектор (B_1, B_2, \dots, B_n) , де B_j – рейтинговий бал компанії, номер j в початковому списку компаній (відсортованому, наприклад, в лексикографічному порядку назв компаній).

Список компаній зазвичай впорядковують за зростанням (або за спаданням, залежно від напрямку зміни показників) компонентів вектора (B_1, B_2, \dots, B_n) . Отриману таблицю називають рейтингом фінансової стійкості страхових компаній [364, с. 185].

Компанії, які опинилися на сусідніх щаблях такого рейтингу, мало відрізняються за своїми характеристиками. Щоб підкреслити цей факт, діапазон можливих значень загального рейтингового балу поділяють на проміжки і кожному проміжку надають деяке символічне позначення (наприклад, система ААА, АА, А, ВВВ, ВВ, ..., С) та словесне тлумачення.

Зараз в Україні існує гостра необхідність побудови коректних рейтингів страховиків. Саме тому, застосувавши наведені вище методичні підходи до побудови рейтингу, пропонуємо удосконалити чинну методику регулятора щодо оцінки фінансової стійкості страхових компаній.

Отже, в даному підрозділі нами чітко окреслені найбільш гострі проблемні моменти процедури побудови «правильного» рейтингу та визначені загальні методичні основи до побудови рейтингів фінансової стійкості



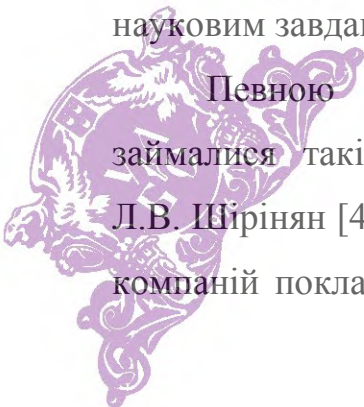
страхових компаній. Ці результати можуть використовуватися з метою аналізу адекватності існуючих рейтингових моделей, їх порівняння та оптимізації.

4.4. Удосконалення методики рейтингової оцінки стану фінансової стійкості страховиків

У сучасних умовах у вітчизняній економічній літературі питання визначення (присвоєння) рейтингу страховим компаніям практично не досліджене. У роботах таких вітчизняних дослідників, як Н.М. Внукова [281], О.О. Охріменко [206] та А.Л. Самойловський [253], зустрічаються лише фрагментарні підходи до оцінки фінансового стану страхових компаній. Серед зарубіжних вчених, які значну увагу приділяють цьому питанню, можна назвати О.Г. Баданова [9], А.Е. Гаспаряна [48], В.М. Дадькова та Г.О. Романову [65], Н.В. Кириллову [107] та інших.

Віддаючи належне працям зазначених дослідників, зауважимо, що теоретичні основи та методологія формування рейтингу фінансової стійкості страхових компаній все ж залишаються питаннями дослідженими недостатньо. Причина такого стану справ, на наш погляд, полягає в тому, що питання визначення (присвоєння) рейтингу страховикам характеризуються складністю, багатоаспектністю, а також браком концептуальних досліджень у цій сфері. Як наслідок, у вітчизняній економічній літературі спостерігаємо дещо безсистемне використання понять «рейтинг», «ренкінг» та «рейтингування». Відбувається їх підміна чи ототожнення, що загалом ускладнює їх вивчення та оцінку. Все це, а також аргументація, наведена нами вище, робить дослідження методологічних основ побудови рейтингу фінансової стійкості страхових компаній актуальним науковим завданням.

Певною мірою проблематикою визначення (присвоєння) рейтингів займалися такі вчені як Г.Л. Піратовський, Л.В. Шірінян та інші. Так, Л.В. Шірінян [416] в основу методики рейтингової оцінки діяльності страхових компаній поклала шкалу оцінок, яка складається з чотирьох груп показників:



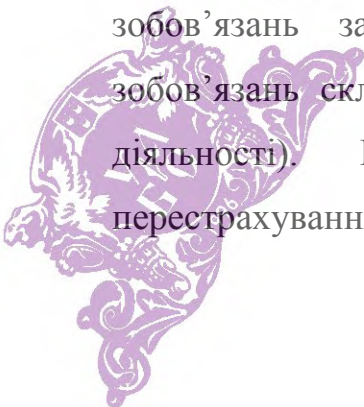
абсолютних показників (19 показників); показників платоспроможності (16 показників); показників ділової активності (27 показників); показників фінансової стійкості (25 показників). Та незважаючи на це, наведену методику не можна визнати досконалою, оскільки:

- по-перше, вона є універсальною для страхових компаній, які надають послуги з ризикових видів страхування та страховиків із страхування життя, що є неправомірним, враховуючи специфіку діяльності цих різновидів страхових компаній;

- по-друге, увага акцентується на 19 абсолютних показниках, які використовуються, насамперед, для складання ренкінгів, а не рейтингів;

- по-третє, при визначенні показників платоспроможності не враховуються особливості страхового бізнесу, зокрема, не розглядаються взагалі показники фактичної та нормативної платоспроможності, які є специфічними показниками, характерними лише для страхових компаній. Незрозумілим є і мета розрахунку та смислове навантаження запропонованих Л.В. Шірінян коефіцієнтів загальної автономії та страхової автономії (загальновідомим є той факт, що у великих страхових компаніях світового масштабу, як правило, залучений капітал перевищує власний, і це є нормальним явищем);

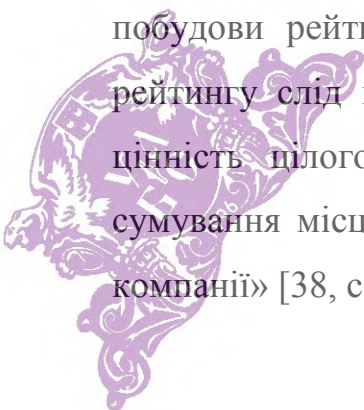
- по-четверте, група показників фінансової стійкості, яка наведена зазначеним дослідником, є громіздкою (25 коефіцієнтів) та незрозумілою (наприклад, до показників фінансової стійкості, які не пов'язані зі страховою діяльністю, відноситься коефіцієнт стійкості власних коштів та коефіцієнт стійкості зобов'язань, хоча не зрозуміло чому, оскільки власні кошти можуть використовуватися у разі нестачі коштів страхових резервів саме для виконання зобов'язань за страховими операціями. Водночас переважну частину зобов'язань складають страхові резерви, які відносяться саме до страхової діяльності). Цікавим є використання коефіцієнту оптимальності перестраховування, але водночас не визначено його критерії;



- по-п'яте, хоча й Л.В. Шірінян зазначає, що «основою формування запропонованого рейтингу є загальнодоступна опублікована звітність страховика та додаткова інформація, що міститься у звітах аудиторів і додатках до бухгалтерської звітності», все ж таки для визначення рейтингу за цією методикою самої лише публічної звітності явно недостатньо.

В роботі Г.Л. Піратовського [219, С. 200–217] описаний механізм побудови рейтингу фінансової стійкості страхових компаній з використанням методів середньозваженої оцінки, рангів та гармонізованої оцінки. Необхідно зазначити, що вони ґрунтуються, переважно, на суб'єктивних оцінках, оскільки рейтинги будувалися відносно кращих, за певними фактичними значеннями показниками серед обраної сукупності страхових компаній (досліджувана сукупність включала 40 компаній). Аналогічний підхід при побудові рейтингу застосовано і в роботі Л.В. Шірінян.

На сьогодні в Україні актуалізується робота зі створення інформаційно-аналітичних продуктів, що задовольняють інформаційні потреби широкого загалу. У зв'язку з цим, погоджуємося з Л.О. Юрченко, яка відмічає, що рейтинг має відповідати вимогам «комплексності, обґрунтованості, коректності та узгодженості» [425, с. 100]. Н. Внукова, в свою чергу, виокремлює наступні вимоги до побудови рейтингів: «системність, досягнення балансу між взаємодією компаній в системі, а також їх взаємозв'язок із зовнішнім середовищем, включення в систему зворотного зв'язку, адекватне відображення якісних особливостей розвитку всієї системи» [38, с. 22]. З метою забезпечення об'єктивної комплексної оцінки діяльності страхової компанії, до методики побудови рейтингу мають бути включені показники, які характеризують різні сторони діяльності страховика. На необхідність саме такого підходу до побудови рейтингів вказувала Н. Внукова, зазначаючи, що «при побудові рейтингу слід враховувати «теорію адитивної цінності», відповідно до якої цінність цілого складає суму цінностей його складових, тому здійснене сумування місць повинно адекватно відображати цінність в цілому страхової компанії» [38, с. 21].



Досліджуючи сучасний стан рейтингування в Україні, Н. Внукова сформулювала причини недостовірності рейтингів, а саме: дефіцит достовірної вхідної інформації; застосування неправильної методики; відсутність уніфікованої системи показників (бажано, щоб вона була стандартизована) [38, с. 22].

Та, якщо всі вищенаведені чинники викривлення рейтингу ще й поєднуються, то говорити про достовірність рейтингу взагалі не доводиться. Про «відсутність досконалих рейтингів страхових організацій» [16, с. 618] говорить і О.І. Барановський.

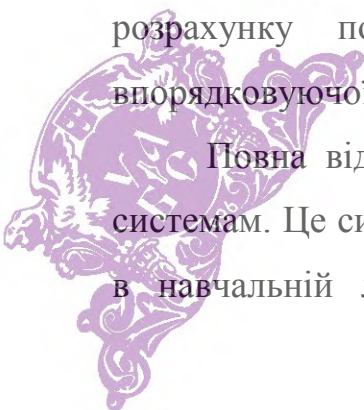
Повністю погоджуємося з наведеними вище міркуваннями. В зв'язку з цим постає завдання оцінки та оптимізації існуючих рейтингових систем. З огляду на це, **до основних вимог щодо побудови рейтингів або показників їх якості віднесемо наступні характеристики:**

- 1) відкритість;
- 2) відтворюваність результатів;
- 3) корельованість результатів з «відомими» рейтингами;
- 4) властивості динаміки рейтингу, його стійкість в часі.

Ці характеристики не є безпосередньо ознаками якості рейтингових систем (основна з яких – об'єктивність), вони є лише певною мірою формалізованими показниками, які дозволяють опосередковано підійти до оцінки рейтингових систем. Основні якісні ознаки рейтингових систем мають в більшості категоріальний характер, тому їх важко формально оцінити. Розглянемо дані характеристики докладніше.

Відкритість передбачає можливість доступу широкого кола фахівців до вихідних даних, на яких будується рейтинг (вектор \vec{x}), та алгоритму розрахунку показників (перетворення $\vec{x} \rightarrow \vec{r}$), а також коефіцієнтів впорядковуючої функції \vec{w} .

Повна відкритість на всіх рівнях притаманна лише двом рейтинговим системам. Це система затверджена Держфінпослуг [240] та система, висвітлена в навчальній літературі [153; 264]. У комерційних рейтингових агенцій



алгоритм розрахунку рейтингових балів є таємницею, яка дозволяє їм працювати на ринку і отримувати прибуток. Тому, про відкритість рейтингової системи в даному випадку мова не йде взагалі.

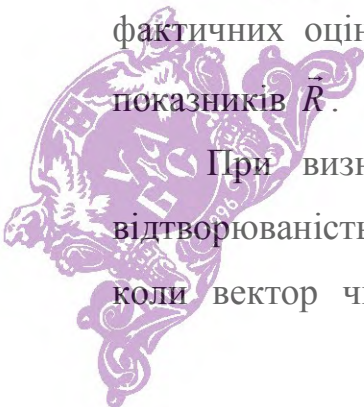
Однак, в рекламних цілях агенції мусять відкривати частину інформації. Їм необхідно переконати потенційного клієнта, що рейтинг будується на основі глибокого всебічного дослідження стану компанії і ринку в цілому, а на виході продукуються адекватні результати. З цією метою, як правило, розкривають перелік ознак \vec{X} та, іноді, загальні підходи до визначення показників \vec{r} . Вид впорядковуючої функції завжди залишається таємницею.

Деякі агенції (на наш погляд, з рекламною метою) поряд з індивідуальними рейтингами публікують так звані рі-рейтинги, що базуються, в основному, на публічній інформації та алгоритм розрахунку яких більш-менш відкритий.

Чисельні інтернет-ресурси, які оприлюднюють рейтинги страхових компаній, звичайно повністю відкриті щодо вихідних даних. Кількість ознак, що використовують ці рейтинги, невелика. Тому укладачі рейтингів не обтяжують себе докладним викладом алгоритму обчислення рейтингового балу.

Зауважимо, що для індивідуального дослідника доступними для відтворення і аналізу є лише повністю відкриті рі-рейтинги, оскільки будь-яка інша інформація про діяльність страхових компаній є їх комерційною таємницею. Таким чином, доступними для докладного аналізу залишаються лише дві методики. Першу будемо умовно називати «методика регулятора» (див. Розпорядження Держфінпослуг №3755 від 17.03.2005 року), а другу – «методика ранжування». Остання назва виправдана тим, що розрахунок фактичних оцінок показників \vec{r} базується на рангових позиціях проміжних показників \vec{R} .

При визначенні (присвоєнні) рейтингів необхідно враховувати, що відтворюваність результатів може бути чітко забезпечена лише у тому випадку, коли вектор чисельних оцінок ознак \vec{x} не містить експертних оцінок, а



базується лише на статистичних даних. Більшість рі-рейтингів задовольняють ці умови. Порушення відтворюваності таких рейтингів можна пояснити лише одним із двох факторів:

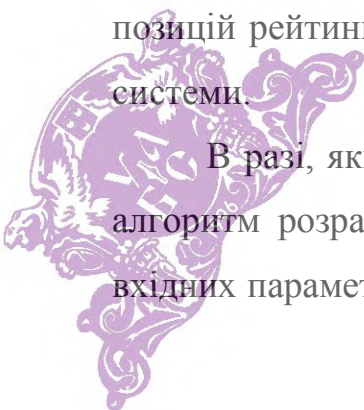
- 1) фальсифікацією фінансової звітності деякими страховими компаніями;
- 2) неадекватним оперуванням даними або їх фальсифікацією укладачем рейтингу.

Отже, відтворюваність є одним з найважливіших показників об'єктивності рейтингу. Дії експертів при формуванні вектора вхідних даних \bar{x} , правила шкалування якісних ознак мають бути настільки чіткими і прозорими, щоб забезпечити добру кореляцію остаточних рейтингових таблиць. Навіть повна зміна колективу експертів не повинна приводити до принципових змін рейтингу (принаймні, лідери не повинні мінятися місцями з аутсайдерами).

Існують рейтингові системи, які добре зарекомендували себе впродовж тривалого часу свого існування як серед фахівців галузі, так і перед державними контролюючими структурами. На жаль, алгоритм розрахунку рейтингових балів в більшості таких систем закритий. Для індивідуального дослідника результати таких рейтингів можуть слугувати орієнтиром при побудові власних рі-рейтингів та при порівняльному аналізі існуючих рейтингів.

Природно, що з часом фінансовий стан страхових компаній змінюється. Відповідно має змінюватись і їх позиція в рейтингу. Однак, зрозуміло також, що за нормальних умов ситуація на ринку в цілому за короткий термін (наприклад, рік) принципово змінитися не може. Тому, хаотичне переміщення позицій більшості компаній в рейтингу впродовж року більш ніж на чверть позицій рейтингу можна розцінювати як показник недосконалості рейтингової системи.

В разі, якщо все ж таки спостерігається така ситуація, то це означає, що алгоритм розрахунку рейтингового балу нестійкий відносно малих коливань вхідних параметрів. З точки зору системного аналізу, дана проблема може бути



пояснена неправильною оцінкою значимості ознак при формуванні вектора \bar{X} або помилкою при встановленні ваги показників при визначенні впорядковуючої функції. У відповідних термінах і та, і інша проблема виражаються як помилка декомпозиції складного об'єкта (страхової компанії).

Часова нестабільність рейтингу може мати і математичне походження – недостатня «стійкість» деяких функцій $\varphi_i(\bar{x})$. Наприклад, у «методиці регулятора» при обчисленні показника незалежності від перестраховування, якщо компанія передає в перестраховування 84% валових премій, то вона отримує найкращий бал, а якщо 85% – то найгірший.

Як зазначалось вище, доступними для докладного аналізу є для нас дві рейтингові системи – «методика регулятора» та «методика ранжування». Алгоритми цих методик докладно обговорені в літературі, тому, на нашу думку, вони не потребують спеціального викладу.

Аналіз фінансової стійкості страхових компаній, проведений нами, за цими методиками полягає в наступному: базуючись на даних статистичної звітності страхових компаній, спостереження за якими проводилося впродовж трьох років (2006 – 2008 рр.), нами були проведені розрахунки для побудови рейтингів страховиків. Розрахунки здійснювалися з використанням електронних таблиць Microsoft Excel.

В таблицях Л.1-Л.4 додатку Л вміщено результати визначення рейтингів страхових компаній, які впорядковані за результатами першого етапу спостережень (таблиці на 01.01.2007 р.). До початкових статистичних таблиць було занесено дані 133 компаній. Однак, щодо деяких із них інформація була частково відсутня. Такі компанії по відповідному показнику отримували найгірший, «штрафний» бал. В результаті страхові компанії з неповною статистичною інформацією опинилися внизу рейтингових таблиць.

Оскільки множина компаній з неповною інформацією щодо їх діяльності з року в рік змінювалася, то переміщення цих компаній вниз таблиць значно погіршувало стабільність рейтингу. Тому, окремо були проведені розрахунки рейтингів лише на множині компаній з більш-менш повною статистичною

інформацією за всі три роки спостережень. Для цього, із списків були виключені компанії, стосовно яких, хоча б за один із періодів була відсутня інформація щодо ключових нормуючих параметрів, таких як: капітал, сума отриманих страхових премій, страхові резерви тощо.

Отже, загалом **проведено 5 розрахунків за наступними методиками та їх варіантами:**

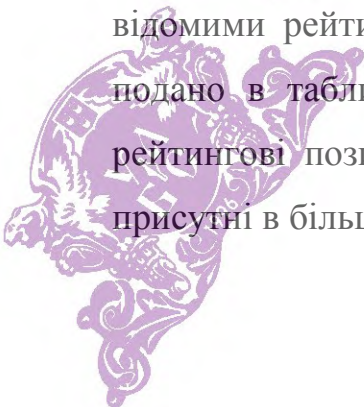
- 1) методика ранжування, повний список компаній (ПСК);**
- 2) методика ранжування, страхові компанії з повною інформацією (СКП);**
- 3) методика регулятора (ПСК);**
- 4) методика регулятора (СКП);**
- 5) оптимізована методика регулятора.**

Остання методика містить певні зміни в алгоритмі розрахунку рейтингового балу, які, на наш погляд, поліпшують якість результуючих таблиць. Докладний опис методики рейтингової оцінки наведений нижче. Результати відповідних розрахунків з використанням оптимізованої методики регулятора вміщено в таблиці Л.5 додатку Л.

Перевіримо результати відповідності методик побудови рейтингів страхових компаній вказаним вище показникам якості.

Відкритість та відтворюваність результатів стовідсотково забезпечується всіма методиками, оскільки, вони базуються на публічній інформації, алгоритми розрахунку є загальнодоступними і на етапах визначення значень показників та обчислення впорядковуючої функції експертні оцінки не використовуються (використовуються лише статистичні дані).

Більш складним є питання порівняння отриманих результатів з іншими відомими рейтингами. Дані про вибрані для порівняння рейтингові системи подано в таблиці Л.6 додатку Л. В таблиці Л.7 цього ж додатку подано рейтингові позиції 14-ти страхових компаній різного рівня, дані щодо яких присутні в більшості рейтингів, вибраних для порівняння.



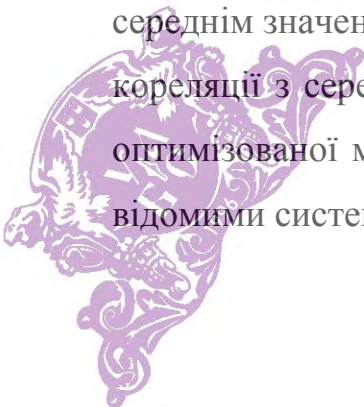
Рейтингові позиції відомих систем приведено до одного масштабу і усереднено (табл. Л.8 додатку Л), обчислено також середні значення по 3-х періодах спостереження для всіх досліджуваних методик. Результати обчислень вміщено в таблиці 4.2. За цими даними обчислено коефіцієнти кореляції між векторами рейтингових позицій досліджуваних методик та середніх рейтингових позицій інших систем.

Таблиця 4.2

Порівняння рейтингових таблиць, побудованих за різними методиками

Компанія	Методика ранжування (ПСК)	Методика ранжування (СКП)	Методика регулятора (ПСК)	Методика регулятора (СКП)	Оптимізована методика	Середнє значення рейтингових позицій інших систем
ОРАНТА	87,000	63,333	94,333	61,667	2,667	10,030
ВЕСКО	49,667	39,000	46,333	32,000	12,333	7,194
БУСІН	56,000	41,000	38,333	25,333	28,000	30,762
БРОКБІЗНЕС	24,667	15,000	56,000	39,000	22,333	40,725
ПЗУ УКРАЇНА	94,000	74,000	94,333	61,000	15,667	19,091
ПРОВІДНА	69,000	55,000	19,000	13,667	6,667	7,658
ІНГО Україна	99,000	72,667	88,667	57,667	9,667	6,128
КРЕДО-КЛАСИК	70,667	52,667	89,333	58,333	14,667	34,246
ВЕКСЕЛЬ	63,000	40,000	85,667	57,000	14,667	26,407
АСКО-МЕДСЕРВІС	7,000	5,667	14,333	10,000	53,000	45,848
НОВА	95,667	71,667	57,000	39,333	35,667	42,267
МІСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ	74,667	52,333	66,333	42,667	52,667	89,934
АСКО-ДОНБАС-ПІВНІЧНИЙ	90,000	62,667	106,333	68,000	52,000	80,872
КРАЇНА	58,333	38,667	63,333	43,000	31,000	116,519
Коефіцієнт кореляції	-0,106	-0,191	0,074	0,070	0,738	

З даних, наведених у таблиці 4.2 видно, що рейтинги, отримані за методикою ранжування мають від'ємну кореляцію з іншими відомими рейтингами. Це означає, що порядок слідування компаній в цих рейтингових таблицях в більшості зворотний. Рейтинги, отримані за методикою регулятора, мають хоча і позитивний, але надзвичайно малий коефіцієнт кореляції з середнім значенням рейтингових позицій інших систем. Найбільший коефіцієнт кореляції з середнім значенням рейтингових позицій інших систем маємо для оптимізованої методики. Отже, ця методика найкраще узгоджується з іншими відомими системами рейтингування.



Динаміка рейтингу проілюстрована на рисунку Л.5 додатку Л. Однак аналіз рисунків Л.1-Л.5 додатку Л, в силу їх насиченості даними, є досить складним завданням. Тому, в таблиці 4.3 зібрано числові характеристики, які дозволяють легко порівняти ступінь нестабільності рейтингів, отриманих за різними методиками: абсолютний максимум приростів рейтингових позицій та їх середньоквадратичне відхилення. Зауважимо, що середнє значення приростів завжди дорівнює 0, оскільки перехід від одного рейтингу до іншого є перестановкою на множині компаній. В таблиці 4.3 наведено також нормовані значення параметрів для методик, де обсяг вибірки не дорівнює 133.

Таблиця 4.3

Параметри динаміки рейтингових позицій (статистичних розподілів приросту рейтингових позицій)

Методика	Абсолютний максимум	Середньоквадратичне відхилення		
		2007 р.	2008 р.	Загалом
Методика ранжування, ПСК	120	45,213	36,408	41,047
Методика ранжування, СКПІ	62	16,081	19,637	17,947
Нормоване значення	101	26,083	31,850	29,109
Методика регулятора, ПСК	120	42,411	39,008	40,745
Методика регулятора, СКПІ	52	20,896	15,621	18,456
Нормоване значення	96	38,600	28,855	34,092
Оптимізована методика	48	10,507	10,549	10,528
Нормоване значення	99	21,835	21,922	21,879

На рисунках Л.6-Л.10 додатку Л наведено гістограми приростів рейтингових позицій за методикою ранжування, методикою регулятора та оптимізованою методикою. Крім того, на рисунку 4.5 подано гістограми річних приростів рейтингових позицій. Аналіз даних свідчить, що методика ранжування з ПСК за динамікою рейтингу практично еквівалентна методиці регулятора з ПСК (методика регулятора має незначну перевагу). Аналогічно, ці методики мають однаковий рівень стабільності при СКПІ. Слід зауважити, що випадок СКПІ багато стабільніший за рахунок виключення зі списку компаній, що не надали повної інформації.

Найбільший рівень стабільності має оптимізована методика. На це вказує мінімальне значення абсолютного максимуму та середньоквадратичного

відхилення річних приростів рейтингових позицій, а також мінімальне значення розмаху гістограми.

Отже, методика регулятора за двома останніми показниками якості має дещо кращі результати, ніж методика ранжування.

Крім того, методика ранжування має ще один суттєвий недолік – оскільки показники за цією методикою обчислюються за проміжним показником з використанням рангових позицій компанії серед інших компаній, то рейтинговий бал кожної компанії залежить не лише від параметрів самої компанії, а й від чисельних вимірів ознак інших компаній. Тому, при зміні множини компаній, що беруть участь у рейтингу, порядок слідування деяких компаній може змінитися на протилежний. Наприклад, компанії «Княжа» і «Аванте» у випадку повного списку компаній за 2008 рік мають позиції 6 та 7 відповідно, а після видалення із списку компаній з неповною інформацією – 27 та 9 (порядок слідування змінився).

Таким чином, для методики ранжування навіть відносний порядок компаній не є фіксованим і залежить від обраного списку. Цей недолік свідчить про те, що оптимізована методика має ґрунтуватися на підході регулятора. **Оптимізована методика регулятора має найкращі результати дослідження показників якості, що свідчить про правильний вибір базової моделі та напрямку оптимізації.**

Опишемо докладно алгоритм обчислення рейтингових балів страхових компаній за оптимізованою методикою та суть внесених змін.

Множина ознак, використаних при розрахунку, залишилася незмінною порівняно з методикою регулятора. Однак, суттєво змінився принцип розрахунку показників.



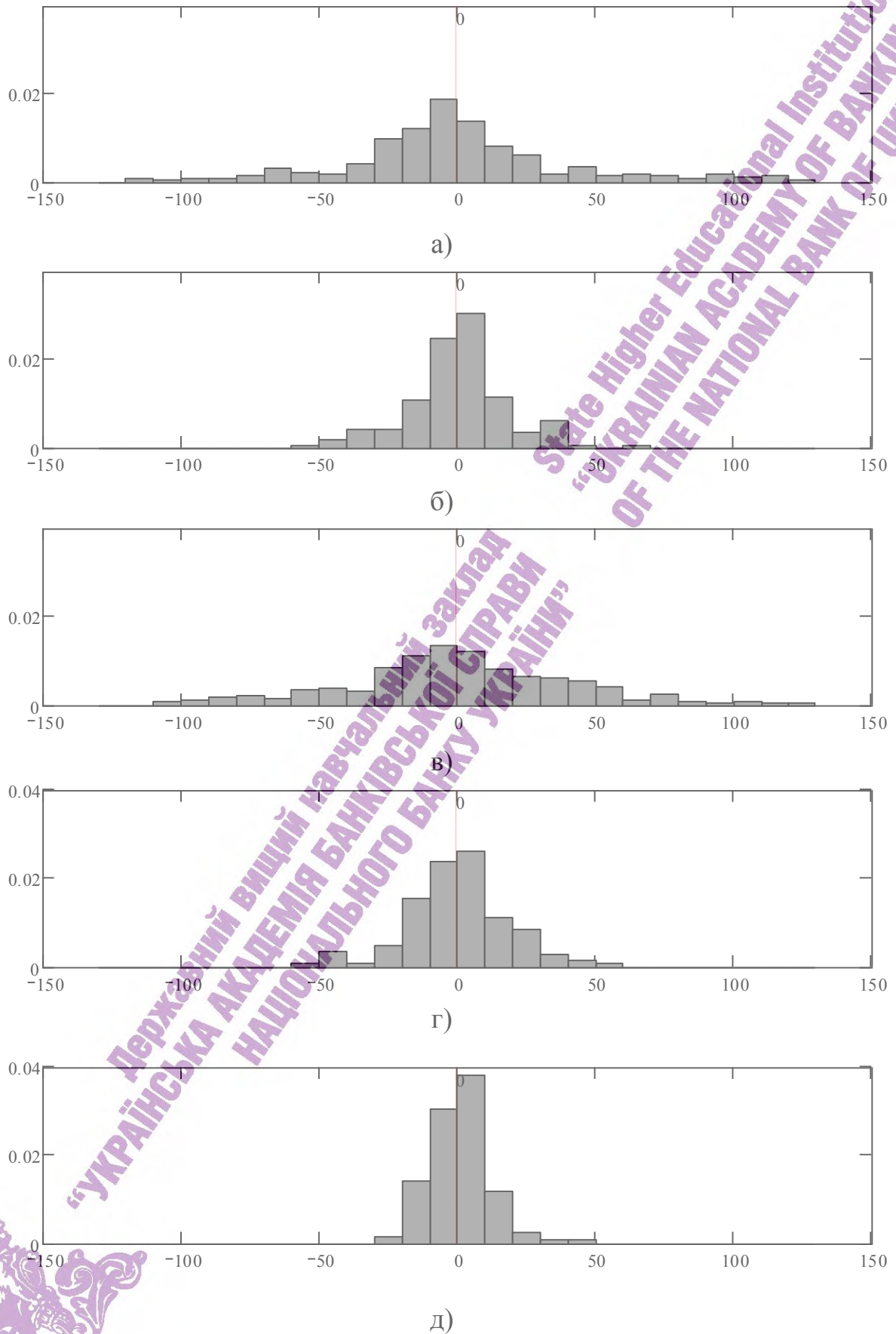
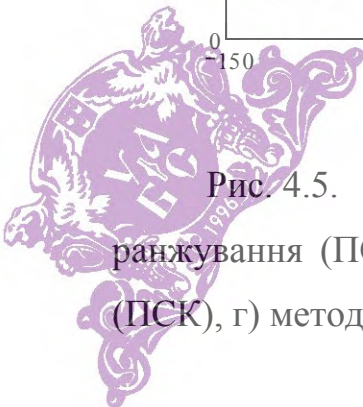


Рис. 4.5. Гістограми приростів рейтингових позицій: а) методика ранжування (ПСК), б) методика ранжування (СКП), в) методика регулятора (ПСК), г) методика регулятора (СКП), д) оптимізована методика регулятора



Множина значень фактичних показників в методиці регулятора дискретна: $\{2,3,4\}$. Тому, коли значення проміжного показника близьке до порогового, навіть незначна зміна вхідних параметрів у функції обчислення фактичного показника може вплинути на зміну фактичного параметра на 25%. Ця особливість негативно впливає на стабільність рейтингу.

Тому, в оптимізованій методиці, для розрахунку фактичних оцінок показників використовуються функції неперервні на всій числовій осі [76], але такі, що апроксимують дискретнозначні функції з методики регулятора. Деякі зміни стосуються також і розрахунку проміжних показників. Нижче наведено перелік проміжних показників та формули їх розрахунку. Зірочкою вказано показники, які введено додатково, а двома зірочками – які виключено з алгоритму [344, с. 57].

1. Показник дебіторської заборгованості:

$$[\text{ПДЗ}] = 100 * [\text{Дебіторська заборгованість}] / [\text{Капітал}];$$

2. Показник ліквідності активів:

$$[\text{ПЛА}] = 100 * [\text{Високоліквідні активи}] / [\text{Зобов'язання}];$$

3. Показник ризику страхування:

$$[\text{ПРС}] = 100 * [\text{Сума чистих премій за всіма полісами}] / [\text{Капітал}];$$

4. Зворотний показник платоспроможності**:

$$[\text{ЗПП}] - \text{виключено з алгоритму};$$

5. Показник доходності:

$$[\text{ПД}] = 100 * [\text{Чистий прибуток}] / [\text{Капітал}];$$

6. Показник обсягів страхування (андеррайтингу):

$$[\text{ПА}] = 100 * [\text{Виплати і витрати}] / [\text{Сума чистих зароблених премій}];$$

7. Показник змін у капіталі:

$$[\text{ПЗК}] = 100 * ([\text{Капітал}] / [\text{Капітал за попередній період}] - 1);$$

8. Показник змін у сумі чистих премій за всіма полісами:

$$[\text{ПЗЧП}] = 100 * ([\text{Сума чистих премій}] / [\text{Сума чистих премій за попередній період}] - 1);$$



9. Показник незалежності від перестраховання:

$$[\text{ПНП}] = 100 * [\text{Сума чистих премій за всіма полісами}] / [\text{Валова сума премій за всіма полісами}];$$

10. Показник відношення чистих страхових резервів до капіталу:

$$[\text{ПВРК}] = 100 * [\text{Чисті страхові резерви}] / [\text{Капітал}];$$

11. Показник доходності інвестицій:

$$[\text{ПДІ}] = 100 * [\text{Прибуток від фінансової діяльності}] / [\text{Середній обсяг фінансових інвестицій протягом року}];$$

12. Активи*:

$$[A] = [\text{Активи}];$$

13. Капітал*:

$$[K] = [\text{Капітал}];$$

14. Страхові резерви*:

$$[CP] = [\text{Страхові резерви}];$$

15. Достатність страхових резервів*:

$$[DCP] = 100 * [\text{Чисті страхові резерви}] / [\text{Сума чистих премій за всіма полісами}];$$

16. Показник платоспроможності*:

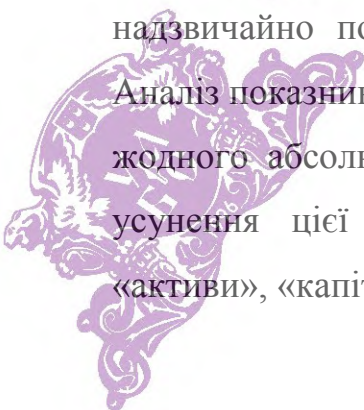
$$[\text{НЗПЛ}] = ([\text{Валова сума премій за всіма полісами}] - 0,5 * [\text{Частка страхових платежів, яка належить перестраховикам}]) * 0,18$$

$$[\text{ПП}] = 100 * ([\text{Капітал}] - [\text{НЗПЛ}]) / [\text{НЗПЛ}].$$

Оскільки до алгоритму введено показник «платоспроможності», розрахований за чинною вітчизняною практикою, то «зворотний показник платоспроможності» виключено як дублюючий.

Більшість рейтингових агенцій вказують на те, що розмір компанії є надзвичайно позитивним фактором при визначенні її стійкості [203; 205].

Аналіз показників у методиці регулятора свідчить про те, що в цій моделі немає жодного абсолютного показника, який би вказував на розмір компанії. Для усунення цієї проблеми до оптимізованої методики додано показники: «активи», «капітал» та «страхові резерви». Очевидно, що показник «достатність



страхових резервів» [203] є одним із найважливіших факторів фінансової стійкості страхової компанії, тому він також включений до алгоритму.

Зупинимося тепер на процедурі обчислення фактичних оцінок показників та визначенні впорядковуючої функції.

Як зазначалося вище для перших 10-ти показників, які мають прямі відповідники в методиці регулятора, функції за якими обчислюються фактичні оцінки показників, побудовані виходячи з міркувань апроксимації неперервними функціями ступінчастих функцій, прийнятих в методиці регулятора. Рисунок 4.6 дозволяє порівняти відповідні функції в оптимізованій методиці та методиці регулятора. Для прикладу наведено функції обчислення фактичних оцінок показників №1 (рис. 4.6(а)) та №9 (рис. 4.6(б)).

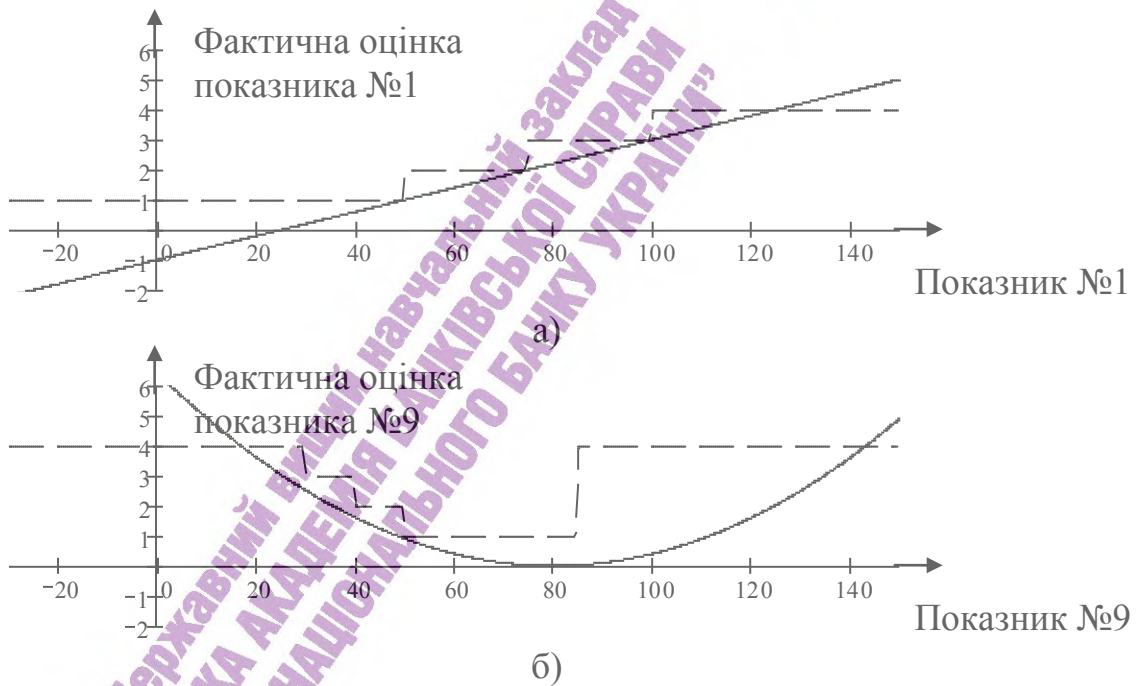


Рис. 4.6. Функції обчислення фактичної оцінки показників:

----- в методиці регулятора; ————— в оптимізованій методиці

Показники №12-16 перетворюються до фактичних оцінок шляхом нормування на середнє значення відповідного показника по групі вибраних компаній.

В таблиці 4.4 зібрано формули обчислення фактичних оцінок показників \bar{r} та коефіцієнти впорядковуючої функції \bar{w} .

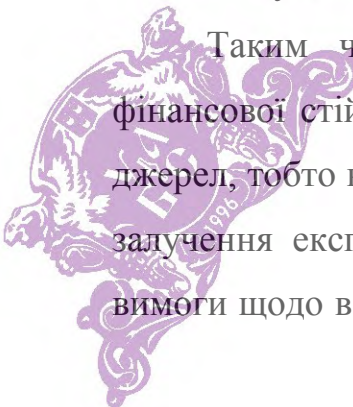
Формули обчислення фактичних оцінок показників та коефіцієнти
впорядковуючої функції

Назва показника	Формула обчислення	Ваговий коефіцієнт
1. Показник дебіторської заборгованості	$[ПДЗ]/25 - 1$	0,031
2. Показник ліквідності активів	$-[ПЛА]/50 + 25/3$	0,016
3. Показник ризику страхування	$[ПРС]/500$	0,024
4.** Зворотний показник платоспроможності	$[ЗПП]/25$	0,000
5. Показник доходності	$-[ПД]/50$	0,024
6. Показник обсягів страхування (андеррайтингу)	$([ПА]-60)^2 / 2000$	0,142
7. Показник змін у капіталі	$-[ПЗК]/25 + 4$	0,047
8. Показник змін у сумі чистих премій за всіма полісами	$-[ПЗЧП]/15+14/3$	0,047
9. Показник незалежності від перестрашування	$([ПНП]-80)^2 / 1000$	0,142
10. Показник відношення чистих страхових резервів до капіталу	$[ПВРК]/25 - 1$	0,016
11. Показник доходності інвестицій	$-[ПДІ]/25 + 4$	0,095
12.* Активи	$-[А]/40000$	0,118
13.* Капітал	$-[К]/20000$	0,118
14.* Страхові резерви	$-[СР]/10000$	0,118
15.* Достатність страхових резервів	$-[ДСР]/400$	0,031
16.* Показник платоспроможності	$-[ПП]/14000$	0,031
		$\Sigma = 1,000$

Значення рейтингових балів компаній B_j обчислюються за формулою 4.5.

Після цього список компаній впорядковується за зростанням рейтингових балів. Отримана таблиця і є рейтингом стійкості страхових компаній за оптимізованою методикою. Вагові коефіцієнти змінені з врахуванням їх економічної доцільності та з огляду на те, що з введенням нових показників їх загальна сума повинна дорівнювати 1.

Таким чином, нами запропонована методика розрахунку рейтингу фінансової стійкості страхових компаній, яка базується на даних «відкритих» джерел, тобто вона ґрунтується на публічних статистичних даних та не вимагає залучення експертів для розрахунку показників, отже повністю задовольняє вимоги щодо відкритості та відтворюваності. Як показано вище, дана методика



має переваги перед іншими відомими і відкритими методиками визначення (присвоєння) рейтингів за показниками стабільності та корельованості. Крім того, вона проста в реалізації, не вимагає створення спеціалізованих програмних засобів і може здійснюватися за допомогою типових електронних таблиць (наприклад Microsoft Excel).

Отже, запропонована оптимізована методика заслуговує на увагу фахівців галузі та споживачів страхових послуг як простий і ефективний засіб отримання об'єктивної рейтингової експрес-оцінки стійкості страхових компаній.

Якісну оцінку фінансової стійкості пропонується здійснювати за наступним алгоритмом. Спершу визначають значення верхньої (y_v) та нижньої (y_n) меж фінансової стійкості страхової компанії. Для цього встановлюють відповідні значення максимального і мінімального значень інтегрального показника (значення інтегрального показника для i -ої страхової компанії позначимо як B_i) з врахуванням найвищих і найнижчих значень факторних показників (r_i).

Найменше і найбільше значення r_i встановлюють з використанням затверджених в установленому порядку нормативів. Якщо такі нормативи відсутні, то для знаходження граничних значень вказаних вище показників, слід використовувати дані фінансової і статистичної звітності провідних українських страховиків шляхом їх усереднення. Шкала для оцінки інтегрального показника фінансової стійкості може включати п'ять градацій значень: найвища, достатня, гранична, недостатня, низька (табл. 4.5). При цьому, середній рівень фінансової стійкості дорівнюватиме: $y_o = (y_v + y_n) / 2$.

Таблиця 4.5

Якісні характеристики інтегрального показника

Якісна оцінка фінансової стійкості	Критерії оцінювання
1	2
найвища	Значення показників r_i вище максимальних значень, B_i вище y_v
достатня	Значення одного з показників r_i вище свого максимального значення, B_i вище середнього рівня фінансової стійкості y_o , $y_n \leq B_i \leq y_v$

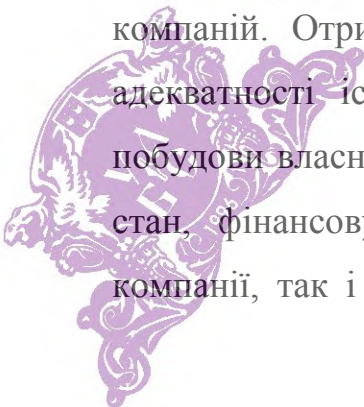


1	2
гранична	Всі показники знаходяться в межах встановлених інтервалів, $y_n \leq B_i \leq y_b, B_i \sim y_o$
недостатня	Значення одного з показників r_i нижче мінімального значення, B_i нижче середнього рівня фінансової стійкості y_o , але при цьому $y_n \leq B_i \leq y_b$
низька	Значення показників r_i нижче мінімальних значень, B_i нижче y_n

Таким чином, можна стверджувати, що рейтингові системи для страхових компаній – новий продукт на ринку економічної та статистичної інформації. В подальшому для підвищення достовірності побудови рейтингів в Україні необхідно:

- чітко формулювати мету побудови рейтингу;
- створювати банк експертів для визначення набору показників оцінювання страхових компаній під сформовану мету та з урахуванням специфіки діяльності страховиків;
- забезпечувати прозорість методичних підходів до побудови рейтингів;
- проводити апробацію методик рейтингування на великих сукупностях страхових компаній в динаміці;
- організувати проведення широкої дискусії для встановлення узгодженості думок експертів, керівників страхових компаній, представників Держфінпослуг України, інших зацікавлених осіб;
- виконувати моніторинг розвитку страхових компаній на основі рейтингових систем.

Отже, в даному підрозділі нами окреслені найбільш гострі проблемні моменти процедури побудови «правильного» рейтингу та визначені загальні методичні підходи до побудови рейтингів фінансової стійкості страхових компаній. Отримані результати можуть бути використані з метою аналізу адекватності існуючих рейтингових моделей, їх порівняння, а також для побудови власних рейтингових систем. Рейтинг дає інформацію про поточний стан, фінансову стійкість та перспективи розвитку як окремої страхової компанії, так і страхової системи в цілому. На підставі даних, отриманих в



результаті проведення рейтингової оцінки, стає можливим визначення пріоритетних шляхів подальшого розвитку страхової компанії, виділення адекватних методів спостереження, узагальнення різновидів і кількості ресурсів, необхідних для здійснення належного контролю за страховими компаніями, а також розробка ефективних напрямів підвищення фінансової стійкості страховиків.

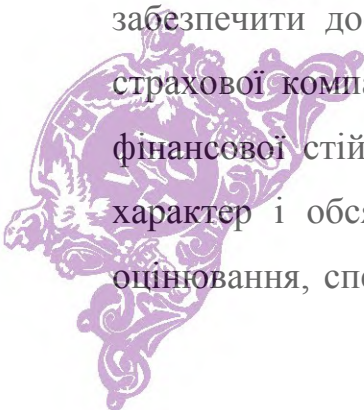
Розгляду саме цих питань присвячено наступний розділ дослідження.

Висновки до четвертого розділу

Наведені у четвертому розділі результати дослідження рейтингової оцінки стану фінансової стійкості страхових компаній дають підстави для наступних висновків:

1. Важливим індикатором фінансового стану страхової компанії, професійного рівня її андеррайтингу та ризик-менеджменту, а також маркетингових позицій на національному та міжнародному ринках є рейтингова оцінка. Базуючись на теоретичному підґрунті процесу рейтингування відзначено його особливості, що дозволили виділити два види страхових рейтингів залежно від об'єкта оцінювання: рейтинг фінансової стійкості та рейтинг страхових продуктів; вони тісно пов'язані між собою, оскільки якісні характеристики страхових продуктів впливають і характеризують ефективність надання страхового захисту.

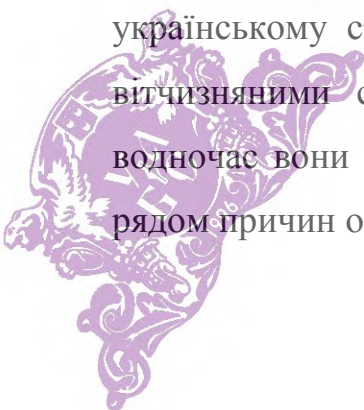
2. Розгляд існуючих в економічній літературі підходів до класифікації рейтингів фінансової стійкості довів, з одного боку, їх неупорядкованість, з іншого – неповноту застосовуваних класифікаційних ознак, що в цілому не дозволяє говорити про рейтинг як незамінний засіб, що спроможний забезпечити достатньо об'єктивну інтегровану оцінку різнобічної діяльності страхової компанії. У дисертації удосконалено класифікацію видів рейтингів фінансової стійкості з огляду на виділення таких класифікаційних ознак, як характер і обсяг інформації, яка використовується в процесі рейтингового оцінювання, спеціалізація діяльності страхових компаній, глибина проведення



аналізу, метод побудови, територіальна ознака, рівень управління, статика/динаміка, спосіб оцінювання.

3. Зважаючи на розповсюдженість класифікації рейтингів за критерієм глибини охоплення, здійснено порівняльну оцінку рейтингів, багатомірних списків і власне рейтингів за наступними позиціями: характеристика, особливості, джерела інформації, обсяг вибірки, можливість співпадання значень, переваги та недоліки, кваліфікаційні вимоги до інституції, яка присвоює рейтинг. Визначено основні функції рейтингу фінансової стійкості страхових компаній – інформаційну, регулюючу та маркетингову, належне виконання яких можливе лише в разі дотримання комплексу основних принципів рейтингової оцінки, а саме: адекватності та доступності; актуальності; незалежності; порівнюваності страхових рейтингів; точності; визнання; спрямованості у майбутнє.

4. Спеціалізовані рейтингові агентства є обов'язковим елементом інфраструктури розвинутого страхового ринку, які покликані здійснювати незалежне оцінювання фінансової стійкості та надійності страхових компаній. Сформульовано особливості оцінки фінансової стійкості страхових компаній міжнародними рейтинговими агентствами, в ході цього виявлено, що хоча за кордоном відсутня єдина система оцінки діяльності страховиків, але все ж таки методології оцінки страхових компаній, які використовуються міжнародними рейтинговими агентствами за своєю сутністю доволі подібні. Певні відмінності між цими методиками полягають у показниках і критеріях оцінки, що використовуються для визначення фінансової стійкості страхових компаній, а також у підходах, які застосовуються для визначення частки різних показників при присвоєнні (визначенні) рейтингу. З огляду на динамічні зміни на українському страховому ринку питання отримання міжнародного рейтингу вітчизняними страховими компаніями стає для них дедалі актуальнішим, водночас вони не поспішають отримати міжнародний рейтинг, що зумовлено рядом причин об'єктивного і суб'єктивного характеру.

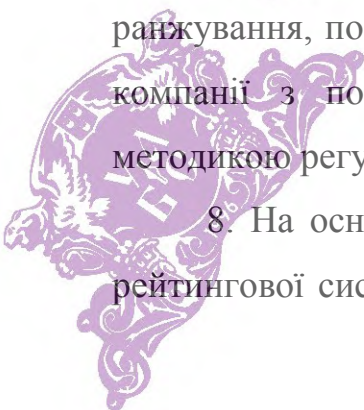


5. Сформульовано основні проблеми, притаманні практиці побудови рейтингових оцінок, зокрема виділено їх дві категорії. Проблеми першої категорії спричиняють неправильну, помилкову побудову рейтингових систем (неправомірне їх спрощення), усунення яких здійснюється в процесі удосконалення системних методів виявлення істотних ознак, розробки способів вираження якісних ознак через сукупність кількісних показників або експертних рангів. Друга категорія проблем стосується принципів труднощів системологічного або математичного характеру, які не можуть бути усунуті та вимагають компромісних рішень, що зумовлює умовний конвенціональний характер рейтингових оцінок. Вдосконалення таких рейтингових систем може бути забезпечене за рахунок адаптивних, самоналагоджувальних способів їх використання та накопичення досвіду керування за їх допомогою.

6. В процесі дослідження, обґрунтовано формалізовані підходи до методичних основ побудови рейтингу фінансової стійкості страхових компаній, а саме: визначення набору кількісних та якісних ознак, що є найбільш суттєвими для встановлення рівня фінансової стійкості; забезпечення «вимірюваності» ознак; перетворюваність системи числових ознак до системи числових показників; вибір впорядковуючої функції.

7. На основі дослідження особливостей сучасного стану рейтингування в Україні встановлено причини недостовірності існуючих рейтингів, в зв'язку з цим здійснена оцінка та оптимізація існуючих рейтингових систем. Доведено, що адекватними для оцінки в рамках дослідження є два підходи до побудови рейтингових систем – на основі «методики регулятора» та «методики ранжування»; визначено рейтингові позиції страхових компаній за п'ятьма варіантами розрахунків згідно з зазначеними підходами, а саме: методикою ранжування, повний список компаній (ПСК); методикою ранжування, страхові компанії з повною інформацією (СКП); методикою регулятора (ПСК); методикою регулятора (СКП); оптимізованою методикою регулятора.

8. На основі сформульованих основних показників якості пропонованої рейтингової системи (відкритість, відтворюваність результатів, корельованість



результатів з «відомими» рейтингами, властивості динаміки рейтингу, його стійкість у часі) доведено, що оптимізована методика регулятора дає найкращі результати дослідження показників якості, що свідчить про правильний вибір базової моделі та напрямку оптимізації, суть якого полягала у використанні неперервних функцій на всій числовій осі, таких, що апроксимують дискретнозначні функції з методики регулятора та зміни складу проміжних показників, а саме вилучення з методики регулятора зворотного показника платоспроможності та введення абсолютних показників (активи, капітал, страхові резерви) і додаткових відносних показників (достатність страхових резервів та платоспроможність). Запропонована методика розрахунку рейтингу фінансової стійкості страхових компаній є відкритою, оскільки ґрунтується на публічних статистичних даних та не вимагає залучення експертів для розрахунку показників, отже повністю задовольняє вимоги відкритості та відтворюваності. Показано, що дана методика переважає інші відкриті методики за показниками стабільності та корельованості з відомими рейтингами. Крім того, вона проста в реалізації, не вимагає створення спеціалізованих програмних засобів і може провадитися за допомогою електронних таблиць, наприклад Microsoft Excel.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях [304, 306, 328, 333, 341, 343, 344, 346, 348, 352, 364].



РОЗДІЛ 5

МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ

5.1. Основні напрямки забезпечення фінансової стійкості страховиків в умовах фінансової кризи

Роль страхування в сучасному світі зростає. В зв'язку з цим, питання забезпечення та підтримання фінансової стійкості страхових компаній на належному рівні має особливу значущість, враховуючи те, що в умовах фінансово-економічної кризи додатково проявляється ще й ряд специфічних тенденцій, які зумовлюють діяльність страхових компаній (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Основні тенденції, які зумовлюють діяльність страхових компаній в умовах
фінансово-економічної кризи

Зовнішні	Внутрішні
<ul style="list-style-type: none"> - криза державної політики; - рецесія світової економіки; - економічна криза; - неузгодженість дій регулюючих органів та відсутність консолідованої позиції; - падіння платоспроможного попиту населення; - криза банківської системи; - непрозорість страхового ринку в цілому та окремих страховиків зокрема; - нестабільне законодавство в частині формування та представлення страхових резервів; - відсутність контролю з боку держави за нормативами витрат на ведення справи; - скорочення обсягів іпотечного кредитування; - зниження обсягів будівництва; - скорочення обсягів реалізації автомобілів тощо. 	<ul style="list-style-type: none"> - загострення конкуренції, зниження рентабельності страхових послуг, особливо масових, використання демпінгу; - збільшення іноземного капіталу в статутних фондах страховиків України; - зниження питомої ваги «схемного» та «кептивного» страхування; - погіршення якості страхових резервів; - падіння рентабельності інвестицій страховиків; - зростання кількості страхових випадків; - зростання заборгованості страховиків перед клієнтами та контрагентами; - зростання випадків дострокового припинення договорів; - високий рівень аквізиційних витрат; - відсутність економічно обґрунтованих страхових тарифів; - незбалансованість страхового портфеля; - зростання випадків страхового шахрайства; - зниження обсягів надходження страхових платежів тощо.

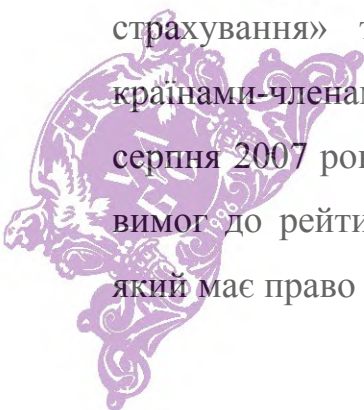
Дія зазначених вище факторів спричиняє надзвичайно нестійкий характер процесу відтворення страхового капіталу в Україні та, як наслідок, нестабільність функціонування більшості страхових компаній, що проявляється у їх нездатності виконувати належним чином взяті на себе зобов'язання.

В зв'язку з цим, вважаємо, що в подальшому для забезпечення фінансової стійкості вітчизняних страхових компаній та зміцнення фінансових основ національної страхової системи слід акцентувати увагу на таких основних напрямках:

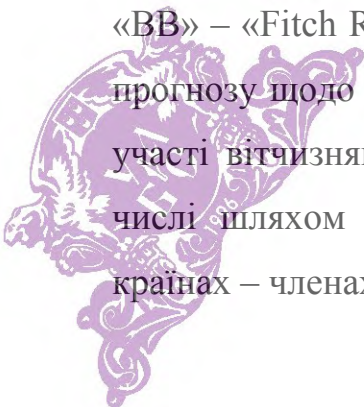
1) удосконалення нормативно-правового забезпечення системи нагляду та контролю за діяльністю страховиків, що передбачає:

- врегулювання діяльності актуаріїв, а саме: забезпечення умов для створення саморегульованого інституту незалежних страхових актуаріїв; визначення сфери діяльності незалежних страхових актуаріїв; встановлення критеріїв оцінювання адекватності страхових тарифів і достатності страхових резервів [308]; встановлення вимог до виконання актуарного висновку, який повинен щорічно надаватися до органу страхового нагляду разом з бухгалтерською звітністю; розроблення порядку взаємодії органу страхового нагляду з актуаріями;

- запровадження ліцензування перестрахової діяльності та перегляд вимог до рейтингу фінансової надійності (стійкості) страховиків-нерезидентів. Сьогодні питання визначення рейтингів фінансової надійності (стійкості) страховиків (перестраховиків)-нерезидентів регулюється розпорядженням Держфінпослуг України від 3 грудня 2004 року №2885 [35], яке було розроблене згідно з п. 13.6 ст. 13 Закону України «Про оподаткування прибутку підприємств». Водночас, на виконання п. 7 частини 12 Закону України «Про страхування» та відповідно до прийнятих Україною зобов'язань перед країнами-членами Світової організації торгівлі, Держфінпослуг України 28 серпня 2007 року було затверджене розпорядження №7924 «Про затвердження вимог до рейтингу фінансової надійності (стійкості) страховика-нерезидента, який має право здійснювати страхову діяльність в Україні». В зв'язку з тим, що

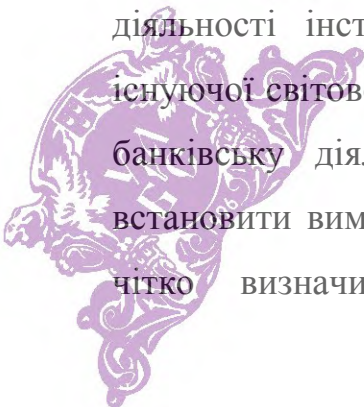


обома вищезазначеними розпорядженнями встановлюються вимоги до рейтингів фінансової надійності страховиків-нерезидентів та перестраховиків-нерезидентів нині виникла необхідність у наступному: по-перше, необхідна уніфікація вимог зазначених в цих документах, по-друге, доцільним є перегляд значень рекомендованих рейтингів страхових (перестрахових) компаній-нерезидентів. Слід зазначити, що в умовах неблагополуччя, викликаного глобальною фінансово-економічною кризою спостерігається зростання цін на розміщення ризиків за кордоном, що значно ускладнює завдання отримання вітчизняними страховими компаніями надійного перестрахового захисту. В свою чергу, це сприяє концентрації ризиків на утриманні українських страховиків (перестраховиків), що може спричинити виникнення значних проблем з платоспроможністю вітчизняних страхових компаній. До того ж, фінансова криза зумовила зниження рейтингів фінансової надійності (стійкості) широкого спектра фінансових установ, зокрема і компаній, що займаються перестраховуванням. Отже, вимоги, які будуть встановленими до рейтингу страхової (перестрахової) компанії-нерезидента у нормативних документах, повинні враховувати реалії сьогодення. В іншому випадку, можливості українських страховиків в отриманні перестрахового захисту у перестраховиків-нерезидентів суттєво звузяться. Саме тому, вважаємо, що нині існує необхідність «розумного» застосування зазначених вимог та, можливо, їх послаблення. На нашу думку, правомірним є надання дозволу українським страховикам на перестраховування ризиків у перестраховиків-нерезидентів з рейтингом фінансової надійності (стійкості), на день укладання відповідного договору, на рівні, не нижчому за вказані нижче: «B» – «A.M.Best» (США); «Ba» – «Moody's Investors Service» (США); «BB» – «Standard & Poor's» (США); «BB» – «Fitch Ratings» (Великобританія), але за умови відсутності негативного прогнозу щодо зміни таких рейтингів. До того ж слід підвищити ефективність участі вітчизняних страховиків у міжнародних страхових відносинах, у тому числі шляхом зняття обмежень щодо здійснення перестраховування лише в країнах – членах СОТ;



- сприяння поетапному впровадженню міжнародних стандартів бухгалтерського обліку та фінансової звітності в практику діяльності українських страховиків, а саме: впровадження національного положення (стандарту) бухгалтерського обліку «Договори страхування»; розробка методичних рекомендацій щодо застосування основних принципів Міжнародних стандартів фінансової звітності (МСФЗ) 4 «Договори страхування» та МСФЗ «Фінансові інструменти»; підготовка та проведення пілотних проектів щодо складання фінансової звітності за міжнародними стандартами фінансової звітності (МСФЗ); впровадження національного положення (стандарту) бухгалтерського обліку щодо річної і консолідованої звітності страховиків, що відповідає директиві ЄС 91/674/ЄЕС; удосконалення розкриття інформації страховиками; перегляд, з метою врахування вимог Європейського законодавства та МСФЗ, нормативно-правових актів Держфінпослуг України, які стосуються порядку складання фінансової звітності, а також її оприлюднення;

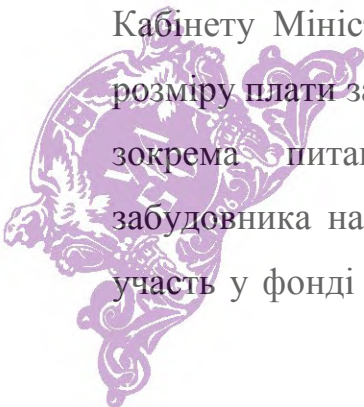
- врегулювання діяльності тимчасових адміністраторів з метою використання даного інституту як інструменту відновлення платоспроможності фінансової установи. Чинний Закон України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» розглядає запровадження інституту тимчасових адміністрацій виключно як захід впливу, тобто як інструмент покарання, водночас як світовий досвід та вітчизняне законодавство про банківську діяльність розглядають мету їх діяльності ширше, а саме в якості інструменту відновлення платоспроможності фінансової установи, яка потрапила у скрутне фінансове становище, в тому числі й з незалежних від неї причин. В зв'язку з цим, необхідно наблизити засади запровадження і діяльності інституту тимчасової адміністрації у страхових компаніях до існуючої світової практики та гармонізувати їх із законодавством про банки та банківську діяльність. Для цього необхідно здійснити наступні заходи: встановити вимоги до тимчасового адміністратора та умов його призначення; чітко визначити сферу відповідальності тимчасового адміністратора;



встановити його права і обов'язки, вимоги до звіту тимчасового адміністратора; передбачити можливість введення мораторію на задоволення вимог кредиторів. Реалізація цих вимог дозволить підвищити ефективність діяльності тимчасових адміністрацій, зокрема з питання відновлення платоспроможності страхової компанії, що, в свою чергу, сприятиме зниженню ризику невиконання фінансовою установою зобов'язань перед споживачами страхових послуг, удосконаленню існуючого механізму державного регулювання сфери фінансових послуг, а отже, повнішому захисту прав споживачів фінансових послуг небанківських фінансових установ;

- зменшення кількості обов'язкових видів страхування та посилення державного контролю за впровадженням та здійсненням нових його видів. Нині значна кількість проблем системи обов'язкового страхування пов'язана з відсутністю єдиної державної політики в цій сфері. Зокрема, при вирішенні питання про запровадження конкретного виду обов'язкового страхування державні органи часто керуються вузьковідомчими інтересами, не враховуючи пріоритети соціально-економічного розвитку країни, реалій національного страхового ринку та фінансових можливостей потенційних страхувальників. Уникати згаданих вище проблем дозволяє належним чином сформована державна політика в сфері обов'язкового страхування, яка повинна включати правові, економічні, соціальні, екологічні та інші аспекти запровадження певного виду обов'язкового страхування, забезпечувати слідування принципам обов'язкового страхування, гарантувати участь держави в сфері обов'язкового страхування;

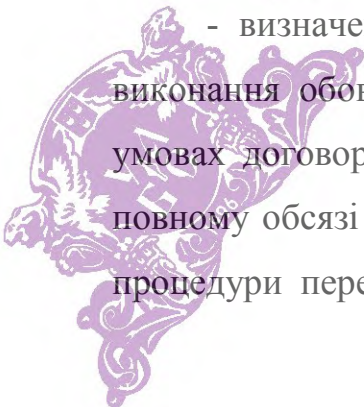
- приведення у відповідність нормативно-правових документів відповідно до Закону України «Про страхування». Це стосується, наприклад, постанови Кабінету Міністрів України від 13 квітня 2005 р. №286 «Про встановлення розміру плати за видачу ліцензії на проведення конкретного виду страхування», зокрема питання заміни обов'язкового страхування відповідальності забудовника на обов'язкове страхування майнових ризиків за договором про участь у фонді фінансування будівництва відповідно до Закону України «Про



фінансово-кредитні механізми і управління майном при будівництві житла та операціях з нерухомістю». Слід зауважити що через виключення пункту 11 статті 7 Закону України «Про страхування», яким передбачався такий вид обов'язкового страхування, як страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур і цукрових буряків сільськогосподарськими підприємствами всіх форм власності, норми постанови Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 року № 1000 «Про затвердження Порядку і правил проведення обов'язкового страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур і цукрових буряків сільськогосподарськими підприємствами всіх форм власності» суперечать діючому законодавству;

- забезпечення формування ефективної системи державного регулювання та нагляду у сфері страхування з урахуванням принципів і стандартів, рекомендованих Міжнародною асоціацією органів нагляду за страховою діяльністю. Це, насамперед, стосується поступового переходу на нову європейську систему оцінки платоспроможності страхових компаній – Solvency II, яка ґрунтується на врахуванні комплексу ризиків, властивих діяльності страховиків. Перевагою Solvency II є запровадження числової оцінки різних економічних ризиків. Такий підхід до оцінки ризиків дозволяє страховикові забезпечувати ризик-менеджмент на якісно іншому рівні, що, в свою чергу, сприяє надійнішому контролю ризикової позиції компанії, ефективнішому управлінню страховою діяльністю та, зрештою, забезпечує фінансову стійкість страховика;

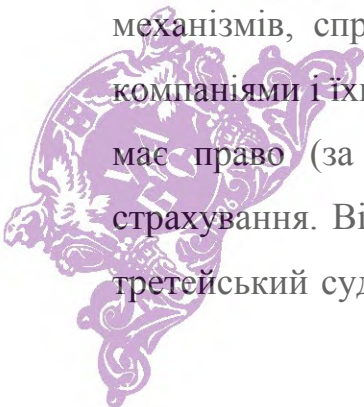
- визначення процедури та умов, що гарантують дотримання прав та виконання обов'язків страхувальниками і страховиками при передаванні, на умовах договору, частини страхового портфелю, або страхового портфелю в повному обсязі одному чи кільком іншим страховикам. Нині чітко прописаної процедури передачі страхового портфеля законодавство України не містить.



Разом з тим, процедурні питання у цій сфері повинні регламентуватися належним чином. Наприклад, необхідно передбачити, що страховики, яким частково або повністю передається страховий портфель повинні мати ліцензії на здійснення тих видів страхування, зобов'язання за якими передаються в складі страхового портфеля, крім того, вони повинні мати власні кошти в обсягах, які відповідають вимогам щодо платоспроможності та сформованості страхових резервів, з урахуванням взятих на себе нових зобов'язань. До того ж, слід чітко визначити умови передавання частини/всього страхового портфелю, точний її/його склад, регламентувати порядок отримання згоди страхувальників на заміну страховика;

2) здійснення заходів, спрямованих на підвищення рівня захисту інтересів споживачів страхових послуг, включає:

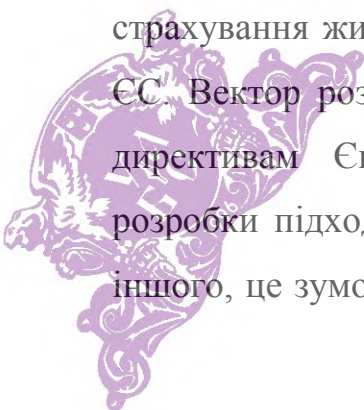
- створення механізмів досудового розгляду суперечок з питань страхування з метою примирення сторін. Це дозволить, розглядати справи швидко та по суті, без звернення до суду, що особливо важливо для виключення конфліктів інтересів між страховиками і страхувальниками. На сьогодні Держфінпослуг України констатує неухильне зростання кількості скарг (позовів) громадян як безпосередньо до Держфінпослуг, так і до судів з питань порушення прав споживачів страхових послуг, з наступних питань: безпідставні відмови у виплаті страхового відшкодування, невиконання обов'язку здійснити страхової відшкодування в належному обсязі та в передбачений договором страхування термін, невиконання страховиками інших своїх зобов'язань у порядку та строки, передбачені укладеними договорами страхування тощо. Отже, очевидно, що доцільною є адаптація міжнародного досвіду з питань організації та функціонування юридичних та організаційних механізмів, спрямованих на досудове вирішення суперечок між страховими компаніями і їхніми клієнтами. Одним з таких механізмів є третейський суд, що має право (за домовленістю сторін) розглядати суперечки за договорами страхування. Відповідно до Закону України «Про третейські суди», страховий третейський суд, з урахуванням фахової компетентності, може бути наділений



широким колом прав і повноважень щодо з'ясування обставин конфлікту та прийняття рішень, які ґрунтуються не лише на вимогах законодавства, а й на практиці кваліфікованого ведення страхового бізнесу. Його рішення є обов'язковими для виконання учасниками третейського процесу. Страховий третейський суд, як елемент системи саморегулювання страхового ринку, покликаний вирішувати не лише конкретні суперечки між страховиком і страхувальником, між страховими компаніями, а й займатися питаннями виявлення та аналізу системних проблем галузі, та оприлюднювати свої висновки з цієї проблематики. Останнє, в свою чергу, дозволить посилювати опірність страхової системи широкому колу негативних зовнішніх і внутрішніх чинників.

Ще одним дієвим досудовим (позасудовим) механізмом підвищення рівня захищеності страхувальників є створення організації страхового омбудсмена, якій відводяться функції досудового розгляду суперечок за договорами страхування. Такі структури можуть засновуватися професійними учасниками страхового ринку. В цьому випадку їх діяльність фінансується за рахунок коштів засновників, а винесені рішення стають обов'язковими для компанії-члена, з діями якої була пов'язана претензія застрахованого. В більшості випадків участь в омбудсмані є добровільною, тобто до нього можуть входити не всі суб'єкти страхового ринку. З іншого боку, інститут омбудсмана може бути закріпленим законодавчо, тоді членство в ньому для страховиків буде обов'язковим, а винесені цією структурою рішення можуть розглядатися як прецеденти, що повинні братися до уваги в разі виникненні спірних ситуацій аналогічних тим, за якими омбудсманом рішення вже приймалися [324];

- створення фонду гарантування страхових виплат за договорами страхування життя [313]. Такі фонди створені в Японії, Канаді, США, країнах ЄС. Вектор розвитку міжнародних відносин, взятий Україною на слідування директивам Європейської Комісії і рекомендаціям МАСН, потребують розробки підходів до створення системи таких гарантій у нашій країні. Крім іншого, це зумовлюється ще й тим, що сучасні явища вітчизняного страхового



ринку (скорочення кількості страховиків, вихід із страхового ринку без виконання зобов'язань перед кредиторами, особливості правозастосування при процедурі банкрутства, в результаті якої страхувальник і застрахований часто не отримують жодного задоволення своїх прав на страхове відшкодування) потребують запровадження низки запобіжних заходів, одним з найефективніших серед яких є створення фонду гарантування. Чому такі заходи повинні стосуватися саме страхування життя? Це можна пояснити наступним чином: 1) страхування життя важливий інструмент соціально-економічного захисту майнових інтересів громадян, пов'язаних з потребою в отриманні додаткової грошової допомоги в зв'язку з такими імовірними подіями, як порушення або втрата здоров'я, втрата годувальника, дожиття до непрацездатного віку тощо; 2) страхування життя передбачає достатньо тривалі фінансові відносини між страхувальником і страховиком, саме через це страхувальник повинен бути впевненим в тому, що в майбутньому страховик буде платоспроможним;

- удосконалення регулювання діяльності осіб, які провадять діяльність на страховому ринку у якості аварійних комісарів. Відповідно до частини другої ст. 25 Закону України «Про страхування» аварійними комісарами є особи, які займаються визначенням причин настання страхового випадку та розміру збитків. Але через численні звернення громадян до Держфінпослуг України щодо визначення причин настання страхового випадку та розміру збитків (особливо після запровадження обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів), виникла гостра необхідність у вдосконаленні діяльності аварійних комісарів, зокрема за рахунок встановлення кваліфікаційних вимог до них, запровадження системи підвищення їх кваліфікації, розширення та чіткого визначення повноважень Держфінпослуг щодо регулювання їх діяльності. В зв'язку з цим, очевидно, до функцій Держфінпослуг України слід додати наступні: встановлення кваліфікаційних вимог до аварійних комісарів; розробка програми їх навчання та підвищення кваліфікації; видача аварійним комісарам свідоцтв про їх



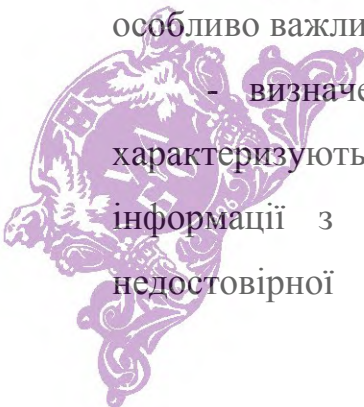
відповідність кваліфікаційним вимогам та про підвищення кваліфікації, здійснення регулювання діяльності аварійних комісарів;

- запровадження механізмів регулювання ризиків, які притаманні діяльності страхових компаній, як головної вимоги з запровадження системи пруденційного нагляду у сфері страхування. Система пруденційного нагляду повинна базуватися на оцінці впливу на фінансову стійкість страхових компаній потенційних загроз, притаманних їх діяльності. Пруденційне регулювання діяльності страхових компаній повинне включати такі ключові елементи, як моніторинг ситуації, діагностику тенденцій, сценарний аналіз, стрес-тестування, системи раннього попередження. Оскільки зараз в Україні повноцінно функціонує лише один з цих компонентів (моніторинг ситуації), необхідно сприяти якомога швидшому впровадженню решти компонентів у повсякденну практику пруденційного регулювання, маючи на меті їх повну інтеграцію для налагодження дієвого контролю за дотриманням належного рівня фінансової стійкості як окремих страхових компаній, так і страхової системи України в цілому;

3) посилення дієвості заходів щодо підвищення конкурентоспроможності національного страхового ринку шляхом:

- підвищення прозорості ринку за рахунок надання споживачам страхових послуг уповноваженими державними органами, страховими компаніями та їх об'єднаннями більших обсягів достовірної та доступної для розуміння та аналізу інформації. Крім того, необхідним є забезпечення вільного доступу зацікавлених осіб до даних регулятора, які характеризують фінансовий стан кожного страховика. Це гарантуватиме можливість клієнтів робити усвідомлений вибір страхових компаній при укладанні страхової угоди, що особливо важливо в умовах фінансової кризи;

- визначення обов'язкового переліку та вимог до показників, які характеризують діяльність страховиків, а також порядку їх оприлюднення (крім інформації з обмеженим доступом). При цьому, за надання клієнтам недостовірної інформації або її ненадання повинна передбачатися як



відповідальність винних у цьому посадових осіб страхової компанії, так і страховика як юридичної особи;

- розширення переліку інформації, яка повинна розкриватися страховиками та подаватися у звітності регуляторові з метою забезпечення отримання ним максимально повної інформації про операції з активами та про перестраховання, а також про фінансово-господарський стан страховиків у цілому. Без виконання цієї умови організація ефективного пруденційного нагляду неможлива. Вважаємо, що страховики повинні подавати регулятору таку інформацію, яка б забезпечувала отримання необхідних даних про фінансовий стан страховика, зокрема інформацію про: великі операції з активами впродовж звітного періоду; забезпечення розміщення страхових резервів впродовж всього періоду страхової діяльності; стан дебіторської та кредиторської заборгованостей, у тому числі за страховими виплатами, у розрізі видів страхування та контрагентів; стан справ з врегулювання збитків (опрацювання заяв від страхувальників за наслідками настання страхових випадків); справедливу вартість цінних паперів, які страховик має на балансі; сформовані страхові резерви у розрізі валют; стан виконання затвердженого бізнес-плану страховика, а також положень економічного обґрунтування запланованої страхової (перестрахової) діяльності, що подавалося страховиком до Держфінпослуг на виконання ліцензійних умов провадження ним страхової діяльності. За рахунок отримання повної та прозорої інформації щодо фінансового стану страховиків, стану їх активів і зобов'язань, інвестиційної політики, забезпечується покращення контролю у сфері страхування шляхом оцінки ризиків, які можуть вплинути на платоспроможність страхових компаній;

- сприяння розвитку видів страхування відповідальності через запровадження механізму страхування професійної відповідальності як передумови отримання ліцензії з певних видів діяльності (нотаріальної, медичної, адвокатської, експертної, брокерської тощо); введення механізму



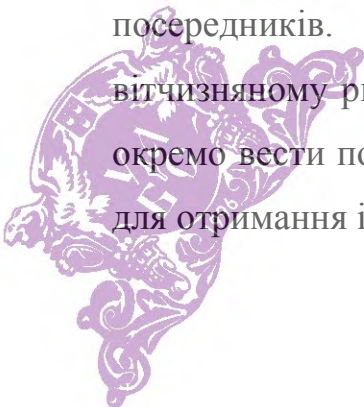
відповідальності суб'єктів підприємницької діяльності за якість товарів (робіт, послуг);

- сприяння розвитку видів майнового страхування через підтримку за рахунок держави шляхом субсидування системи агрострахування; запровадження механізму страхування майна населення від природних катастроф і техногенних аварій; удосконалення системи страхування заставного майна; формування попиту на страхування технічних ризиків; запровадження екологічного страхування тощо;

- сприяння розвитку видів особового страхування, зокрема удосконалення системи страхового захисту подорожуючих за кордон; створення умов попиту на медичне страхування та страхування дітей тощо;

- формування належної системи фахової підготовки і сертифікації фахівців в галузі страхування та забезпечення підтримки науково-дослідних робіт у цій сфері на державному рівні. Для цього слід розробити нові та адаптувати до реалій сучасного страхового ринку програми з підготовки фахівців зі страхування в навчальних закладах III та IV рівнів акредитації, встановити перелік вимог до викладачів, які викладають відповідні дисципліни, забезпечити можливість безперервного навчання (підвищення кваліфікації) та сертифікації викладачів дисциплін страхового циклу;

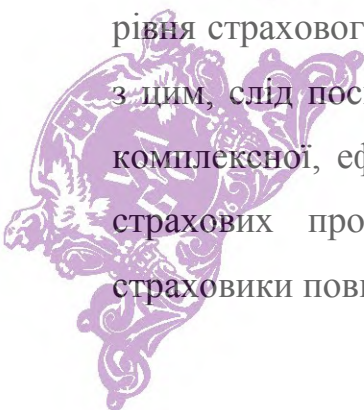
- адаптація вітчизняного законодавства, у сфері страхового посередництва, до вимог законодавства Європейського Союзу, зокрема з питань страхування професійної відповідальності страховими брокерами, що гарантуватиме компенсацію збитків їх клієнтам у випадку настання відповідальності за професійну недбалість та сприятиме захисту страхувальників від збитків, спричинених професійними помилками страхових посередників. До того ж, необхідно унеможливити зловживання на вітчизняному ринку посередницьких послуг, зобов'язавши страхових брокерів окремо вести поточні рахунки для адміністративно-господарської діяльності та для отримання і перерахування страхових платежів та страхових виплат;



- перегляд розмірів плати за видачу ліцензій (в бік її збільшення) та врегулювання питання щодо встановлення плати за переоформлення, поновлення та видачу дублікату ліцензії на здійснення конкретного виду страхування. Нині розмір плати за видачу ліцензій на провадження конкретного виду страхування визначена постановою Кабінету Міністрів України від 13 квітня 2005 року №286 «Про встановлення розміру плати за видачу ліцензії на проведення конкретного виду страхування». Таким чином, розмір плати для страховиків не змінювався з 2005 року, та за цей час неодноразово відбувалося збільшення видатків фонду Державного бюджету України, підвищення мінімальної заробітної плати, відбувалися інфляційні процеси тощо. Зростання вартості ліцензії на провадження різних видів страхової діяльності позитивно позначиться на відносинах у сфері регулювання страхової діяльності та забезпечить більш виважений підхід страховиків до запровадження певного виду страхування;

- визначення характеристик та кваліфікаційних ознак видів добровільного страхування, які відображали б відмінності в предметі договору страхування, об'єктах, які страхуються, роді небезпек (ризиків), на які ці об'єкти наражені та наслідках проявів цих небезпек. Це сприяло б, при розробці правил страхування страховиком, чіткому поділу об'єктів за видами добровільного страхування, та забезпечувало б краще розуміння споживачами страхових послуг суті правовідносин з конкретним страховиком за укладеними, на підставі правил страхування, договорами;

- підвищення рівня довіри та страхової культури. Цей захід потребує координації дій всіх учасників страхового ринку та розробки програми заходів, спрямованих на активізацію розповсюдження страхових знань, підвищення рівня страхового сервісу та виховання довіри до страхових компаній. В зв'язку з цим, слід посилити роль Ліги страхових організацій України в забезпеченні комплексної, ефективної та цілеспрямованої реклами, у справі стандартизації страхових продуктів, проведенні наукових досліджень. В свою чергу, страховики повинні забезпечити фінансування зазначених вище заходів.



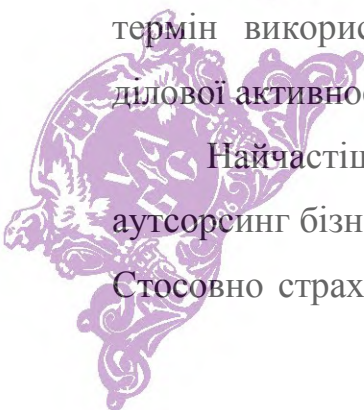
Крім, того необхідним є покращення інформування населення України через засоби масової інформації про стан страхового ринку і рівень державного контролю за його діяльністю. Також необхідно підвищити інтенсивність та якість роз'яснювальної роботи серед населення з питань економічної сутності, необхідності та доцільності страхування [298].

Сьогодні вкрай важливим завданням є створення ринкового механізму ефективного захисту та реалізації інтересів споживачів страхових послуг на всіх етапах страхових відносин, тобто в процесі підготовки, укладання, виконання, поновлення договорів страхування. Необхідністю є й здійснення заходів, спрямованих на підвищення ролі страхувальників у створенні цивілізованих «правил гри» на страховому ринку, що сприятиме його виходу із стану застою та кризи.

Керівництво мусить активно вишукувати та цілеспрямовано впроваджувати нові підходи, методи, форми управління для успішного ведення бізнесу та забезпечення високого рівня конкурентноздатності й фінансові стійкості страхових компаній. Однією з таких форм став аутсорсинг.

В зв'язку з цим, необхідно відмітити, що в останнє десятиріччя для страхових компаній характерним явищем стала практика використання послуг сторонніх організацій (аутсорсерів), які мають в своєму розпорядженні висококваліфікованих, а отже і високооплачуваних, спеціалістів і експертів, яких страхова компанія не може дозволити собі утримувати. Крім того, аутсорсери залучаються і у випадках, коли професійний рівень співробітників страхової компанії, які відповідають за певний напрям роботи є недостатнім. Слід зазначити, що загальноприйнятого визначення поняття «аутсорсинг» зараз немає. Очевидно саме тому, Р. Чампен і К. Ендрей вказують на те, що «цей термін використовується як парасолька для позначення різних напрямків ділової активності» [435, С. 1–34].

Найчастіше виділяють такі типи аутсорсингу: виробничий аутсорсинг; аутсорсинг бізнес-процесів; аутсорсинг інформаційних технологій [117, С. 6–8]. Стосовно страхових компаній найбільш актуальним нині є аутсорсинг бізнес-



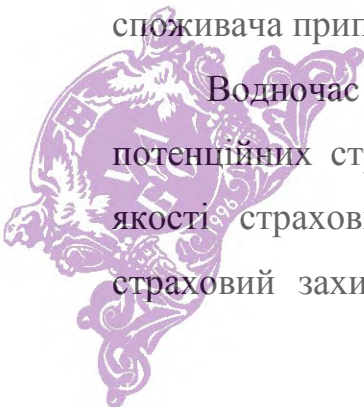
процесів, «в межах якого відбувається передача в управління сторонньому підряднику всього процесу ведення бізнесу або окремих його функцій» [44, с. 140].

На теперішній час ринок аутсорсингу значно виріс та нараховує велику кількість крупних учасників, включаючи банки, страховиків та перестраховиків. Стосовно страхових компаній, «на сторону» безболісно передаються навіть такі базові для страхових компаній функції, як оцінка ризику та андеррайтинг, адміністрування полісів, управління збитками та інвестиціями тощо [297; 300]. В принципі, з використанням можливостей Інтернету виникають можливості для «тотального аутсорсингу» [429, с. 59]. В цьому сенсі прикладом може бути нідерландська компанія «Incas», яка активно працює в Німеччині. Ця компанія сконцентрувалася на виконанні лише двох функцій: розробці продукту та управлінні електронними продажами в Інтернеті. Решта завдань покладені на спеціалізованих партнерів.

Враховуючи поступову активізацію ролі страхувальника в процесі споживання страхових послуг, перехід від примітивних форм пасивного споживання послуг до усвідомленої політики з розробки та реалізації програм страхового захисту, які відповідають власним інтересам споживача страхової послуги, особливої уваги страхових компаній заслуговують питання аутсорсингу функцій збуту з залученням посередників [315].

Спершу розглянемо випадок залучення до співпраці страхових агентів. За умови взаємодії страховиків зі страховими агентами, як правило, інтереси страховиків об'єктивно мають пріоритет над інтересами споживачів, оскільки страховий агент реалізує певним чином стандартизований продукт страхової компанії і з моменту отримання комісійної винагороди його турбота про споживача припиняється.

Водночас в сучасних умовах, коли рівень платоспроможності потенційних страхувальників робить їх особливо вимогливими до складу та якості страхових послуг, лише професійні брокери, здатні організувати страховий захист споживачів із врахуванням їх індивідуальних запитів та



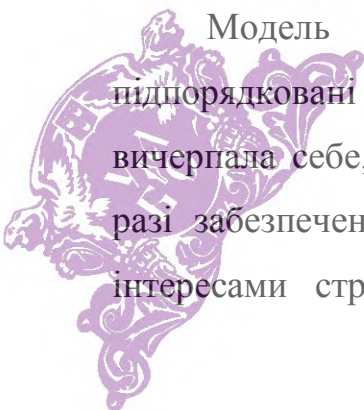
інтересів, виступаючи при цьому рушійною силою розвитку реального страхування.

Як відомо, страховий брокер діє, насамперед, в інтересах страхувальника, тобто самостійно розробляє індивідуальні програми управління ризиками і страхування для своїх клієнтів, підбирає страховиків, іноді й перестраховиків для їх реалізації, розміщує програми на страховому ринку, управляє ходом виконання договорів страхування і перестраховування протягом строку дії договорів страхування, управляє збитками у випадку їх виникнення тощо.

Виходячи з наведеного, зміст і технологія брокерської діяльності в страхуванні являє собою рух від індивідуальних потреб страхувальника до створення і реалізації найбільш оптимальної системи його страхового захисту. Звичайно, характер діяльності брокера висуває ряд вимог до його професійних, матеріально-технічних, організаційних здібностей і можливостей, досвіду, знання ринку та його кон'юнктури, реального становища, в якому знаходяться зараз і будуть знаходитися в майбутньому страхові компанії.

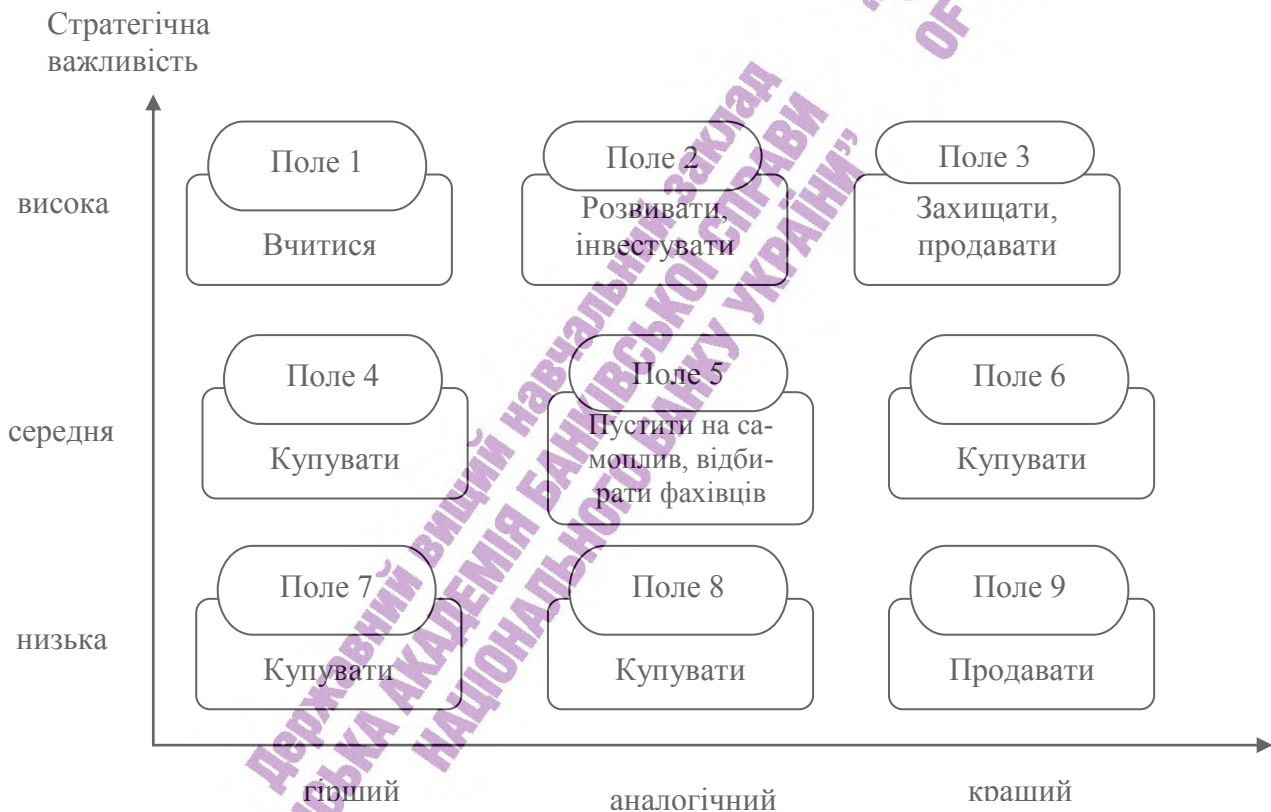
Тому, в умовах обмеженості платоспроможного попиту потенційних споживачів та, з огляду на існуючу кризу довіри до страхової галузі, особливо зростає роль саме професійних страхових брокерів, як ринкових структур, найбільш пристосованих для задоволення індивідуальних потреб страхувальників. Саме тому, страхових брокерів не слід сприймати як конкурентів страховиків, їх діяльність слід використовувати для залучення до страхових портфелів нових договорів, укладених з потенційними групами клієнтів страхових компаній. Це дозволить розширювати обсяги страхових операцій, а, отже, і балансувати фінансову діяльність страховика та підтримувати його фінансову стійкість.

Модель страхового ринку, в якій інтереси страхувальників підпорядковані інтересам страховиків (а фактично взагалі ігноруються) вичерпала себе, і реальне зростання страхування, як галузі, можливо лише в разі забезпечення пріоритетності інтересів нових груп страхувальників над інтересами страховиків, що з успіхом можуть забезпечити кваліфіковані



страхові брокери. Отже, в основу алгоритму діяльності страхового брокера повинно бути покладене врахування індивідуальних потреб споживачів, та, на підставі цього, створення і реалізація унікальної та оптимальної системи управління їхніми ризиками. При цьому, діяльність страхових брокерів сприяє зростанню рівня конкуренції на страховому ринку та забезпеченню якісно нового підходу до організації страхового захисту.

Враховуючи аргументацію наведену вище, страховикам доцільно акцентувати увагу на впровадженні аутсорсингу, а саме продажу страхових продуктів за допомогою страхових брокерів. Цей висновок підтверджується і «матрицею аутсорсингу» (рис. 5.1).



Рівень компетенцій порівняно зі звичайним на ринку

Рис. 5.1. Матриця аутсорсингу

З матриці видно, що для страхової компанії бізнес-процес, що полягає у реалізації страхових продуктів, потраплятиме в конкретне поле залежно від стратегічної важливості та рівня компетенції порівняно з існуючим на ринку. Найчастіше, не дивлячись на те, хто здійснює продажі: страхові агенти чи безпосередньо співробітники компанії на місцях, цей бізнес-процес

потраплятиме в поле 5 або в поле 2. Це пояснюється тим, що основним завданням страхової компанії є розробка страхових продуктів або, іншими словами, задоволення потреб споживачів у страхових послугах, які повинні максимально враховувати їх інтереси. З цього випливає, що реалізація продуктів не найважливіша з компетенцій страхової компанії.

Натомість для страхових брокерів продаж – це завдання першочергової ваги (поле 3). Саме тому, вони здатні продавати краще, ніж це робитимуть розробники. В своїй роботі, із споживачами страхових продуктів, успішний страховий брокер мусить керуватися рядом методів та принципів, які наведені на рисунку 5.2.

Необхідно відмітити, що зараз вітчизняні страховики практично не звертаються до аутсорсингу продаж страхових продуктів з залученням страхових брокерів, насамперед через такі причини:

- небажання розглядати питання аутсорсингу керівництвом страховика;
- позиціонування брокера як зайвої ланки в схемі взаємовідносин продавець-покупець;
- недооцінки витрат, пов'язаних з утриманням власних підрозділів продавців, а саме: витрати на соцзабезпечення співробітників, оплата відпускних та лікарняних листів, відряджень, витрати на професійну підготовку, забезпечення технічної інфраструктури, транспортні, презентаційні та представницькі витрати, витрати на рекламу тощо);
- стурбованість з приводу можливої втрати керованості процесом реалізації страхових продуктів та недостатністю впливу на структури, які займаються їх продажем.





Рис. 5.2. Основні методи та принципи роботи страхових брокерів із споживачами страхових продуктів (складено автором)

Враховуючи все вищенаведене, на нашу думку, страховим компаніям слід приділяти значну увагу технологіям брокерських продаж, а не робити ставку лише на продажі власними співробітниками. На нашу думку, технологія роботи страхової компанії із страховими брокерами складається із певних етапів, наведених у таблиці 5.2.

В цілому аутсорсинг продажу страхових продуктів через брокерів має ряд переваг для страхової компанії (табл. М.1 додатку М). Водночас не можна не вказати і на ризики, пов'язані з його застосуванням, які наведені в таблиці М.2 додатку М.

Отже, зважаючи на вищенаведене, відзначимо, що аутсорсинг – є сучасною формою ділових відносин, пов'язаною з розвитком спільного підприємництва і кооперації, яка базується на довгострокових стратегічних рішеннях. Комплексний алгоритм удосконалення існуючих систем управління,

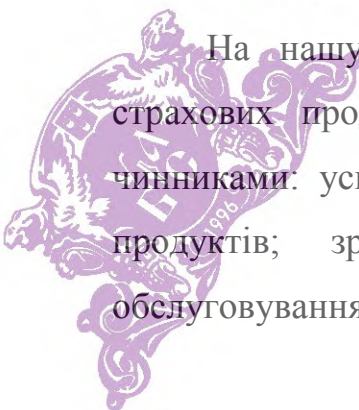
оцінки їх ефективності та доцільності передачі окремих бізнес-процесів на аутсорсинг наведено на рисунку Н.1 додатку Н.

Таблиця 5.2

Основні етапи реалізації технології брокерських продаж

Назва етапу	Зміст етапу
Вибір моделі роботи з брокерами	Децентралізована. Підрозділи страховика, що продають страхові продукти за конкретними видами, самостійно працюють з окремими брокерами, при цьому спеціальний підрозділ, функціональне призначення якого полягає в обслуговуванні брокера, не створюється. Централізована. Передбачає включення відділу брокерських продаж до структури фронт-офісу компанії. Страховик розв'язує проблеми, які виникають у брокерів та працює з іншими підрозділами, досягаючи якісного і швидкого обслуговування брокерів.
Створення бази даних по брокерах і залучення брокерів	Створення бази даних передбачає систематизацію та узагальнення інформації щодо стану бізнесу брокерів, дати створення, наявності та видів ліцензій, інформації про результати діяльності тощо. Залучення брокерів передбачає пошук та формування бази даних про них, використання всі доступні інформаційні джерела, співпраця з асоціаціями брокерів, розсилку персональних листів щодо можливостей знайомства з компанією та її послугами, системою обслуговування тощо.
Юридичне оформлення відносин із брокерами	Розробка та підготовка проектів ведення спільного бізнесу, бізнес-планів, договорів; підготовка і узгодження брокерських угод; доповнення, переукладання та пролонгація брокерських договорів тощо.
Забезпечення брокерів необхідними матеріалами	Видача полісів, бланків компанії, розсилка інформації про зміни тарифів і умов страхування, постачання рекламними матеріалами, проведення первинного продуктового навчання тощо.
Сприяння в організації продажу страхових продуктів брокерами та післяпродажному обслуговуванню клієнтів	Спілкування з брокерами по видах страхування, уточнення умов страхування, організація зв'язку брокерів з андеррайтерами, внесення змін у договори страхування, підготовка документів для укладання нетипових договорів страхування, побудова ефективних комунікацій брокерів та їх клієнтів із підрозділами з врегулювання збитків тощо.
Залучення брокерів до цінностей корпоративної культури страховика	Формування загального позитивного іміджу страховика з метою підвищення привабливості компанії для брокерів, і в подальшому, забезпечення швидкого та якісного обслуговування брокерів і клієнтів на передпродажному етапі, етапі укладання та після продажного етапі проходження страхової угоди; висока ділова репутація компанії; ефективна система менеджменту компанії; система ціноутворення та винагороди брокерів; фінансова стійкість страхової компанії; тощо. Додатково до цього доцільною є організація і проведення конкурсів на звання кращого брокера за різними номінаціями; створення брокерської сторінки на сайті компанії; участь брокерів у корпоративних заходах компанії тощо.

На нашу думку, неминучий розвиток ринку аутсорсингу продажу страхових продуктів через страхових брокерів пов'язаний із наступними чинниками: ускладненням технологій страхового ринку та самих страхових продуктів; зростанням конкуренції та прагненням до оптимізації обслуговування угод; покращенням якості обслуговування клієнтів; наявністю



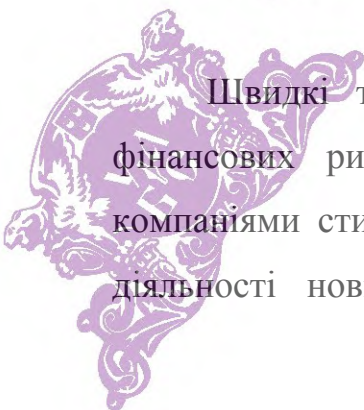
інституційної структури, яка допомагає в укладанні, обслуговуванні договорів страхування та вирішенні питань щодо здійснення страхових виплат.

Аутсорсинг збуту страхових продуктів через страхових брокерів дозволяє страховикам вирішувати проблеми функціонування та розвитку в ринковій економіці шляхом скорочення витрат, прискорення адаптації до умов зовнішнього середовища, покращення якості пропонованих послуг і зменшення ризиків, а також посилювати професійну взаємодію та взаємозв'язки між споживачами і постачальниками страхових послуг з метою більш повного використання останніми своїх ексклюзивних конкурентних переваг, що, зрештою, сприяє забезпеченню прибуткової та фінансово стійкої діяльності страховика.

Компанії, які не переймаються питаннями адаптації власної системи управління до вимог сучасного ринку, як правило, не витримують конкуренції та припиняють діяльність. Тому, безперервна модернізація системи управління страховою компанією, застосування нових технологій, спрямованих на покращення конкурентоспроможності, стають головним механізмом стратегії фінансово стійкого розвитку страхового бізнесу в умовах глобалізації. В останній час аутсорсинг стає стандартом на світовому ринку, оскільки «підприємства та організації, які не використовують аутсорсинг, розглядаються як неефективні і, відповідно, неконкурентоздатні» [29, с. 49]. Адекватне використання зазначеного механізму сприяє виробленню оптимальної стратегії компанії, яка забезпечує максимізацію фінансових результатів при заданому рівні ризиків.

5.2. Контролінг фінансової стійкості страхової компанії

Швидкі та різноспрямовані зміни в сучасній економіці, нестійкість фінансових ринків, загострення конкурентної боротьби між страховими компаніями стимулюють українських страховиків впроваджувати в практику діяльності нові методи та підходи у сфері управління, спрямовані на



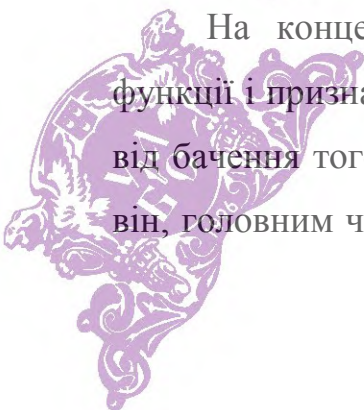
підтримання належного рівня їх платоспроможності та фінансової стійкості, забезпечення прибуткової роботи, зростання ділової активності не лише в короткостроковій, а й у довгостроковій перспективі.

Керівництво переважної більшості вітчизняних страхових компаній усвідомило, що в умовах сучасних економічних реалій інтуїтивні методи ведення бізнесу не можуть забезпечити успішного стійкого розвитку страховика. Тому, все більш значущими стають адекватне прогнозування розвитку ринкової ситуації та інструменти, які дають можливість робити такі прогнози. Адекватний прогноз дозволяє здійснювати перспективне планування діяльності страховика, забезпечувати своєчасне і гнучке реагування на умови та кон'юнктуру ринку, які повсякчас змінюються.

Одним з найважливіших інструментів ефективного страхового менеджменту та прогнозування, який, до речі, достатньо давно і широко використовується в економічно розвинутих зарубіжних країнах є контролінг. Позитивний досвід застосування цього інструменту за кордоном, очевидно, є найкращим стимулом для впровадження його в повсякденну практику і вітчизняними страховиками.

Нині теоретичним і практичним аспектам контролінгу приділяється значна увага, та при цьому, серед дослідників немає одностайності в питанні визначення його сутності та функцій (таблиці Н.1-Н.2 додатку Н). Очевидно, це зумовлено тим, що контролінг є відносно молодим явищем, яке швидко розвивається. Саме через це, нині існує багато нез'ясованих питань, щодо його понятійного апарату, а дефініції, які мають відношення до контролінгу, постійно уточнюються, змінюються та доповнюються, часом набуваючи нового змісту.

На концептуальному рівні різні групи науковців по-різному бачать функції і призначення контролінгу як явища [72, с. 32; 125; 286, с. 19], залежно від бачення того, на яку підсистему системи управління страховою компанією він, головним чином, повинен орієнтуватися: на підсистему обліку; підсистему



управління з акцентом на плануванні та контролі або координації; управлінську інформаційну підсистему (табл. Н.3 додатку Н).

Для страховиків практика застосування контролінгу витікає з визначення страхової компанії як складної відкритої саморегульованої системи, яка має певну мету. Звідси, ключовими моментами концепції контролінгу для страхової компанії є: орієнтація на забезпечення ефективного та фінансово стійкого розвитку страхової компанії у середній та довготривалій перспективі; формування організаційної структури страховика, орієнтованої на досягнення стратегічних і тактичних цілей; створення інформаційної системи, адекватної завданням цільового управління в страховій компанії; розподіл завдань контролінгу за циклами для забезпечення інтерактивності планування, контролю виконання і прийняття коригуючих рішень з різних питань діяльності страховика.

Враховуючи усталену практику поділу контролінгу на різновиди, зокрема на стратегічний контролінг, який має на меті забезпечення виживання суб'єкта господарювання і відслідковування руху компанії до певної стратегічної мети розвитку, та на контролінг оперативний, мета якого полягає у створенні системи управління для успішного виконання поточних завдань, визначимо основне призначення цих його різновидів у випадку страховиків.

Отже, з точки зору специфіки страхової діяльності основними напрямками стратегічного контролінгу можна вважати:

- участь у постановці стратегічних цілей та визначенні цільових стратегічних орієнтирів діяльності страхової компанії;
- контроль за процесом реалізації загальної стратегії страхової компанії;
- координацію етапів стратегічного управління страховою компанією як процесу в цілому;
- підготовку альтернативних стратегій розвитку страхової компанії;



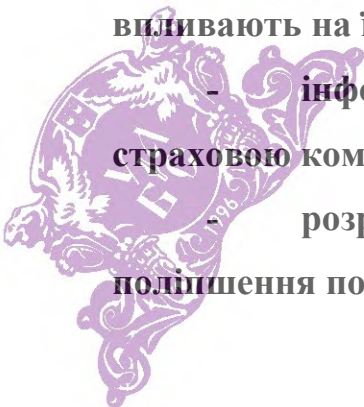
- проведення стратегічного аналізу зовнішнього середовища та тенденцій зміни грошових потоків;
- інформаційне забезпечення процесу стратегічного управління страховою компанією;
- розроблення системи показників, визначення рівня досягнення встановлених стратегічних цілей;
- аналіз впливу виявлених відхилень на виконання стратегічних планів та розробка заходів щодо усунення небажаних відхилень.

До стратегічних цілей страховика можуть бути віднесені: розробка базової ділової стратегії, створення та впровадження нових страхових продуктів і відповідної тарифної політики, впровадження нових технологій, навчання персоналу, залучення додаткового капіталу, освоєння нових сегментів страхового ринку, вдосконалення організаційної структури, оптимізація нових каналів збуту тощо.

Мета оперативного контролінгу — створення системи керування досягненням поточних цілей суб'єкта господарювання, а також забезпечення прийняття своєчасних рішень з оптимізації співвідношення витрати-прибуток [428, с. 34].

Серед основних напрямів оперативного контролінгу страхової компанії слід виділити такі:

- координацію дій підрозділів у процесі розробки та реалізації оперативних планів страхової компанії;
- аналіз впливу, виявлених за результатами діяльності, відхилень на виконання поточних планів страховика;
- проведення аналізу динаміки грошових потоків та факторів, що впливають на її зміну;
- інформаційне забезпечення процесу оперативного управління страховою компанією;
- розробку заходів і підготовку пропозицій, спрямованих на поліпшення поточної фінансової діяльності;



- здійснення контролю за реалізацією оперативних цілей страховика.

Таким чином, контролінг (стратегічний чи то оперативний) повинен бути невід'ємною частиною функціонування страховика, виконуючи роль «функціонального центру», який забезпечує структурування та організацію всіх різновидів діяльності страхової компанії. Цей «функціональний центр» контролює, координує, інтегрує процеси, які відбуваються всередині страхової компанії, для забезпечення і постійного підтримання її фінансової стійкості (рис. 5.3).



Рис. 5.3. Місце контролінга фінансової стійкості в страховій компанії

Слід відмітити, що цілі контролінгу є похідними від цілей страхової компанії. Враховуючи той факт, що страхові компанії України комерційні установи, їх головною метою є успішна та прибуткова діяльність страхового підприємства. В зв'язку з цим, вважаємо, що оптимізації фінансового результату страховика не можна досягти без ефективного комплексного управління його фінансовою стійкістю. Отже, процес комплексного управління фінансовою стійкістю страхової компанії повинен передбачати побудову та використання системи контролінгу.

Досягнення страховою компанією стану фінансової стійкості та його підтримання вимагає належної організації та координації роботи усіх її служб. Кожна служба, окремий працівник страхової компанії, в ході виконання своїх функціональних обов'язків, повинні робити внесок у забезпечення її фінансової

стійкості. Вище вже неодноразово відзначалося, що поняття «фінансова стійкість» багатофакторне, отже проблема забезпечення фінансової стійкості страхової компанії вимагає комплексного підходу. Враховуючи це вважаємо, що саме контролінг може бути тим механізмом, використання якого забезпечуватиме здійснення страховиком комплексу функцій з управління елементами його фінансової стійкості.

В зв'язку з цим визначимо основні завдання та інструменти контролінгу фінансової стійкості страхової компанії (табл. 5.3).

Організація та провадження контролінгу повинні підпорядковуватися певним алгоритмам. На рисунку 5.4 подано пропонуваній нами алгоритм контролінгу фінансової стійкості страхової компанії.

Побудова системи контролінгу фінансової стійкості страховика повинна ґрунтуватися на певних принципах. **Найбільш важливі принципи побудови системи контролінгу фінансової стійкості страховика, пропонувані нами, наведено нижче:**

- **адекватність механізмів та засобів контролінгу визначеним страховиком тактичним і стратегічним цілям в галузі забезпечення фінансової стійкості;**
- **технологічність** (технології контролінгу повинні бути ретельно відпрацьовані та документально записані);
- **моделювання та інформаційно-комп'ютерна підтримка.** Контролінг передбачає широке застосування різноманітних економіко-математичних, імітаційних та інших моделей і практично неможливий без відповідної інформаційно-комп'ютерної підтримки;
- **визначення та структурування необхідного комплексу підсистем** (економічної, правової, організаційної, кадрової), які повинні забезпечувати функціонування системи контролінгу;
- **оптимізація**, що полягає в узгодженні та координації критеріїв фінансової стійкості для досягнення оптимуму системи в цілому;



Таблиця 5.3

Основні завдання та інструменти контролінгу фінансової стійкості страхової компанії*

Напрямки роботи	Основні завдання	Інструменти контролінгу
Базова ділова стратегія	Розробка концепції розвитку страхової компанії. Визначення загального потенціалу розвитку компанії. Система управління регіональною мережею. Побудова ефективної організаційної структури. Формулювання функціональних обов'язків працівників.	Аналіз сильних і слабких сторін страховика; розробка сценаріїв розвитку; оцінка можливостей і ресурсів страховика; оцінка конкурентоспроможності регіональної мережі; визначення вимог до організаційної структури; експертиза управлінських рішень; оцінка діяльності менеджменту компанії.
Маркетинг	Аналіз та оцінка ринкових і маркетингових можливостей страхової компанії. Відбір цільових ринків. Розробка комплексу маркетингу. Розробка та реалізація маркетингових програм. Розробка нових видів продукції і товарних знаків. Розробка тарифної політики.	Експертна оцінка ризику роботи на конкретних ринках, визначення меж ризику та умов невизначеності; оцінка можливих переваг страховика у функціонуванні на реальних ринках; оцінка попиту та імовірності освоєння ринку; вибір методів управління збутом продукції та надання сервісних послуг; обґрунтування програм організації, стратегічних і тактичних планів, бізнес-плану; аналіз конкуренції та конкурентоздатності страховика; дослідження, проектування, тестування страхових продуктів; оцінка ефективності комунікації, засобів і методів рекламної кампанії; розрахунок витрат на реалізацію та просування страхових послуг до страхувальників; вибір методики розрахунків і калькуляція страхових тарифів; бенчмаркінг.
Андеррайтинг	Формування страхового портфеля. Оцінка ризику з метою страхування. Розробка перестрахового захисту. Моніторинг об'єкта страхування та рівня ризиків. Розробка заходів із захисту всього або частини страхового портфеля. Врегулювання збитків.	Ідентифікація об'єктів страхування, оцінка страхової вартості та визначення страхової суми; визначення страхового тарифу для конкретного об'єкта страхування; визначення та реалізація плану заходів із зниження ризиків; аналіз параметрів страхового портфеля і корекція продуктивної та тарифної політики; проведення страхової експертизи збитків; аналіз рівня виплат і збитковості страхових сум.
Персонал	Аналіз трудових операцій, підготовка посадових інструкцій і кваліфікаційних вимог. Розробка системи підбору та розстановки кадрів. Формування корпоративного духу. Формування кадрової політики. Розробка напрямків соціального розвитку колективу.	Оцінка ефективності використання управлінського персоналу (розподіл прав і відповідальності між працівниками страхової компанії та дотримання норм керованості); вибір методів відбору та перевірки кадрів; аналіз результатів атестації, оцінки праці співробітників, ефективності тренінгових процедур; аналіз можливості фінансування системи підготовки та перепідготовки кадрів; координація єдиної політики в реалізації соціальних стимулів і гарантій, тарифів і з/п.
Фінанси	Розробка фінансової стратегії, бізнес-плану, фінансових планів. Формування і розподіл фінансових ресурсів. Дотримання належного поточного та перспективного фінансового стану. Виконання нормативних співвідношень, рекомендованих органами страхового нагляду. Проведення грамотної тарифної політики та організації системи перестраховання.	Планування діяльності страховика по надходженню та вибуттю грошових коштів; бюджетування та моделювання грошових потоків; аналіз виконання запланованих показників; облік і контроль за рухом грошових коштів; обґрунтування та вибір методики формування страхових резервів; формування раціонального страхового портфеля та оцінка ефективності розміщення страхових резервів; вибір методики оцінки платоспроможності; вибір та застосування методики стрес-тестування; оцінка достатності страхових резервів; вибір форм і видів перестрахових договорів.

Примітка. *Складено автором

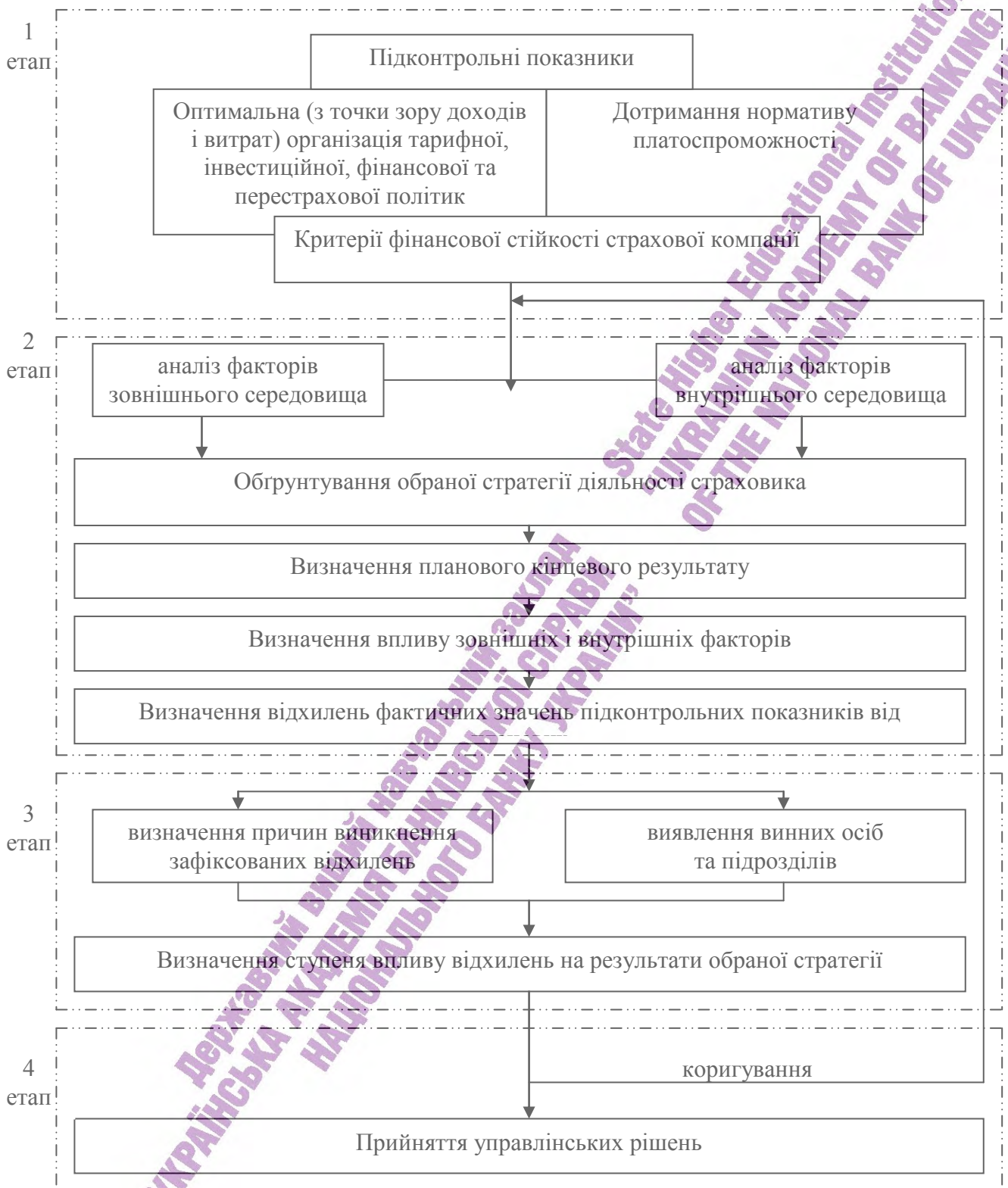


Рис. 5.4. Алгоритм контролінгу фінансової стійкості страхової компанії

взаємообумовленість та взаємний зв'язок складових управління фінансовою стійкістю страхових компаній, які полягають в тому, що функціонування кожної окремої складової зумовлює дію та характеристичні особливості дії інших складових. Зазначений характер взаємодії складових

управління фінансовою стійкістю страхових компаній, націленість на досягнення мети як при застосуванні кожної окремої складової, так і усієї їх сукупності забезпечує результативність процесу управління фінансовою стійкістю страховиків;

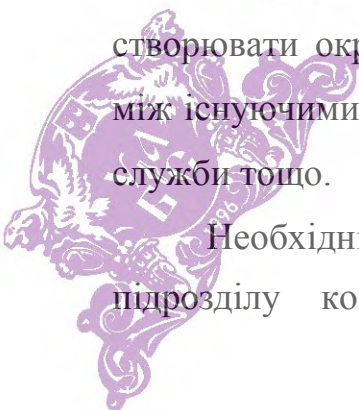
- **адаптація** (в разі значних коливань факторів зовнішнього середовища система контролінгу повинна адаптуватися до нових умов функціонування шляхом зміни механізму функціонування параметрів вхідних і вихідних даних, напрацювання критеріїв оптимізації);

- **своєчасність** (реалізація механізму контролінгу передбачає своєчасне реагування на сигнали, що надходять із навколишнього середовища та на вплив потенційних збурюючих факторів, які можуть вплинути на діяльність страховика в майбутньому);

- **стійкість** (система контролінгу повинна бути стійкою та надійною в разі можливих відхилень параметрів та факторів зовнішнього середовища).

Отже, контролінг фінансової стійкості страхової компанії можливо розглядати як надфункцію, тобто як «управління управлінням» [266, с. 146]. Як і любий новітній процес контролінг, при його впровадженні в життя, повинен долати певні бар'єри. В зв'язку з цим, перед ініціатором впровадження контролінгу в практику діяльності страхової компанії постає необхідність розкриття його призначення та змісту, визначення його функціонального статусу. Крім цього, важливо переконати керівництво страхової компанії в доцільності та ефективності даного нововведення. В разі, якщо керівництво страховика переконалося у необхідності запровадження контролінгу з метою підвищення ефективності фінансового управління, наступним важливим питанням, яке потребуватиме вирішення, буде розгляд альтернатив, а саме: створювати окрему службу контролінгу, чи розподілити функції контролінгу між існуючими структурними підрозділами: бухгалтерія, фінансово-економічні служби тощо.

Необхідність створення на підприємстві, в установі, організації окремого підрозділу контролінгу відстоюється М.С. Пушкарем [232, с. 137],



Н.Г. Данілочкіною [125, с. 93], О.О. Терещенком [292, с. 145]. Натомість М.Г. Чумаченко категорично зазначає, що «проміжна ланка у вигляді служби контролінгу є дійсно надлишковою та, навіть, шкідливою. Для керівника інтерпретація інформації, яка надходить від первинних джерел набагато більш корисна, аніж від некомпетентних «кур'єрів» [401, с. 4]. Аналогічної точки зору дотримується і І.А. Білоусова [20, с. 28].

У таблиці 5.4 наведено перелік аргументів «за» і «проти» створення в страховій компанії окремої служби контролінгу.

Таблиця 5.4

Позитивні та негативні моменти створення самостійного підрозділу контролінгу

Позитивні моменти	Негативні моменти
З'являється підрозділ, на який можна покласти відповідальність за результати роботи	Необхідно змінити усталену організаційну структуру управління
Інформація про фінансові потоки та стан страховика концентруватиметься в одній службі. За безпечуватиметься швидке її отримання. Виникає можливість оперативного запровадження одиниць процедур і правил планування, контролю, обліку, звітності у всіх підрозділах, що сприяє суттєвому полегшенню комп'ютеризації управлінського процесу	Виникають проблеми з підрозділами страховика, у яких вилучатимуться окремі функції, та натомість додаватимуться інші
Планування роботи всіх підрозділів покращиться, виконання поставлених задач ефективніше координуватиметься та перевірятиметься на відповідність поставленим цілям, якщо цими питаннями опікуватиметься одна служба. Зменшиться рівень ізоляції підрозділів	Існує небезпека підвищення впливу служби контролінгу на інші підрозділи, що спроможне викликати невдоволення з боку співробітників цих підрозділів
Підготовка якісних звітів для керівництва, що даватиме можливість бачення перспектив компанії та прийняття стратегічно слушних рішень, які сприятимуть підвищенню конкурентоспроможності страховика	Знижується відповідальність безпосередніх виконавців за прийняті ними рішення

Саме під кутом зору переваг, які дає створення служби контролінгу на підприємстві Н.П. Шульга [418, с. 244] зазначає, що її створення дозволяє забезпечити прозорість економічної системи управління компанією, сприяє створенню інтегрованої інформаційної бази даних, яка може служити основою для прийняття адекватних управлінських рішень на всіх рівнях менеджменту; забезпечує комплексний підхід до стратегічного та оперативного керування

компанією; підвищує ефективність внутрішнього контролю за процесом досягнення стратегічних і тактичних цілей тощо.

Запровадження системи контролінгу в практику діяльності страховика не одномоментна вольова дія, а складний поетапний процес. Аналіз вітчизняної та закордонної практики впровадження контролінгу в діяльність компаній свідчить, що таке рішення недоцільно приймати в умовах різкого погіршення основних показників діяльності суб'єкта господарювання.

На нашу думку, процес розробки та впровадження контролінгу слід починати за умови стабільного фінансового стану страховика.

Водночас існує ряд причин, які стримують запровадження контролінгу, для потреб забезпечення фінансової стійкості вітчизняних страхових компаній:

1) відсутність досвіду та традицій вітчизняної практики, оскільки контролінг лише починає поступово займати достойне місце в системі управління страховою компанією;

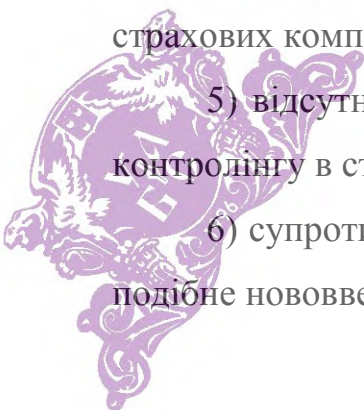
2) відсутність кваліфікованих спеціалістів, здатних на практиці реалізувати та підтримувати в дії ефективну систему контролінгу в страхових компаніях;

3) неготовність, з боку вищого керівництва страховика, до сприйняття нових ідей. Адже контролінг не є просто певним набором функцій і повноважень, це якісно нова концепція системного управління страховою компанією;

4) висока вартість, трудомісткість системи контролінгу та вимогливість до кваліфікації кадрів, задіяних в ній. Однак, необхідно зауважити, що навіть впровадження спрощеної системи контролінгу, дозволяє значно підвищити ефективність страхового бізнесу та сприяти забезпеченню фінансової стійкості страхових компаній;

5) відсутність адаптованої до українських реалій методології здійснення контролінгу в страхових компаніях;

6) супротив персоналу страхової компанії, зумовлений страхом того, що подібне нововведення змусить їх більше працювати, перемістить працівників



під «ковпак», а отже негативно вплине на їх матеріальне і/або соціальне становище.

Основні фактори, що впливають на швидкість впровадження контролінгу, наведено в таблиці Н.4 додатку Н.

Впровадження контролінгу в практику діяльності страховика та формування системи контролінгу в страховій компанії, на нашу думку, не повинні здійснюватися революційним шляхом. Контролінг повинен запроваджуватися еволюційним шляхом, який означає невеликі зміни в старій системі управління із неквапним, однак цілеспрямованим просуванням до поставленої мети. Перевага такого підходу полягає, насамперед, у відсутності значного опору здійснюваним змінам всередині страхової компанії. Основний же недолік еволюційного способу запровадження контролінгу – небезпека затягування процесу реорганізації, що може привести до уповільнення, а зрештою до повного припинення впровадження контролінгу. Менше з тим, практика свідчить, що впровадженню контролінгу в діяльність страховиків альтернативи немає. Логічним наслідком відсутності чи недієздатності контролінгу, управлінського обліку, внутрішнього аудиту є фінансова криза та банкрутство підприємства [292, с. 145].

Отже, контролінг фінансової стійкості страховика можна трактувати як особливий вид економічної та організаційно-управлінської діяльності менеджменту страхової компанії, суть якої полягає у системній координації та інтеграції різновекторних напрямів діяльності страховика з метою прийняття вірних стратегічних і оперативних управлінських рішень, вироблення альтернативних підходів для забезпечення економічного зростання та ефективного формування грошових потоків шляхом синтезу елементів планування, прогнозування, обліку, аналізу та контролю з використанням даних єдиної комплексної інформаційної системи з метою забезпечення фінансової стійкості в поточному періоді та в перспективі, тобто поступального прогресивного розвитку страховика в



умовах ринкового середовища, посилення конкуренції і непрогнозованого впливу на його діяльність дестабілізуючих факторів.

Вважаємо, що для побудови ефективної системи контролінгу фінансової стійкості в страховій компанії необхідно здійснити наступні заходи:

- по-перше, повний і глибокий ретроспективний аналіз діяльності страховика, починаючи з аналізу місії та цілей компанії, адекватності їм організаційної структури, та закінчуючи аналізом ефективності існуючої системи прийняття управлінських рішень;

- по-друге, за результатами першого етапу здійснити коригування або визначення нових місії та основних цілей діяльності страхової компанії, скласти перелік проблемних питань у сфері організації системи управління фінансовою стійкістю страховика;

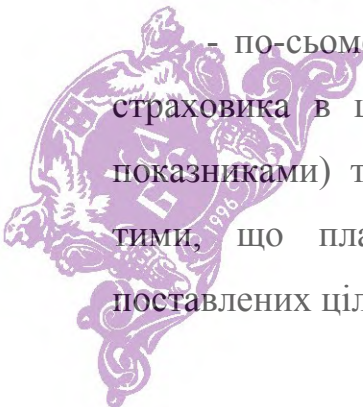
- по-третє, спираючись на результати, отримані в ході виконання другого етапу, визначити коло функцій та завдань, для виконання яких впроваджується служба контролінгу;

- по-четверте, забезпечити формування адекватної інформаційної системи, тобто визначити джерела вхідної та вихідної інформації, центри її накопичення та обробки, а також цільову аудиторію, для якої певний вид інформації призначається;

- по-п'яте, запровадити поточне планування діяльності всіх підрозділів страхової компанії, а також планування на середньострокову та довгострокову перспективу, закріпивши це відповідними внутрішніми документами;

- по-шосте, розробити форми та принципи побудови бюджетів та впровадити бюджетування страхової компанії, закріпивши це відповідними внутрішніми-нормативними документами;

- по-сьоме, розробити критерії оцінки фактичних результатів діяльності страховика в цілому та по окремих підрозділах (порівняння з плановими показниками) та визначити періодичність звірювання досягнутих результатів з тими, що планувалися, а також процедуру коригувальних дій, якщо поставлених цілей не було досягнуто;



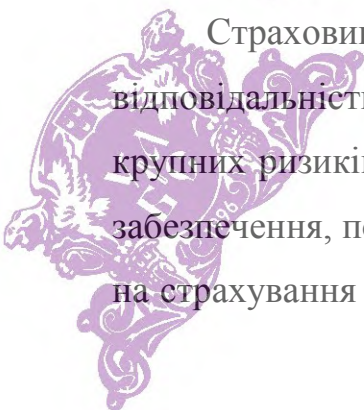
- по-восьме, визначити та запустити механізми, які б забезпечували ефективний зворотній зв'язок, тобто врахування досягнутих результатів та впливів зовнішнього і внутрішнього середовищ на розробку подальшої тактики і стратегії діяльності страхової компанії.

Побудова та впровадження у практичну діяльність страхових компаній комплексного механізму (контролінгу) управління їх фінансовою стійкістю за вище наведеним алгоритмом, на нашу думку, дозволить забезпечити ефективне функціонування страховиків та забезпечуватиме їх фінансову стійкість.

Підбиваючи підсумки сказаному в цьому підрозділі, вважаємо за необхідне відзначити, що в ринкових умовах потреба в комплексному управлінні фінансовою стійкістю страхової компанії виникає на певному етапі її діяльності, коли у страховика вичерпується ресурс кількісних методів забезпечення конкурентноздатності (екстенсивний шлях розвитку компанії) та гостро постає питання забезпечення подальшого вдосконалення діяльності страховика за рахунок покращення якості послуг, які він надає (перехід до інтенсивного шляху розвитку компанії). Саме зараз в Україні настав час зміни парадигм розвитку страхових компаній з екстенсивного на інтенсивний тип. Про це ж свідчить і все більша затребуваність різноманітними споживачами доступної та зрозумілої інформації про діяльність страховиків, яка б при цьому давала можливість коректного порівняння різних страхових компаній між собою.

5.3. Перестрахування в контексті забезпечення фінансово стійкого функціонування страховиків

Страховик, який передає ризик у перестрахування, розподіляє відповідальність перед страхувальником за повне та своєчасне покриття крупних ризиків з іншою категорією страховиків (перестраховиками), з метою забезпечення, по-перше, належного виконання зобов'язань за всіма прийнятими на страхування ризиками перед страхувальниками, а по-друге, своєї фінансової



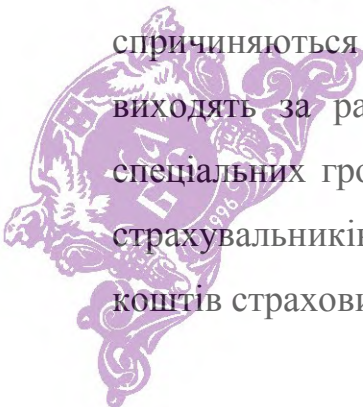
стійкості. При цьому, існує пряма залежність якості послуг, що надаються страховиками, від рівня професіоналізму їх партнерів-перестраховиків. На ці специфічні складові взаємовідносин перестраховальника і перестраховика звертають увагу дослідники-економісти [1, с. 99; 28, с. 576; 114, с. 321; 137, с. 266; 164, с. 105].

На нашу думку, точка зору групи науковців, які вважають, що «перестрахованню властиві всі ознаки страхування як економічної категорії» [8, с. 305] вимагає уточнення. Розглянемо це питання детальніше.

В.В. Шахов [405, с. 15] в своїй роботі зазначає, що страхуванню притаманні такі ознаки: наявність перерозподільчих відносин і страхового ризику; формування страхової спільноти з числа страхувальників і страховиків; поєднання індивідуальних і групових інтересів; солідарна відповідальність усіх страхувальників за збиток; замкнута розкладка збитку; перерозподіл збитку у просторі та часі; поверненість страхових платежів; самоокупність страхової діяльності.

Однак, наведені вище ознаки страхування не повною мірою характеризують перестраховання. Саме тому, з нашої точки зору, для більш повної характеристики перестраховання як явища, доцільніше виокремити його специфічні ознаки.

Головна відмінність між страхуванням і перестрахованням полягає в різниці сутності цивільно-правових відносин, в полі яких укладаються та діють договори страхування і перестраховання. При укладанні договорів страхування між суб'єктами економічних відносин відбувається розподіл ризику. Економічна сутність страхових відносин полягає у відшкодуванні страхувальникам, застрахованим або вигоданабувачам збитків, які спричиняються через настання страхових випадків, тобто обставин, які виходять за рамки звичайного перебігу подій. Збитки відшкодовуються зі спеціальних грошових фондів, сформованих страховиками за рахунок внесків страхувальників. У складі цих фондів відбувається початкове накопичення коштів страховиком.



Слід відмітити, що у випадку перестраховання, навіть з точки зору класичної доктрини, формуються інші, ніж у випадку прямого страхування, цивільно-правові відносини, а саме:

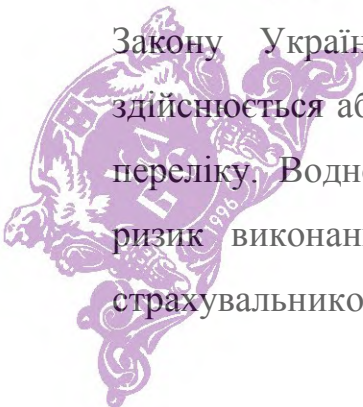
- в рамках перестрахової діяльності відбувається перерозподіл вже сформованих страхових фондів [234, с. 146]. На це ж вказують Л.М. Горбач [56, с. 191], І.О. Ковтун [114, с. 321] та С.І. Чернишов [281, с. 153];

- виплати за договором перестраховання здійснюються не внаслідок пошкодження майна перестраховувальника, як це відбувається у випадку прямого страхування, коли компенсуються витрати, які особа, чиє право порушене, здійснила або повинна буде здійснити для відновлення порушеного права, втрат або пошкодження її майна, а також компенсації недоотримання доходу. Отже, незважаючи на те, що як в практиці страхування, так і в практиці перестраховання підставою для здійснення виплат є наявність збитків, економічна сутність збитків у страхуванні й перестрахованні різна;

- договір перестраховання, в переважній більшості випадків, ґрунтується на консенсусі сторін, тобто набирає чинності з моменту його укладання (акцепту), якщо сторони не передбачили іншого. Водночас, договір страхування це, як правило, реальний договір. Він набуває чинності з часу, коли страхувальник сплатив страхову премію або здійснив перший внесок.

До того ж страхові суми одного й того ж ризику, а часто і строки дії договорів у випадках страхування і перестраховання, не завжди співпадають. Виключенням є досить рідкісні випадки так званого фронтування, коли страховик перестраховує усі взяті за договором страхування зобов'язання.

Розгляд страхування і перестраховання під кутом зору українського законодавства демонструє, що предметом страхування є майнові інтереси (ст. 4 Закону України «Про страхування»). При цьому, пряме страхування здійснюється або від усіх небезпек, або від їх достатньо широкого поіменного переліку. Водночас, предметом перестраховання завжди виступає виключно ризик виконання страховиком усіх або частини своїх зобов'язань перед страхувальником (п. 2 ст. 987 Цивільного Кодексу України). Отже,

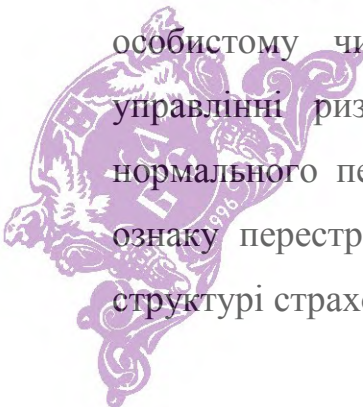


перестраховання захищає лише від ризику настання страхового випадку, передбаченого основним договором страхування.

Таким чином виявляється, що між інститутами страхування і перестраховання існують суттєві відмінності. В зв'язку з цим, вважаємо за можливе переформулювати типові ознаки страхування, сформульовані В.В. Шаховим (вони наведені вище), під кутом зору їх застосування до перестраховання.

Так, якщо для страхування характерний первинний перерозподіл ризиків, то у перестрахованні перерозподіл ризиків має вторинний характер. На основі вищевикладеного першу ознаку – наявність перерозподільчих відносин – доцільно сформулювати як наявність вторинних перерозподільчих відносин.

Звідси витікає необхідність уточнення поняття страхового ризику для випадку перестраховання. При цьому, необхідно звернути увагу на те, що ризик є фактично функцією невизначеного (з точки зору майбутнього) середовища, а страховик в своїй роботі постійно стикається з проблемою визначення можливості та обсягів страхування певного ризику. У разі перестраховання, питання рівня невизначеності майбутнього також виникає, однак у цьому випадку, з огляду на специфіку перестраховання, ризик невизначеності майбутнього за своїм змістом є якісно іншим поняттям порівняно з первинними ризиками невизначеності, про які йде мова у випадку прямого страхування. З точки зору перестраховика, ризик невизначеності є показником, який характеризує міру невизначеності щодо настання деякої множини страхових подій в складі страхового портфеля страховика в цілому. Отже, можна з впевненістю відмітити, що пряме страхування захищає страхувальника від надзвичайних ризиків, які знаходяться поза нормальним перебігом подій в його особистому чи діловому житті. Натомість перестраховання полягає в управлінні ризиками, які обидві сторони приймають на себе за умов нормального перебігу подій. В зв'язку з цим, пропонуємо трактувати другу ознаку перестраховання – як наявність ризику настання страхових подій в структурі страхового портфеля прямого страховика.



Використання як ознаки перестраховування сформованості страхової спільноти з числа страхувальників та страховиків, вважаємо не зовсім правомірним. Звичайно діяльність перестраховика багато в чому подібна до діяльності страхової компанії та, при цьому, вона має і свою специфіку, яка зумовлюється, насамперед, тим, що клієнтами перестраховика є компанії-цеденти, а не індивідуальні страхувальники. Як правило, страхувальники, які мають перестраховування покриття ризиків, не знають про існування договору перестраховування, оскільки їх договірні відносини стосуються виключно компанії-цедента, тобто між страхувальником і перестраховиком при перестраховуванні жодних правовідносин не виникає.

На нашу думку, важливою специфічною ознакою перестраховування є те, що взаємовідносини учасників договору перестраховування передбачають їх добросовісну поведінку та високий рівень сумлінності при виконанні ними зустрічних зобов'язань [323]. Прикладом прояву найвищої сумлінності з боку перестраховика є неприпустимість його односторонньої відмови від прийняття ризику, який передається йому перестраховальником, оскільки такі дії спроможні викликати порушення умов конкретних договорів перестраховування. Але, такі дії перестраховика допускаються, якщо ризик не відповідає обумовленим в договорі умовам, перш за все мова йде про облігаторні договори перестраховування. Якщо ж ризик передається на факультативній основі, то умови передачі оговорюються при укладанні конкретного договору перестраховування. Тому в даному разі, більш коректніше говорити про належне виконання перестраховиком своїх зобов'язань перед перестраховальником, не дивлячись на розмір виплати та розмір премії, яку отримав перестраховик.

Особливість реалізації зазначеної ознаки з боку перестраховальника пояснюється, зокрема тим, що, наприклад, облігаторне зобов'язання перестраховика покривати збитки за певним спектром ризиків, прийнятих ним на перестраховування, спричиняє неможливість перестраховика забезпечувати повний контроль за діяльністю страховика-цедента. Так страховик, заручившись підтримкою перестраховика на цілий рік та орієнтуючись на



існуючий попит на страховому ринку, може прийняти рішення змінити свою андеррайтерську політику [307]. Підсумовуючи вищевикладене, доцільно сформулювати наступну ознаку перестрахування – наявність повної прозорості у відносинах між цедентом та перестраховиком. Зазначена ознака набуває особливої актуальності в умовах фінансово-економічної кризи, коли почали виникати випадки взаємної недовіри провідних гравців на ринку по відношенню один до одного.

З іншими, сформульованими В.В. Шаховим, ознаками страхування можна погодитися, але з врахуванням властивостей, які притаманні перестрахованню.

Таким чином, вказані вище істотні відмінності між інститутами страхування та перестрахування унеможливають їх ототожнення і дозволяють виокремити специфічні ознаки перестрахування (рис. 5.5).



Рис. 5.5. Ознаки перестрахування

Зважаючи на значну специфіку перестрахової діяльності, вважаємо, що, зрештою, її необхідно класифікувати як окремий вид економічної діяльності. З позицій мікроекономіки перестрахування є діяльністю із формування страховою компанією-перестраховиком за рахунок внесків страхових компаній-перестраховувальників власного страхового фонду для

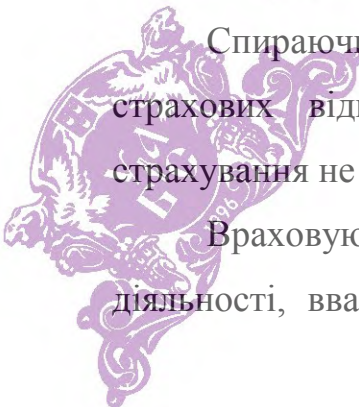
наступних виплат страхового відшкодування у зв'язку з оплаченими збитками на підставі укладених прямих договорів страхування страховими компаніями-перестраховальниками [325]. З цього приводу, вважаємо правомірною думку К.Є. Турбіної про те, що «укладання договору перестраховання є неможливим за відсутності договорів прямого страхування» [291, с. 469]. Дана точка зору підтримується і вітчизняними дослідниками, які зазначають, що перестраховання «є невід'ємною частиною страхування» [249, с. 36]. Саме тому, як зазначає П.П. Архипов «договір перестраховання» не можна розглядати як самостійний договір, не пов'язаний з договором страхування» [7, с. 196].

Прибічниками такого підходу є також Л.Н. Клоченко та К.І. Пилов [111, с. 70], К.О. Граве та Л.А. Лунц [57, с. 8], Л.М. Горбач [56, с. 193]. Повністю погоджуємося із тим, що «перестраховики повинні бути опорою страховикам» [145, с. 50] в справі захисту майнових інтересів юридичних і фізичних осіб.

Стійкість страховика залежить від співвідношення між капіталами, надходженнями премій, з одного боку, та максимумом відповідальності за окремими ризиками, які він приймає на себе – з іншого [39, с. 214]. Якби портфель страхової компанії складався з досить великої кількості застрахованих об'єктів, які при цьому були б застраховані на приблизно однакові за обсягами страхові суми, то для досягнення фінансової стійкості операцій не доводилося б звертатися до послуг перестраховання. В зв'язку з цим, доречною є думка Я.П. Шумелди, що «перестраховання, з одного боку захищає страхові компанії від розорення, а з іншого – забезпечує страховий захист і виплату страхового відшкодування та страхових сум застрахованим» [420, с. 222].

Спираючись на багатоманітну і багаторічну практику та дослідження страхових відносин, можна з упевненістю стверджувати, що інститут страхування не може нормально функціонувати без перестраховання.

Враховуючи специфіку сформульованих нами вище ознак перестрахової діяльності, вважаємо за доцільне розглянути питання трактування сутності



поняття «перестраховання». Часто у вітчизняних наукових працях [56, с. 188; 280, с. 429] наводяться визначення «перестраховання», аналогічні наведеному у актах чинного законодавства. Тобто воно визначається як страхування одним страховиком (цедентом, перестраховальником) на визначених договором умовах ризику виконання частини своїх обов'язків перед страхувальником у іншого страховика (перестраховика) резидента або нерезидента згідно з законодавством країни, в якій він зареєстрований. Та це надто загальне визначення [88].

В більшості національних законодавств зарубіжних країн сутність перестраховання також визначається лише в самих загальних рисах [327] (таблиця П.1 додатку П).

На наш погляд, більш вірним є погляд на перестраховання як на «систему економічних відносин, в процесі яких страховик, приймаючи ризики на страхування, передає частину відповідальності за ними з урахуванням своїх фінансових можливостей на узгоджених умовах іншим страховикам з метою створення збалансованого страхового портфеля, забезпечення фінансової стійкості та рентабельності страхових операцій» [12, с. 185; 45, с. 16; 49, с. 45; 52, с. 67; 122, с. 158; 137, с. 266; 167, с. 156; 274, с. 296; 277, с. 423; 405, с. 185; 423, с. 398]. Вважаємо таке визначення перестраховання більш коректним, порівняно з його офіційним трактуванням ще й з огляду на те, що перестраховальник віддаючи ризик на перестраховання, насправді платить за те, щоб не тримати великих резервів, а максимально повно використовувати отримані від клієнта кошти, розраховуючи, наприклад, на більшу прибутковість від інвестицій. В цьому сенсі, перестраховання не послуга із захисту від ризиків, а спосіб, який дозволяє ефективніше використовувати фінансові ресурси страхової компанії.

Водночас, наведене вище визначення перестраховання, з нашої точки зору, є однобічним та доволі неповним, оскільки не враховує того, що страховик може одночасно бути і перестраховальником, і перестраховиком.



На нашу думку, цей недолік дефініції «перестраховання» знімається, якщо перестраховання визначати як систему економічних відносин між перестраховувальником і перестраховиком щодо прийняття та перерозподілу ризиків, у ході яких досягається збалансованість грошових потоків страхових компаній. При цьому, в ході цих відносин перестраховувальник забезпечує свою фінансову стійкість, збалансованість страхового портфеля та рентабельність страхових операцій за рахунок передавання частини відповідальності за взятими зобов'язаннями перестраховикові та, в зв'язку з цим, сплачує перестраховикові страхову премію адекватну переданим ризикам, а перестраховик, приймаючи ці ризики на відповідальність – забезпечує собі фінансування та дохід. Отже, перестраховання для перестраховувальника – це, насамперед, механізм управління фінансовою стійкістю, а для перестраховика – спосіб отримання додаткових грошових надходжень за рахунок страхування частини ризиків іншої страхової компанії [360, с. 302].

Нині запропоноване нами визначення перестраховання є актуальним, адже страхова компанія може одночасно виступати і як перестраховувальник, і як перестраховик, використовуючи перестраховання і як механізм управління фінансовою стійкістю, і як джерело додаткового доходу.

Нами систематизовані дані літературних джерел, в яких описано функції перестраховання (табл. П.2 додатку П), і на підставі цього побудований системний перелік типових функцій перестраховання з урахуванням наведених вище міркувань. Отже, на нашу думку, до функцій перестраховання належать наступні:

- забезпечувальна, яка полягає у створенні особливого перестрахового фонду, основне призначення якого – одночасне забезпечення виконання зобов'язань перестраховиків перед перестраховувальниками з одного боку, та страховиків перед страхувальниками – з іншого;



- конвертаційна, суть якої полягає у перетворенні реального початкового страхового портфеля в портфель з максимально можливою однорідністю ризиків;

- функція нівелювання – полягає у здійсненні заходів із зниження впливу на діяльність страховика коливань, які виникають внаслідок зовнішніх і внутрішніх причин, і, як наслідок, забезпечується стабілізація його страхового портфеля;

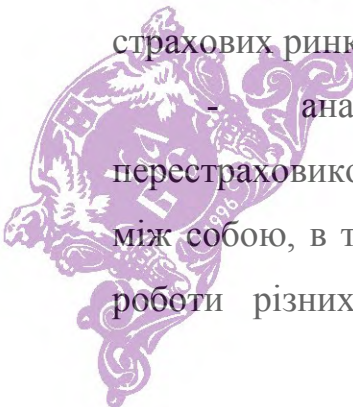
- функція штучного підвищення андеррайтерської місткості страховика. Ілюструється наступним прикладом. Якщо величина власного капіталу страховика не відповідає визначеним вимогам, то він зобов'язаний або наростити власний капітал, або зменшити обсяг страхових операцій. Швидке нарощення власного капіталу не завжди можливе. Тому, щоб не втратити клієнтів та розширити власну ємність страховики звертаються до перестрашування;

- балансувальна, полягає у забезпеченні відповідності зобов'язань і активів страховика для підтримання на належному рівні його платоспроможності та фінансової стійкості;

- інвестиційна полягає у забезпеченні додаткових джерел інвестування;

- інтеграційна, полягає у взаємопроникненні страхових і перестрахових компаній на світовий, регіональні та національні ринки. Значення цієї функції надзвичайно зростає в зв'язку з сучасними умовами ведення страхового бізнесу, а саме: значними страховими сумами та лімітами відповідальності, що потребують відповідного страхового покриття. При цьому, для забезпечення необхідного страхового захисту обсягів національних страхових ринків часто не вистачає;

- аналітична, дослідницька та консультативна, яка дозволяє перестраховиків внаслідок володіння ним особливими знаннями порівнювати між собою, в тому числі й у міжнародному масштабі, продукти та результати роботи різних страховиків. Адже, як правило, перестраховик розробляє



спеціальні ноу-хау, які необхідні окремому страховикові, оскільки їх розробка силами власних спеціалістів страховика економічно не виправдовується.

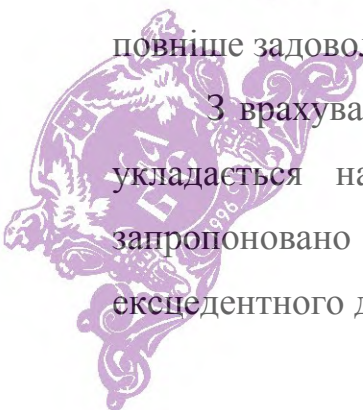
Правильне застосування функцій перестрахування дає можливість оптимізувати роботу первинного страховика. Та при цьому, необхідно враховувати, що ефективність перестрахового захисту та вплив останнього на фінансову стійкість страхових компаній багато в чому визначає вибір конкретних форм та методів перестрахування.

В зарубіжній літературі, насамперед англомовній, можна зустріти твердження про дзеркальність умов договорів страхування та перестрахування, зокрема, коли мова йде про пропорційне покриття [150, с. 62]. Непропорційне перестрахування у вітчизняній практиці є достатньо молодим видом захисту страховиків [351]. Крім того, за оцінкою Insurance Day, близько 70% премій за усіма договорами перестрахування у світовому масштабі укладаються саме на пропорційній основі [453].

Основне завдання, яке мусить вирішити страховик, вдаючися до перестрахового захисту власного портфеля, полягає у забезпеченні на найбільш вигідних умовах вторинного перерозподілу прийнятих ризиків з метою зменшення ризику власної неплатоспроможності та підвищення фінансової стійкості [331]. При цьому, «вигідність» умов договору перестрахування оцінюється за величиною різниці між очікуваними за умовами перестрахового договору обсягами грошових потоків на «вході» та «виході».

Цедент, як і лобий інший суб'єкт підприємницької діяльності, зацікавлений в укладанні договору перестрахування на оптимальних з його точки зору умовах. Саме тому обрані форма, метод перестрахування та вид договору перестрахування обираються цедентом таким чином, щоб якомога повніше задовольняти його інтереси і вимоги.

З врахуванням того, що переважна більшість договорів перестрахування укладається на пропорційній основі, про що йшлося вище, в роботі запропоновано алгоритм визначення оптимальних умов квотного та ексцедентного договорів пропорційного перестрахування [349, С. 57–62].



Побудуємо умовну математичну модель, за допомогою якої проілюструємо процедуру вибору оптимальних параметрів перестраховування.

На вхід моделі потрібно подати наступні дані:

1. Апроксимація статистичної оцінки щільності розподілу страхових сум.
2. Апроксимація статистичної оцінки залежності рівня виплат від страхової суми.

В результаті відповідної обчислювальної процедури дана модель дозволяє:

1. Розрахувати залежність доходу та рівня виплат від параметрів договору перестраховування.
2. Вибрати оптимальні значення параметрів перестраховування, виходячи з необхідного рівня виплат та умови максимізації доходів.

Проілюструємо використання запропонованої моделі на умовному прикладі. Розглянемо деякі типові варіанти вхідних даних, що дозволять показати особливості процедури оптимізації параметрів перестраховування в залежності від характеристик страхового портфеля.

Припустимо, що перестраховуванню підлягає група договорів страхова сума s яких має експоненціальний розподіл із щільністю:

$$f_e(s) = \begin{cases} 0, & s < 0, \\ \lambda e^{-\lambda s}, & s \geq 0, \end{cases} \quad (5.1)$$

де $\lambda = 1/m$ при математичному сподіванні $m = 10^5$ (рис. 5.6).

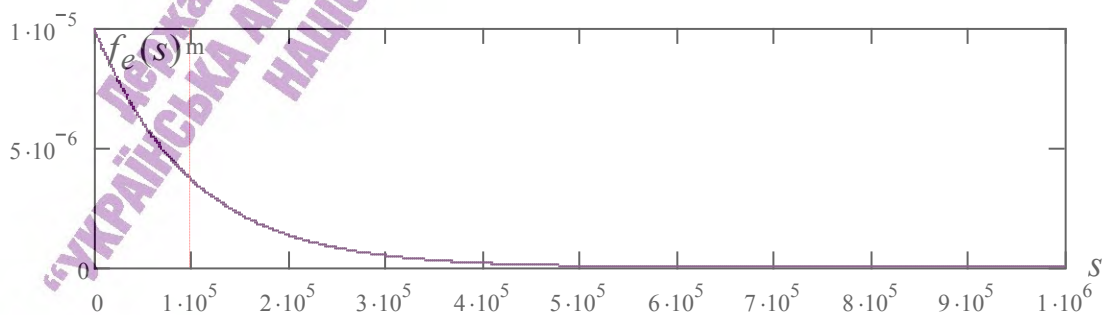


Рис. 5.6. Щільність розподілу страхових сум s

Для спрощення міркувань будемо вважати, що страховий тариф по всіх договорах однаковий і становить $t(s) = 1\%$ від страхової суми, будемо також ігнорувати комісійні відрахування по договорах перестраховування.

Щодо рівня виплат за договорами страхування розглядаємо такі чотири випадки:

- 1) однаковий рівень виплат по всіх договорах;
- 2) рівень виплат залежить від страхової суми і по всіх договорах не перевищує 100%, при цьому точка максимуму рівня виплат дорівнює $2m$;
- 3) рівень виплат залежить від страхової суми і по деяких договорах перевищує 100% суми страхових премій, точка максимуму рівня виплат дорівнює $2m$;
- 4) рівень виплат залежить від страхової суми і по деяких договорах перевищує 100% суми страхових премій, точка максимуму рівня виплат дорівнює $4m$.

Ілюстрації обраних для умовного моделювання залежностей рівня виплат від страхової суми – $z(s)$, зображено на рисунку 5.7.

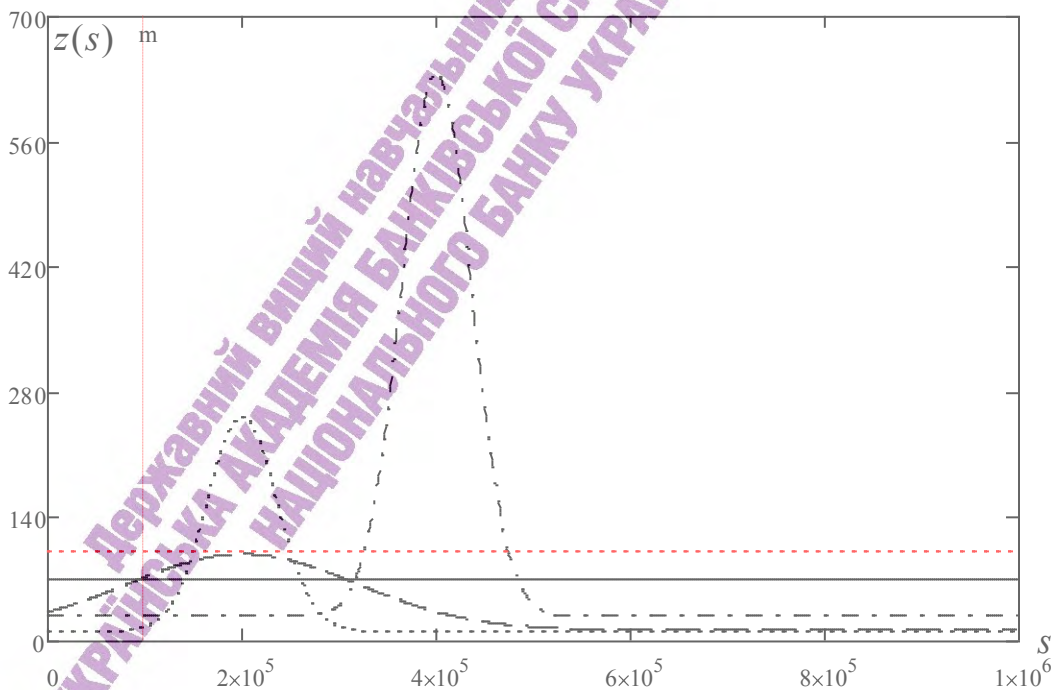


Рис. 5.7. Види залежності рівня виплат z від страхової суми s :

— 1-ий, — — — 2-ий, - - - - - 3-ій, - · - · - 4-ий

Перший варіант відповідає ідеалізованій ситуації, коли всі договори страхування однорідні за своїми характеристиками. Другий варіант відповідає незначній неоднорідності ризикованості договорів, причому максимум рівня виплат припадає на скат функції щільності розподілу страхової суми недалеко

від математичного сподівання, тобто ризиковані договори є досить масовими. Третій варіант показує ситуацію підвищення неоднорідності ступеня ризикованості договорів страхування, порівняно з другим випадком. І нарешті, четвертий варіант відповідає наявності невеликого пакету ризикованих договорів із значною страховою сумою.

Будемо також вважати, що обраний компанією тариф забезпечує загальний рівень виплат за всіма договорами в середньому на рівні 70%.

Розрахунки показників при відсутності перестраховання ведемо за наступними формулами.

Середня страхова сума:

$$\bar{S} = \int_0^{+\infty} s \cdot f_e(s) ds \quad (5.2)$$

Середня страхова премія:

$$\bar{P} = \int_0^{+\infty} s \cdot t(s) \cdot f_e(s) ds \quad (5.3)$$

Середні виплати:

$$\bar{Z} = \int_0^{+\infty} s \cdot z(s) \cdot t(s) \cdot f_e(s) ds \quad (5.4)$$

Середній рівень виплат:

$$\zeta = \frac{\bar{Z}}{\bar{P}} \cdot 100\% \quad (5.5)$$

Будемо розглядати два типи договорів перестраховання: 1) квотне перестраховання; 2) перестраховання ексцедента сум.

В першому випадку частка страхової премії, що залишається у страховика визначається за формулою:

$$D(b, c_p, s) = \begin{cases} 1, & s < b, \\ 1 - c_p, & s \geq b, \end{cases} \quad (5.6)$$

де b – встановлений поріг страхової суми, при перевищенні якого вступає в силу механізм перестраховання, а c_p – частка перестраховика.



В другому випадку аналогічно маємо:

$$D(b,s) = \begin{cases} 1, & s < b, \\ \frac{b}{s}, & s \geq b. \end{cases} \quad (5.7)$$

На рисунку 5.8 зображено залежності від страхової суми s частки страховика D та відповідальності страховика V для вказаних типів перестраховування при $b = 2 \cdot 10^5$ та $c_p = 30\%$.

На рисунках 5.8–5.11 будемо використовувати наступне позначення графіків: 1) без перестраховування — ; 2) квотне перестраховування - - - - ; 3) перестраховування ексцедента сум - - - -.

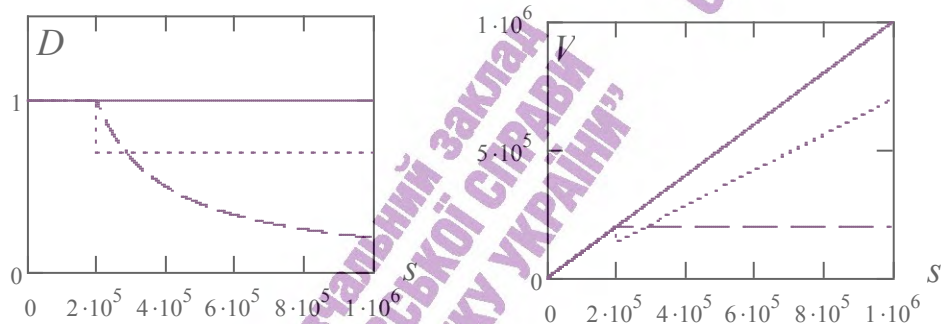


Рис. 5.8. Частка страховика (а) та відповідальність страховика (б) залежно від страхової суми s

Середню страхову премію, що залишається в розпорядженні страховика після укладання договору перестраховування, розрахуємо за формулою:

$$P(b, c_p) = \int_0^{+\infty} s \cdot t(s) \cdot f_e(s) \cdot D(b, c_p, s) ds \quad (5.8)$$

Тоді частка середньої страхової премії, що належить страховику, визначиться за формулою:

$$D_p(b, c_p, s) = \frac{P(b, c_p)}{\bar{P}} \cdot 100\% \quad (5.9)$$

На рисунку 5.9 показано залежність частки сумарної премії страховика від вибору порога b (c_p квотного перестраховування як і вище дорівнює 30%).



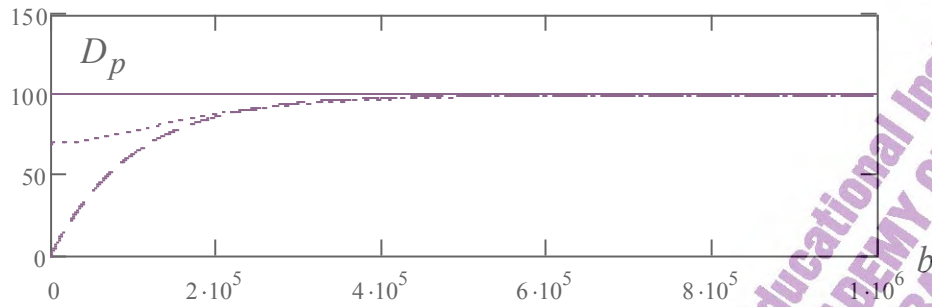


Рис. 5.9. Частка сумарної премії страховика залежно від порогу b

Виплати страховика обчислюються таким чином:

$$Z(b, c_p) = \int_0^{+\infty} s \cdot z(s) \cdot t(s) \cdot f_e(s) \cdot D(b, c_p, s) ds \quad (5.10)$$

Тоді дохідність цедента (частка від суми страхових премій) визначиться за формулою:

$$\Delta(b, c_p) = \frac{P(b, c_p) - Z(b, c_p)}{\bar{P}} \cdot 100\%, \quad (5.11)$$

а рівень виплат:

$$\zeta(b, c_p) = \frac{Z(b, c_p)}{P(b, c_p)} \cdot 100\% \quad (5.12)$$

На рисунку 5.10 зображено залежності дохідності страховика від порога перестраховання b при різних рівнях виплат.

З графіка видно, що при досить однорідному характері сукупності страхових договорів, щодо рівня ризику, перестрахованню без втрати дохідності можуть підлягати лише договори з надзвичайно великою сумою, що перевищує середній рівень в 5-6 раз.

Якщо ж рівень виплат по деяких договорах перевищує 100% страхових премій (рис. 5.10(в, г)), то за рахунок оптимального вибору параметрів перестраховання можна досягти суттєвого підвищення дохідності діяльності страховика. Особливо це стосується четвертого виду рівня виплат.



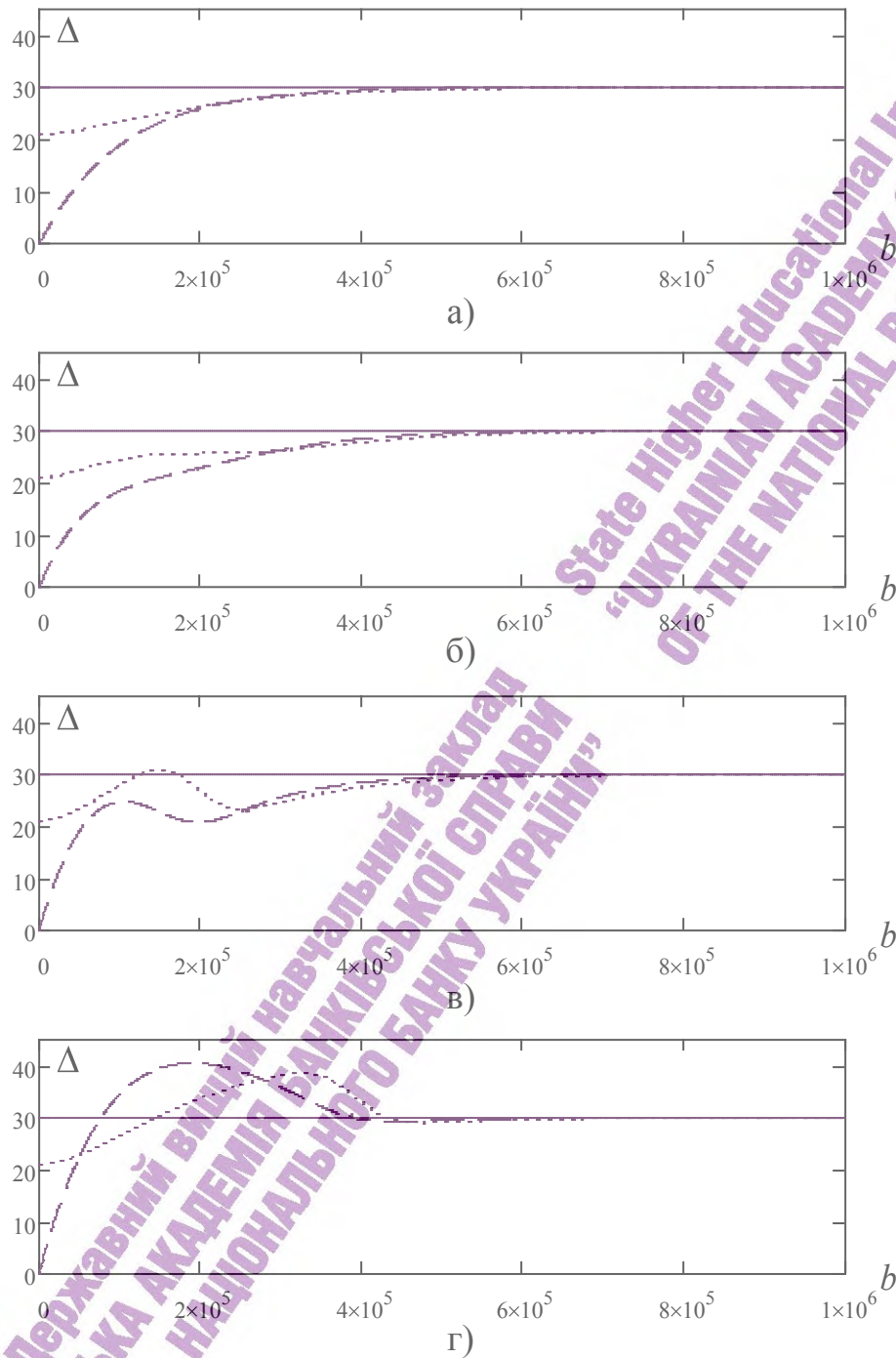


Рис. 5.10. Залежність дохідності від порогу b :
 а) 1-ий вид; б) 2-ий вид; в) 3-ій вид; г) 4-ий вид рівня виплат

Щодо загального рівня виплат, то при 1-му типі (рівень виплат сталий, незалежно від страхової суми) застосування механізму перестраховування не змінює загального рівня виплат цедента (рис. 5.11(а)). Чим більш неоднорідно рівень виплат залежить від страхової суми, тим більшого ефекту в зниженні виплат, що припадають на цедента, можна досягти.

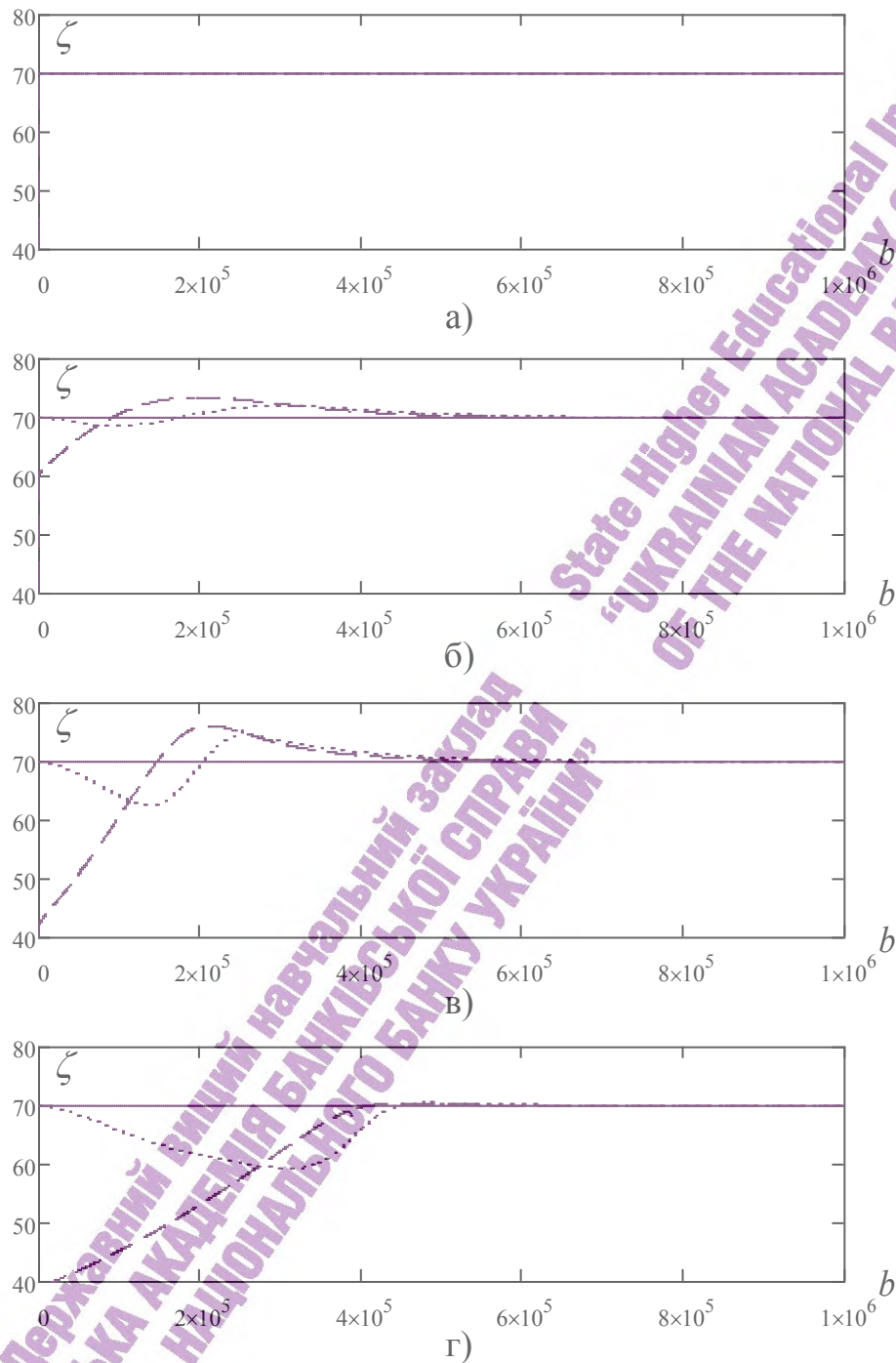


Рис. 5.11. Залежність рівня виплат від порогу b :

а) 1-ий вид; б) 2-ий вид; в) 3-ій вид; г) 4-ий вид рівня виплат

Перестраховання ризикованих договорів з великими страховими сумами (4-ий тип, рис. 5.11(г)) дозволяє суттєво знизити загальний рівень виплат страховика.

Виберемо за отриманими залежностями оптимальні параметри перестраховання. Для 1-го виду рівня виплат оптимальний рівень $b = 6m = 6 \cdot 10^5$, при цьому рівень виплат залишається практично незмінним

$\zeta = 70\%$. Для 2-го виду – $b = 7m = 7 \cdot 10^5$. Для 3-го виду максимальний рівень дохідності 30,9% досягається при квотному перестрахованні з $b = 1,5m = 1,5 \cdot 10^5$. Якщо частка перестраховика $c_p = 30\%$, то загальний рівень виплат при цьому зменшується до 62,8%. Для 4-го виду квотне перестраховання дає максимум дохідності при $b = 3,3m = 3,3 \cdot 10^5$. Якщо $c_p = 30\%$, дохідність при цьому досягає 38,56%, а загальний рівень виплат знижується до 59,49%. При застосуванні перестраховання ексцедента сум максимум дохідності досягається при $b = 1,9m = 1,9 \cdot 10^5$ і дорівнює 40,5%, загальний рівень виплат при цьому знижується до 52,3%.

Наведені вище графіки ілюструють вплив параметра b (поріг перестраховання) на дохідність та загальний рівень виплат. Зазначимо однак, що квотне перестраховання має два параметра b і c_p .

Проаналізуємо окремо вплив зміни частки перестраховика c_p на доходи та рівень виплат щодо діяльності цедента (рис. 5.12, 5.13), при цьому, залежність рівня виплат від страхової суми будемо розглядати лише по 3-му та 4-му виду.

З рисунків 5.12–5.13 видно, що збільшення частки перестраховика при квотному перестрахованні дає можливість в більш широких межах змінювати рівень виплат та досягати вищого рівня доходів. Однак, при високих рівнях c_p крутизна графіків дохідності та рівня виплат суттєво збільшується. Тому навіть незначна помилка у визначенні рівня власного утримання може призвести в цьому випадку до значних втрат доходів і підвищення рівня виплат.

Таким чином, можна зробити висновок, що **перестраховання є одним із важливих інструментів керування рівнем виплат, а значить і фінансовою стійкістю страхової компанії. Як показано вище, вдалий вибір параметрів перестраховання дозволяє цеденту суттєво підвищити свої доходи.**



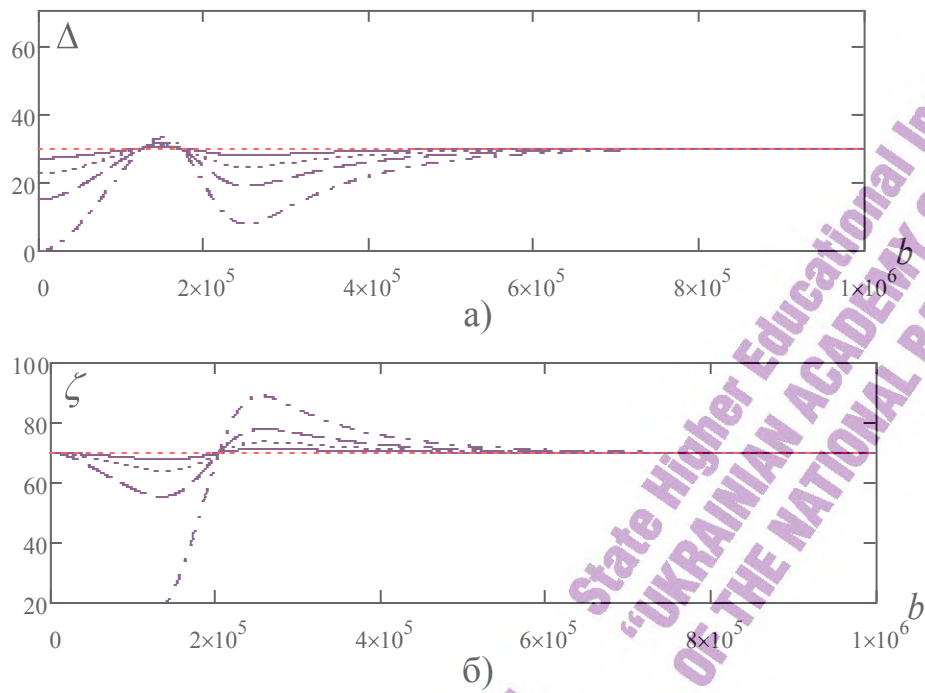


Рис. 5.12. Залежність доходу а) та збитковості б) для 3-го виду рівня виплат від порогу b при значеннях частки перестраховика: 10% —, 25% ----, 50% - - - , 100% - - - -

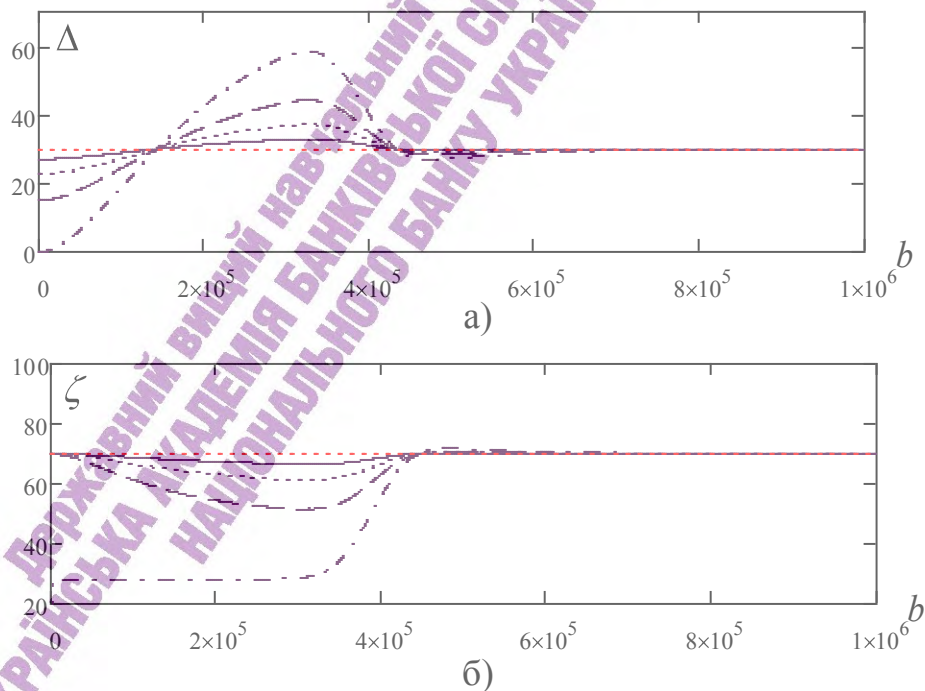


Рис. 5.13. Залежність доходу а) та збитковості б) для 4-го виду рівня виплат від порогу b при значеннях частки перестраховика: 10% —, 25% ----, 50% - - - , 100% - - - -

Практичний алгоритм застосування наведеної методики оптимізації перестраховування наступний [349, с. 63]:

1. Отримати статистичну оцінку розподілу страхових сум.

2. Отримати статистичну оцінку залежності рівня виплат від страхової суми.
3. Розрахувати залежність доходу та рівня виплат від параметрів договору перестраховування.
4. Вибрати оптимальні значення параметрів, виходячи з необхідного рівня виплат та умови максимізації доходів.

Зауважимо, що дана методика може бути розвинена у напрямку врахування можливих випадкових коливань параметрів страхового портфеля. Такий підхід вимагає застосування методів імітаційного статистичного моделювання (наприклад методу Монте-Карло).

Отже, розроблена методика може бути успішно використана з метою підвищення фінансової стійкості компанії при збереженні максимального рівня доходів. В даному контексті доречним є висловлювання К.Є. Турбіної, що «перестраховування повинно відігравати свою, дуже важливу роль у забезпеченні фінансової стійкості страховиків» [372, с. 37].

Існування інституту перестраховування, як вже було з'ясовано, дозволяє забезпечити фінансову стійкість страхових компаній. Можна констатувати, **що подальший розвиток професійного перестраховування позитивно впливатиме на вітчизняний страховий ринок з наступних причин [316]:**

1) страховики, які вдаватимуться до послуг перестраховування, матимуть можливість на етапі укладання прямого договору страхування застосовувати завчасно узгоджені умови страхування, координувати програми страхування, що сприятиме спрощенню процедури перестраховування, забезпечуючи її автоматичне здійснення;

2) функціонування системи професійного перестраховування дає можливість страховим компаніям підписувати обов'язкові перестрахові програми за ще не існуючими договорами страхування;

3) більшість українських страхових компаній не може отримати професійний перестраховий захист у перестраховиків-нерезидентів через те, що



міжнародний ринок перестраховування характеризується достатньо високими тарифами та жорсткими андеррайтинговими вимогами;

4) функціонування професійних вітчизняних перестраховиків дозволить сформувати стабільний український ринок перестраховування та максимально використовувати його внутрішній потенціал, в тому числі й для збільшення вхідних потоків перестраховування від перестраховиків-нерезидентів;

5) страховики прагнуть до мінімізації ймовірності розорення бізнесу через можливість проведення перестраховиками додаткового андеррайтингу, що зумовлено низькою якістю андеррайтингу в самій страховій компанії. Зрозуміло, що наведена причина поступово, по мірі підвищення якості андеррайтингу в страхових компаніях, буде втрачати свою значимість, але поки що в перестрахові компанії приходять кращі андеррайтери, до того ж компанії володіють більшим накопиченим досвідом, методологією та даними по інших країнах і ринках;

6) функціонування професійних перестраховиків, для яких, перестраховування є профільним бізнесом дозволить максимально задовольнити інтереси страхувальників в отриманні надійного страхового захисту. Адже бізнес перестраховика залежить від того наскільки з ним готові співробітничати клієнти-перестраховувальники. Для їх залучення перестраховики, як правило, йдуть назустріч в питаннях розгляду страхових виплат. Якщо ж перестраховуванням займаються непрофесійні перестраховики, а прямі страховики ситуація, і практично, і теоретично, виглядає дещо інакше. Підтвердженням цієї думки є те, що в Росії 95% офіційно опублікованих судових матеріалів за питаннями відмов у виплатах страхового відшкодування за перестраховими договорами стосуються саме випадків, коли перестраховуванням займаються прямі страхові компанії [70, с. 49].

Оскільки інститут перестраховування в Україні зараз розвинутий достатньо слабо, а його значення та роль не відповідають місцю професійного перестраховування, яке воно займає в економічно розвинутих країнах світу, нині, для покращення ситуації в цій сфері та створення

інституту професійних перестраховиків, існує необхідність вирішення низки питань, перелік та характеристика суті яких, подані нижче.

1) Законодавче врегулювання відносин на ринку перестрахових послуг в Україні. Закон України «Про страхування» неповною мірою визначає місце перестраховання. Тому склалася ситуація, коли відсутній чітко налагоджений механізм взаємодії учасників перестрахового процесу, на всіх його стадіях: від моменту прийняття ризику, включаючи супровід ризику (ретроцесія та декілька її етапів), до моменту врегулювання страхових випадків. Наприклад, нині в Україні у страхуванні і перестрахованні встановлені різні терміни впродовж яких слід повідомляти про настання страхових випадків. Страхові компанії повинні повідомляти про такі випадки впродовж трьох робочих днів, а перестраховики – п'яти. Крім того, практика застосування до договорів перестраховання норм законодавства, що регулюють договори страхування, суперечить світовій практиці. Необхідно звернути увагу і на те, що підписання договорів ексцедента збитку та ексцедента збитковості суперечать умовам статті 16 Закону України «Про страхування», оскільки при цьому мова, швидше за все, ведеться про страхування страховиком своїх фінансових ризиків.

2) Запровадження системи ліцензування перестрахової діяльності. Адже перестраховання за своєю глибинною сутністю є як засобом захисту інтересів, насамперед, страхувальників, так і гарантією забезпечення фінансової стійкості власне страховика. Відповідно, перестраховання як вид діяльності має здійснюватися професійно, із дотриманням певних вимог, норм та підлягати ліцензуванню. Тому, на наш погляд, для здійснення перестрахової діяльності слід запровадити окрему ліцензію, наявність якої давала б право приймати ризику на перестраховання за всіма видами страхування.

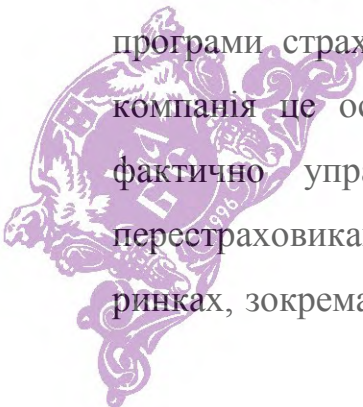
3) Підвищення встановленого нормативу щодо мінімальної величини статутного фонду українського перестраховика, величина якого нині складає 1 млн. євро. В країнах ЄС мінімальний розмір статутного фонду перестраховика – не менше 3 млн. євро, в Росії – не менш 120 млн. руб.,



водночас як за експертними розрахунками статутний капітал професійного перестраховика повинен починатися з відмітки в 100 млн. дол. США [220, с. 46].

4) Сприяння створенню професійного тандему українських страховиків і перестраховиків, що забезпечить можливість зробити українську нетто-місткість значно доступнішою і популярнішою, а українська бруто-місткість істотно зросте. Цього можна досягти шляхом здійснення стандартизації продуктів перестраховання по основних класах бізнесу з урахуванням традицій українського страхового ринку і міжнародних принципів ведення перестрахового бізнесу. Просування таких страхових і перестрахових програм, розроблених спільно страховиком і перестраховиком, дозволить, по-перше, зробити страховий продукт більш гнучким, різноманітним, повним і комплексним, а, по-друге, страхова програма буде мати автоматичний перестраховий захист як на внутрішньому, так і, при потребі, на зовнішньому ринку перестраховання.

5) В річищі тенденції світової практики необхідно надати спеціалізованим перестраховикам можливість займатися перестрахованням життя. Сьогодні в Україні професійні перестраховики не можуть займатися перестрахованням ризиків по життю, хоча б тому, що не мають відповідної ліцензії. Та слід звернути увагу на те, що ризики за продуктами страхування життя бездумно (не замислюючись над аналізом їх структури, величини та ймовірності) передаються за кордон. Така ситуація є неправильною, оскільки всі ризики, які перестраховуються за кордоном, за своєю суттю переважно класика страхування від нещасних випадків (збитковість за ними невелика – близько 6-10%). Відомо, що накопичувальні програми страхування не перестраховуються. Враховуючи, що перестрахова компанія це особливий фінансовий інститут, основним завданням якого є фактично управління резервами страховиків, необхідно надати право перестраховикам отримувати ліцензії на різні види діяльності на фінансових ринках, зокрема, наприклад, на управління активами. В цьому сенсі показовим



є приклад українських банків, які можуть отримати спеціальний дозвіл на провадження практично всіх видів діяльності на фінансовому ринку.

6) Підвищення іміджу перестраховування, тобто затвердження в українському бізнесовому суспільстві позитивного сприйняття перестраховування як механізму захисту окремо взятої компанії і страхового ринку в цілому, а не як засобу оптимізації грошових потоків, якими вони бувають зараз. Ситуація, коли через перестраховиків «відмиваються» кошти зумовлена тим, що згідно із чинним законодавством, страхові компанії не сплачують податок на прибуток. Замість цього вони сплачують податок на зібрані страхові премії в розмірі 3% від суми зібраних страхових платежів за вирахуванням премій, що передані в перестраховування. Платежі, які направляються на перестраховування, часто перестраховуються по декількох компаніях багаторазово, а в кінці цього ланцюжка часто знаходиться компанія-одноденка, яка приймає обсяги премій із перестраховування, розміщує їх, іноді виводячи за кордон, незаконно перетворює у готівку, а податок взагалі не сплачує та швидко самоліквідується. Та, слід відмітити, що несприйняття перестрахових операцій в ситуації яка панує на українському ринку перестраховування є помилкою. А вже боротися, в даному випадку необхідно не з перестраховуванням як таким, а з невідповідним регулюванням страхового ринку в контексті сплати страховиками податку на прибуток.

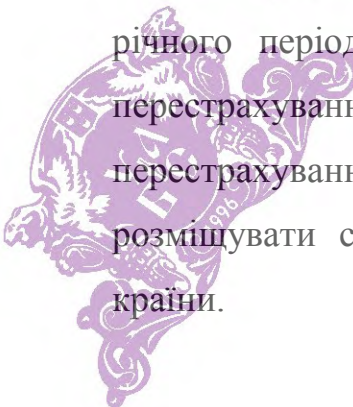
7) Посилення транспарентності діяльності страхових компаній в частині розкриття інформації щодо структури та обсягів витрат перестраховиків на виплати страхового відшкодування, на ведення справи тощо.

8) Розвиток наукового та кадрового потенціалу українського страхового та перестрахового ринку. При цьому, слід звернути увагу на те, що у вищих навчальних закладах України дисципліна «Перестраховування» викладається не всім спеціалістам економічного профілю та й то, як факультативна.



З метою посилення ролі держави на національному ринку перестраховання, на нашу думку, необхідно створити національну перестрахову компанію, що забезпечило б належну капіталізацію національного перестрахового ринку, стимулювало б перехід українського ринку перестраховання від «кількісного» зростання до «якісного» удосконалення, сприяло б визнанню статусу перестраховання не лише як частини «виробничого циклу страхової послуги», а й як окремого бізнесу, захистило б національний перестраховий ринок від наслідків реалізації катастрофічних ризиків різного походження, сприяло б розвитку сільськогосподарського страхування, активізувало б розвиток фінансового перестраховання, як механізму захисту ринку фінансових послуг, забезпечувало б можливість використання державного потенціалу з метою управління ризиками і залучення додаткових ресурсів з використанням інструментів перестраховання.

Ідею створення національної перестрахової компанії підтримує багато економістів-дослідників [49, с. 55; 197, с. 25; 369, с. 164; 395, с. 51]. У зв'язку з цим вони вказують на можливість двох підходів до її створення. Перший – у форматі суто державної компанії. Велика кількість країн на першому етапі створення національних перестрахових компаній використовували державні фінанси [49, с. 56]. В цьому сенсі прикладом може бути і найближча сусідка України – Білорусь. В цій країні створено державну національну перестрахову організацію із статутним фондом 20 млн. євро, яка почала свою діяльність з 1 грудня 2006 року. Білоруські страхові компанії зобов'язані передавати їй у перестраховання 10% надлишкових ризиків у перший рік її діяльності (у другий рік – 20%, і так далі за аналогічною схемою). Таким чином, впродовж 10-річного періоду планується довести частку державного перестраховика у перестрахованні ризиків білоруських страховиків до 100%. Решту обсягів перестраховання ризику впродовж згаданого періоду страховики можуть розміщувати серед інших білоруських страхових компаній або за межами країни.



Другий варіант створення національної перестрахової компанії передбачає її створення на добровільних засадах прямими страховиками, які виступатимуть в якості її акціонерів.

Отже, розвиток перестрахового ринку, обґрунтування та визначення оптимальних підходів до вибору форм і методів перестраховування, є важливими факторами, за допомогою яких забезпечується фінансова стійкість та платоспроможність страхових компаній, відбувається розширення меж страхового бізнесу, в тому числі й розвиток професійного ринку перестраховування.

5.4. Стрес-тестування як інструмент оцінки фінансової стійкості страхової компанії

Страховий бізнес в своїй основі має справу з невизначеністю. Тому страховик повинен враховувати широкий діапазон можливих наслідків, які можуть вплинути на поточне та очікуване в майбутньому становище. Стрес-тестування є необхідним інструментом управління ризиками як для страховиків, так і для наглядових органів, для розуміння того, чи є страховики достатньо гнучкими з фінансової точки зору, щоб покрити можливі збитки, які могли б відбутися при різних сценаріях розвитку подій [321; 354].

Використавши реальні дані аналітичної звітності за перші 3 квартали 2008 року однієї зі страхових компаній, яку в подальшому будемо умовно називати СК, здійснимо стрес-тестування ризику її фінансової стійкості та на підставі отриманих даних поставимо завдання статистичної оцінки параметрів діяльності цієї компанії.

Для спрощення подальшого аналізу згрупуємо види страхування за групами:

Група №1 – обов'язкове страхування (обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів, обов'язкове



страхування суб'єктів перевезення небезпечних вантажів, обов'язкове страхування від нещасних випадків на транспорті та ін.).

Група №2 – страхування майна (страхування майна юридичних осіб від вогневих та інших ризиків, страхування майна фізичних осіб, страхування майна будівельно-монтажних робіт, страхування вантажів та багажу та ін.).

Група №3 – особисте страхування (страхування від нещасних випадків, страхування здоров'я на випадок хвороби, безперервне страхування здоров'я та ін.).

Група №4 – страхування відповідальності (страхування професійної відповідальності, страхування відповідальності власників водного транспорту, страхування відповідальності перед третіми особами за якість продукції, страхування відповідальності перед третіми особами внаслідок забруднення навколишнього середовища та ін.).

Проаналізуємо дані, щодо потоку клієнтів страхової компанії. Як видно з рисунку 5.14, даний процес не є стаціонарним. Причому нестационарність процесу суттєва та має як річну, так і тижневу циклічність (рис. 5.15).

Загалом за звітний період компанія уклала 9001 договорів 1-ї групи страхування, 4964 – 2-ї групи, 4647 – 3-ї групи і 1062 – 4-ї групи, всього 19674 договори. З них 77,02% тривалістю на 1 рік, причому 93,7% договорів передбачають одноразове здійснення платежу без надання розстрочки.

За даними вибірки знайдемо вибіркоче середнє та вибіркоче середньоквадратичне відхилення необхідних параметрів (табл. 5.5) за формулами [54]:

$$m = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i, \quad \sigma = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i^2 - m^2}, \quad (5.13)$$

де x_i ($i = 1, 2, \dots, n$) – вибіркочі дані, n – об'єм вибірки.

Позначимо також суму:

$$\Sigma = \sum_{i=1}^n x_i \quad (5.14)$$



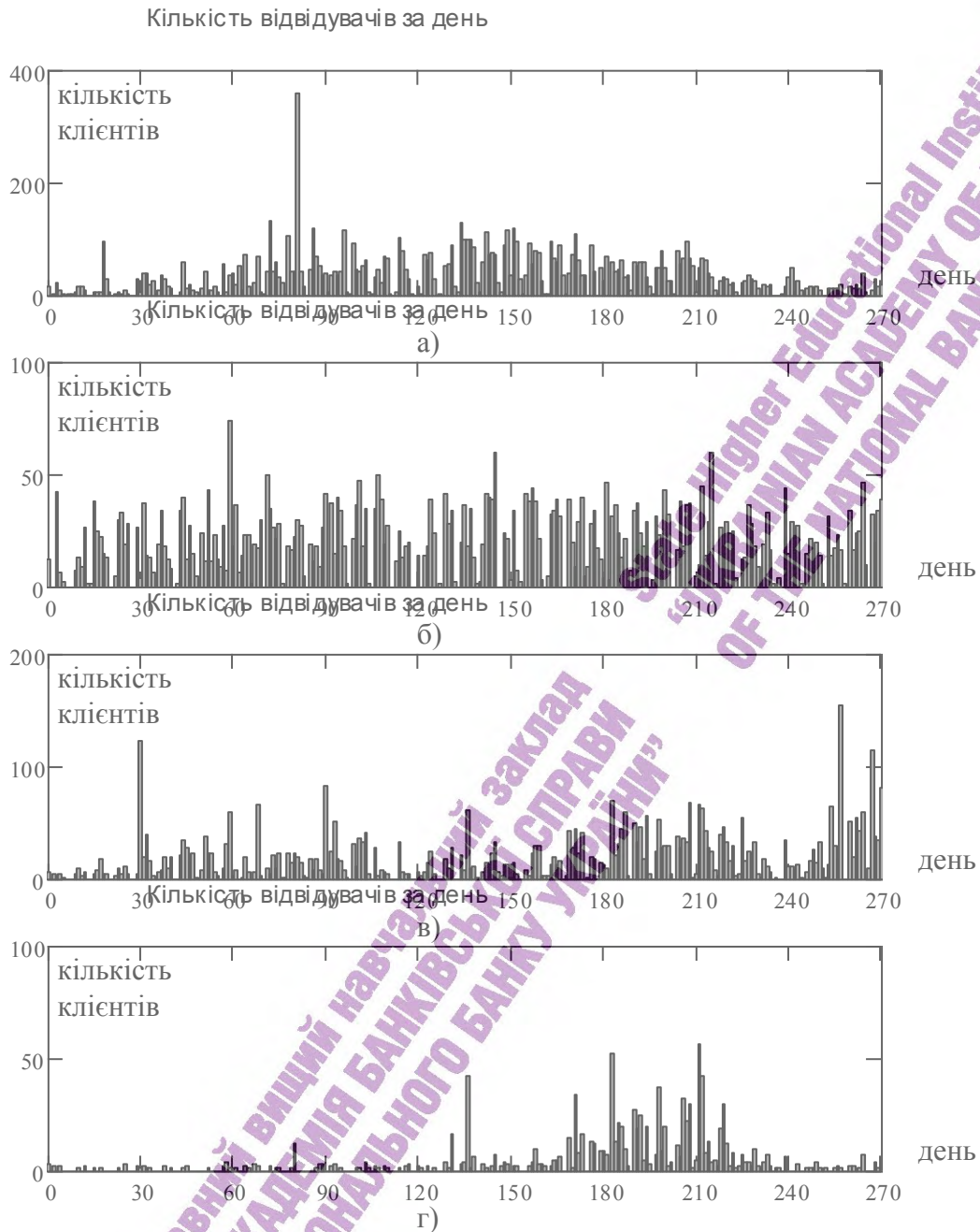


Рис. 5.14. Кількості клієнтів, що надійшли протягом одного дня по групах страхування: а) група №1, б) група №2, в) група №3, г) група №4

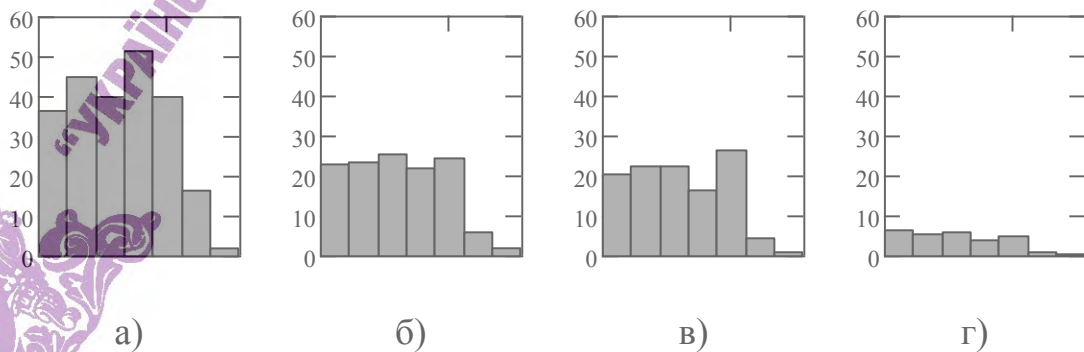
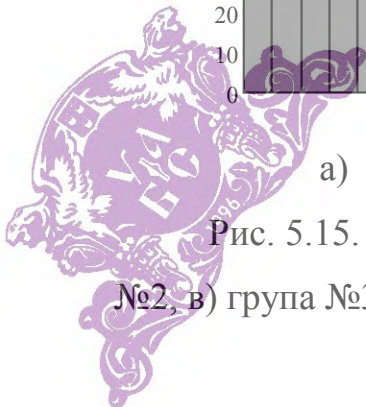


Рис. 5.15. Середня кількість клієнтів по днях тижня: а) група №1, б) група №2, в) група №3, г) група №4



За даними таблиці 5.5 маємо: загальна сума страхових платежів складає $5,715 \cdot 10^6$ грн.; у перестраховання передано 17040,72 грн.; комісійні – $6,485 \cdot 10^4$ грн. Отже, загальні надходження компанії від страхової діяльності складають $5,651 \cdot 10^6$ грн.

Таблиця 5.5
Статистична оцінка параметрів надходжень страхових платежів

Параметр	Група №1		Група №2		Група №3		Група №4	
	m Σ	σ	m Σ	σ	m Σ	σ	m Σ	σ
Страхова сума, грн.	67028,43 $6,03 \cdot 10^8$	31277,00	48096,33 $2,39 \cdot 10^8$	132668,83	11200,03 $5,20 \cdot 10^7$	37388,20	357312,28 $3,79 \cdot 10^8$	607239,17
Страховий тариф, %	0,19	0,18	1,43	1,62	0,64	0,77	0,66	1,72
Страховий платіж, грн.	117,65 $1,06 \cdot 10^6$	152,77	855,30 $4,25 \cdot 10^6$	1956,05	47,63 221329,03	235,75	173,42 184168,60	431,67
Частка страхових платежів, передана перестраховикам, грн.	0,00 0,00	0,00	0,00 0,00	0,00	0,00 0,00	0,00	16,05 17040,72	43,35
Комісійні відрахування, %; сума, грн.	3,86	2,10	0,00	0,00	0,00	0,00	9,53	2,15
Кількість договорів страхування, n	9001		4964		4647		1062	

Аналогічно за формулами (5.13) і (5.14) оцінюються параметри страхових відшкодувань. Результати розрахунків вміщено в таблиці 5.6. Як видно з таблиці 5.6, загальна сума відшкодувань, виплачених СК за звітний період, становить $1,343 \cdot 10^6$ грн., а кількість страхових випадків дорівнює 398.

Надзвичайно важливим для розуміння ситуації на ринку страхування є знання розподілу страхових сум. На рисунку 5.18 подано гістограми емпіричних розподілів, що отримані за статистичними даними.

По осі абсцис на цьому рисунку відкладаємо страхові суми. Весь проміжок страхових сум $[0; 3,4 \cdot 10^6]$ поділяємо на частинні інтервали довжиною $h = 5000$ грн. По осі ординат відкладаємо кількість клієнтів n_i , чия страхова сума потрапляє у відповідний частинний інтервал від $h \cdot (i - 1)$ до $h \cdot i$, де $i = 1, 2, \dots, 700$. При такій побудові загальна площа гістограми дорівнює $\sum n_i$ – кількості клієнтів певної групи страхування.

Статистична оцінка параметрів страхових відшкодувань

Параметр	Група №1		Група №2		Група №3		Група №4	
	m Σ	σ	m Σ	σ	m Σ	σ	m Σ	σ
Страхова сума, грн.	78410.44 $3.37 \cdot 10^6$	$2.47 \cdot 10^4$	91014.35 $2.47 \cdot 10^7$	$9.16 \cdot 10^4$	11000.00 $8.80 \cdot 10^5$	$3.65 \cdot 10^4$	35000.00 $1.40 \cdot 10^5$	0.00
Страхові від- шкодування, грн.	3559.44 $1.53 \cdot 10^5$	$3.40 \cdot 10^3$	7074.29 $1.92 \cdot 10^6$	$1.62 \cdot 10^4$	116.48 $9.32 \cdot 10^3$	173.93	2627.69 $1.05 \cdot 10^4$	$2.22 \cdot 10^3$
Процент перестрахи- вання, %	0,00	0,00	38.19	21.24	0,00	0,00	0,00	0,00
Сума виплат, компенсована перестра- ховиками, грн.	0,00 0,00	0,00	2775.03 $7.52 \cdot 10^5$	$7.81 \cdot 10^3$	0,00 0,00	0,00	0,00 0,00	0,00
Сума відшкодування СК, грн.	3559.44 $1.53 \cdot 10^5$	$3.40 \cdot 10^3$	4299.26 $1.17 \cdot 10^6$	$9.36 \cdot 10^3$	116.48 $9.32 \cdot 10^3$	173.93	2627.69 $1.05 \cdot 10^4$	$2.22 \cdot 10^3$
Кількість стра- хових випадків, <i>n</i>	43		271		80		4	

На рисунку 5.16 окремо винесено ділянку гістограми від 0 до 100 000 грн., де частоти n_i мають найбільші значення. З рисунку 5.16 видно, що розподіли страхових сум значно відрізняються по групах страхування. Крім того, дані розподіли мають складний дискретно-неперервний характер, причому неперервна частина розподілу, як правило, не може бути описана одним класичним розподілом.

З іншого боку, для подальшої розробки математичної моделі діяльності страхової компанії потрібен тонкий аналіз тарифної політики. На рисунку Р.1 додатку Р зображено гістограми розподілів двокомпонентної випадкової величини, перша компонента якої S – страхова сума, а друга T – відповідний страховий тариф. Довжина частинного інтервалу по S дорівнює 5000 грн., а по T дорівнює 0,1%.

З рисунку Р.1 додатку Р видно, що більші значення страхових тарифів характерні для малих страхових сум, і навпаки при більшій страховій сумі тариф зменшується. Ці спостереження підтверджуються розрахунками коефіцієнтів кореляції між страховим тарифом та страховою сумою [32]:

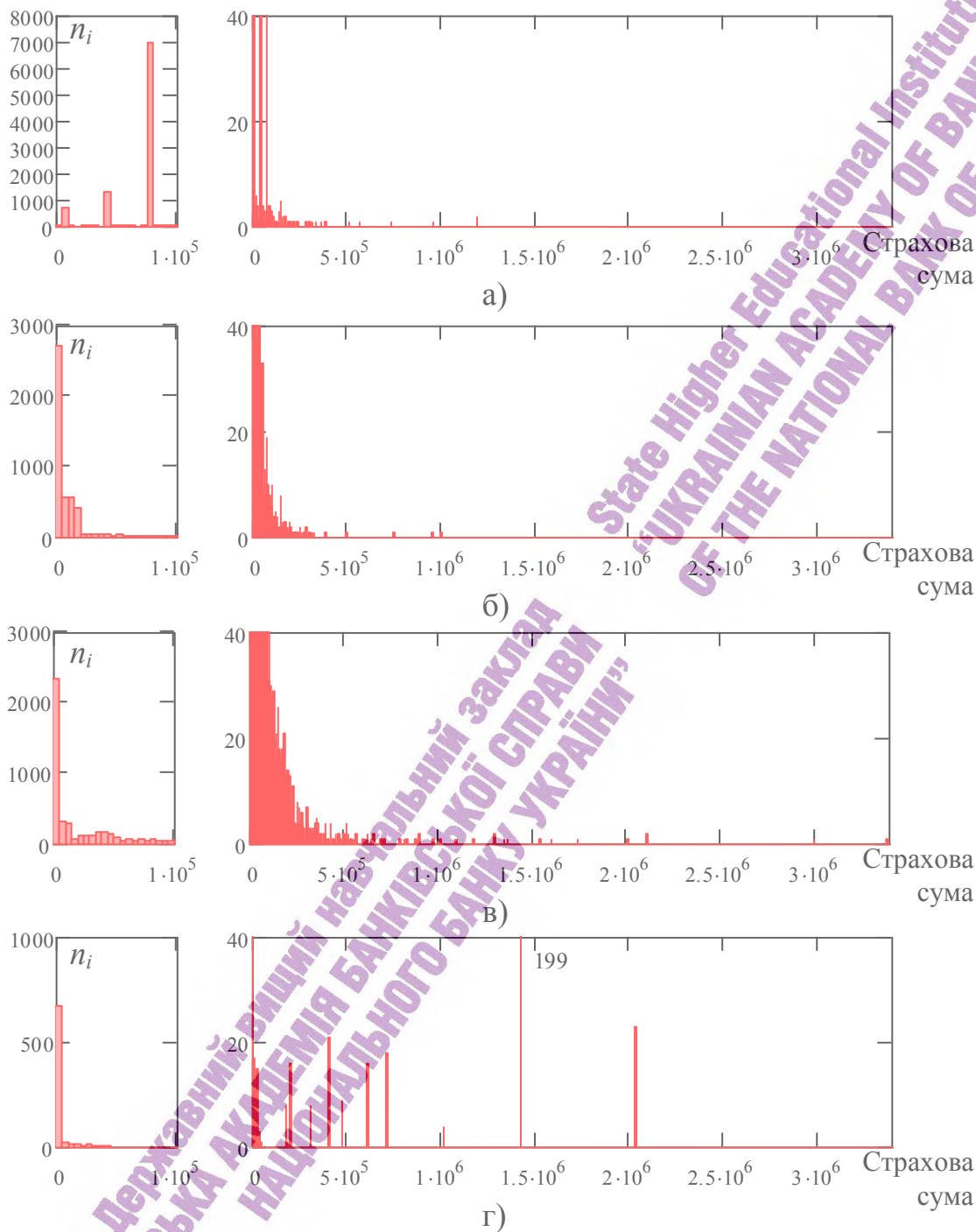


Рис. 5.16. Емпіричні розподіли страхових сум: а) група №1, б) група №2, в) група №3, г) група №4

$$R = \frac{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left(\left(S_i - \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n S_j \right) \left(T_i - \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n T_j \right) \right)}{\sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left(S_i - \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n S_j \right)^2} \cdot \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left(T_i - \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n T_j \right)^2}} \quad (5.15)$$



де $\{S_i, T_i\}$, $i=1,2,\dots,n$ – елементи двовимірної вибірки (страхова сума, страховий тариф), n – об'єм вибірки.

По групах страхування маємо відповідно:

$$R1 = -0.134209; R2 = 0.077373; R3 = -0.083304; R4 = -0.209164.$$

Всі коефіцієнти, окрім групи №2, від'ємні, що означає зменшення тарифу при збільшенні страхової суми.

Аналіз отриманих даних дозволяє зробити висновок про суттєву відмінність усіх параметрів у різних групах страхування. Можна зазначити, що за ступенем ризикованості групи страхування можна впорядкувати так (за зростанням): №4, №1, №3, №2. Однак за сумою виплачених СК страхових відшкодувань порядок інший: №3, №4, №1, №2. Група №3 дає найменшу суму відшкодувань за рахунок порівняно малих страхових сум, характерних для цієї групи.

Слід особливо відмітити, що потік клієнтів (а значить і потік платежів) не є ні стаціонарним, ні ординарним, тому класична пуассонівська модель не може адекватно описувати дані процеси. Врахування нестаціонарності потоку платежів необхідне як в практичній діяльності компанії, так і при побудові відповідної математичної моделі.

Аналіз даних показує, що обсяг страхових відшкодувань, виплачених компанією, становить лише 23,77% від надходження страхових платежів за відповідний період. З урахуванням величини страхових резервів та обсягу власного капіталу імовірність розорення компанії при збереженні стаціонарних зовнішніх умов (купівельна спроможність громадян, ділова активність, нормативно-правове забезпечення тощо) дуже мала і не піддається більш-менш точному розрахунку.

Отже, можемо зробити висновок, що досліджувана компанія сьогодні має усі можливості щодо виконання взятих на себе страхових зобов'язань, тобто має високий рівень фінансової стійкості.



Розглянемо задачу побудови математичної моделі діяльності страхової компанії, яка б задовольняла наступним вимогам:

1. Адекватне відтворення основних параметрів функціонування страхової компанії, таких як: інтенсивність потоків страхових платежів і виплат страхових відшкодувань тощо.
2. Врахування стохастичного характеру процесів страхування.
3. Гнучке керування параметрами моделі, що описують поведінку компанії: тарифна політика, розподіл прибутку, виплата дивідендів, процес перестрахування тощо.
4. Можливість впливати на інтенсивність потоків.
5. Придатність до алгоритмізації та побудови обчислювальної імітаційної моделі.

Така модель дозволяє аналізувати: 1) вплив прийняття управлінських рішень про зміну поведінки компанії на підсумки фінансової діяльності за вказаний період часу; 2) стійкість компанії за тих чи інших параметрів до змін зовнішніх умов (наприклад, підвищення частоти страхових випадків чи зменшення потоку клієнтів).

Така модель побудована, алгоритмізована і реалізована в середовищі Mathcad 13 у вигляді імітаційної моделі. Термін «імітаційна» означає, що модель враховує вплив випадкових факторів, базуючись на генераторах випадкових чисел. Лістинг програми розміщено в додатку С. Розглянемо докладно основні блоки програми та їх математичне забезпечення.

Перший блок програми відповідає за **моделювання потоку клієнтів**. Для кожного дня тижня по всіх групах страхування розраховано статистичні оцінки середнього числа клієнтів, що надходять цього дня та відповідне середньоквадратичне відхилення (див. рис. 5.15). Функції, графіки яких наведено на рисунку 5.17, апроксимують сезонні коливання потоку клієнтів протягом року. На графіку вони нормовані таким чином, щоб інтеграл по будь-якому відрізку часу дорівнював кількості клієнтів, що надійшли до компанії за відповідний період.

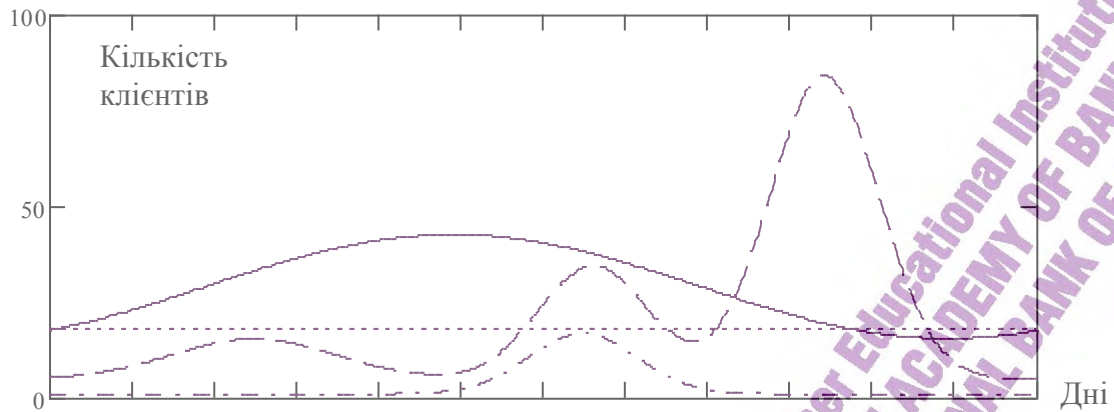


Рис. 5.17 Апроксимація сезонного коливання кількості клієнтів (протягом року), що надходять за один день:
 — група №1, - - - - група №2, - · - · - група №3, · · · · група №4

Комбінація наведених функцій з середніми значеннями по днях тижня дає середнє значення на кожен поточний день. Для цього, наведені криві нормуються до одиниці по середньому значенню, після чого беремо добуток значення кривої за поточний день та середнього значення кількості клієнтів, відповідно до дня тижня. З урахуванням відповідних середньоквадратичних відхилень маємо основні числові характеристики випадкової величини – кількість клієнтів, що надійшли до компанії протягом поточного дня. Залежно від дня тижня та групи страхування підбрано свій тип розподілу вказаної випадкової величини, що найкраще апроксимує її емпіричний розподіл (оцінка розподілу за статистичними даними). Це є загальний принцип побудови моделі потоку клієнтів.

В моделі передбачені коефіцієнти, які дозволяють, збільшувати або зменшувати потік клієнтів як по кожній окремій групі страхування, так і по всіх групах пропорційно.

Наступна важлива задача, яку вирішує побудована модель є відтворення впливу зміни страхових тарифів (цін на страхові послуги) на потік клієнтів. За статистичними даними, наведеними А.Н. Зубцем [99], побудовано апроксимаційні криві, графіки яких зображено на рисунку Т.1(а) додатку Т.

Аналітично апроксимаційні функції виглядають так:



$$K(k) = \begin{cases} \kappa(0,84) - 3(\exp(1,5(k - 0,84)) - 1), & k < 0,84; \\ \kappa(k), & 0,84 \leq k \leq 1,13; \\ \kappa(1,13) \cdot \exp(10(1,13 - k)), & k > 1,13; \end{cases} \quad (5.16)$$

де

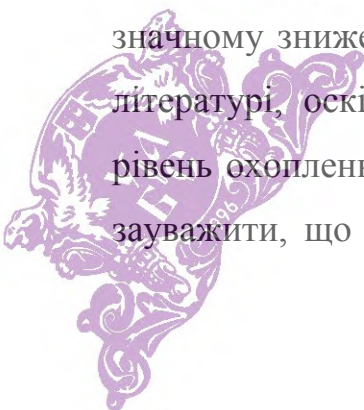
$$\kappa(k) = c \cdot \text{sign}(1 - k) \cdot |1 - k|^{1,5} + 1 \quad \text{sign}(x) = \begin{cases} -1, & x < 0; \\ 0, & x = 0; \\ 1, & x > 0; \end{cases} \quad (5.17)$$

а константа $c = 7,9$ для обов'язкового страхування і $c = 6,2$ для добровільного. В літературі зазначається, що клієнти, які укладають договори обов'язкового страхування, більш чутливі до змін ціни страхування порівняно з клієнтами, що заключають договори добровільного страхування (неперервна та пунктирна крива відповідно).

Вказуючи в моделі коефіцієнт k , що застосовується до страхових тарифів, за формулою (5.16) отримаємо коефіцієнт K , на який помножаються формули розрахунку потоку клієнтів.

Перемножуючи значення тарифу на відповідну кількість договорів можемо оцінити, як реагує сума страхових платежів (премій) на зміну тарифу (рис. Т.1(б) додатку Т). І нарешті, врахувавши, що збільшення кількості договорів призводить також і до збільшення обсягу страхових виплат, за формулою $\frac{(k - z)K(k)}{(1 - z)K(1)}$ визначимо відносний дохід від здійснення страхових операцій. В цій формулі z – рівень виплат, який при побудові графіку на рисунку Т.1(в) додатку Т прийнятий – 30%.

З графіка видно, що функція доходів має два максимуми. Один з них відповідає підвищенню ціни на 1-2% відносно середньоринкової, а інший – значному зниженню ціни. Положення другого максимуму менш досліджене в літературі, оскільки залежить від багатьох специфічних факторів, таких як рівень охоплення страхового поля, конкурентне середовище тощо. Слід також зауважити, що другий максимум спостерігається лише в тому випадку, коли



рівень виплат істотно менший 50%. Якщо ж рівень виплат значно перевищує 50%, то зменшення тарифів різко знижує доходи компанії.

Другий блок програми відповідає за **моделювання умов страхування**.

Насамперед розігрується випадкова величина, що відповідає страховій сумі s . Розподіл даної випадкової величини будується на основі детального статистичного аналізу (див. рис. 5.16) і має складний дискретно-неперервний характер. Наприклад, для першої групи страхування маємо наступну функцію щільності розподілу страхової суми:

$$f_s(x) = \frac{690}{9001} \cdot \delta(x - 8500) + \frac{1280}{9001} \cdot \delta(x - 41000) + \frac{6951}{9001} \cdot \delta(x - 76500) + \frac{80}{9001} \left(0,1677 \cdot f_u(x, 0, 1200000) + 0,8323 \cdot f_{|n|}(x, 70000, 5500) \right),$$

де $f_u(x, a, b)$ щільність рівномірно розподіленої на проміжку $[a, b]$ випадкової величини, а $f_{|n|}(x, m, \sigma)$ – щільність розподілу модуля нормальної випадкової величини з математичним сподіванням m та середньоквадратичним відхиленням σ , $\delta(x)$ – дельта функція Дірака.

Після визначення страхової суми s розігрується випадкова величина, що відповідає страховому тарифу t . Щільність розподілу цієї випадкової величини функціонально залежить від страхової суми: $f_t(x, s)$. Повні вирази для моделювання цих випадкових величин наведено в додатку С.

Страховий платіж (премія) визначається як добуток страхової суми та страхового тарифу: $p = s \cdot \frac{t}{100}$.

Сума, що передається на перестраховання s_p , відповідно до статистичного аналізу визначається так: 10% від страхового платежу, якщо остання перевищує $b = 40000$ грн. в 4-ій групі страхування, тобто $s_p = 0,1 \cdot p$; в усіх інших випадках $s_p = 0$.

За тим же принципом визначається сума комісійних $s_k = s_p$ для 2-ї, 3-ї та 4-ї групи страхування. Для 1-ї групи $s_k = 0,05 \cdot p$, тобто 5% від страхового

платежу, якщо страхова сума $s = 76500$ грн., в інших випадках вона дорівнює нулю.

Після чого не важко розрахувати надходження страхової компанії від укладеного договору: $s_n = p - s_p - s_k$.

Передбачена можливість вибору інших параметрів перестраховування по кожній групі страхування окремо. Може бути вибрано квотне перестраховування. Тоді від страхового платежу перестраховик отримує [163]:

$$s_p = \begin{cases} 0, & s < b, \\ c_p \cdot p, & s \geq b, \end{cases} \quad (5.18)$$

де b – встановлений поріг страхової суми, а c_p – доля перестраховика.

Інший варіант – перестраховування ексцедента сум. В такому разі

$$s_p = \begin{cases} 0, & s < b, \\ \left(1 - \frac{b}{s}\right) \cdot p, & s \geq b, \end{cases} \quad (5.19)$$

де b – поріг страхової суми за договором перестраховування.

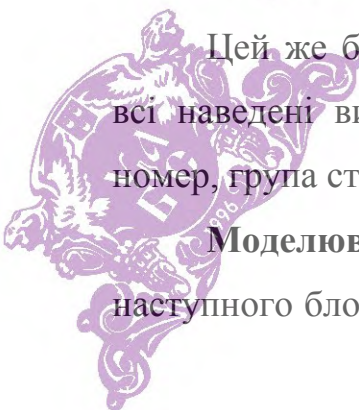
В кожному разі сума комісійних розраховується від частки перестраховика в сумі страхового платежу: $s_k = c_k \cdot s_p$, де $c_k \cdot 100$ – встановлений відсоток комісійних.

Відповідальність по кожному договору страхування розподіляється між страховиком та перестраховиком пропорційно до частки кожного з них у страховому платежі.

За замовчанням програма відтворює правила перестраховування відповідно до статистичних даних (квотне перестраховування по 4-й групі страхування при $b = 40000$ грн., $c_p = 0,1$, $c_k = 1$).

Цей же блок програми відповідає за ведення бази даних, де фіксуються всі наведені вище параметри та, крім того, дата укладення договору, його номер, група страхування тощо.

Модельовання процесу настання страхових випадків завдання наступного блоку програми. Процедура повертає процент v від страхової суми



s , який повинна виплатити страхова компанія клієнту по даному страховому випадку, якщо поточного дня страхового випадку не сталося, то маємо $v=0$.

Розподіл випадкової величини v , як правило, залежить від страхової суми і будується на базі бета-розподілу. Наприклад, для першої групи страхування функція щільності розподілу виглядає так:

$$f_v(x, s) = \begin{cases} 9,343 \cdot 10^{-5} \cdot f_\beta\left(\frac{x-0,88}{30}, 1,7\right) + (1 - 9,343 \cdot 10^{-5}) \cdot \delta(x), & s = 76500, \\ 9,582 \cdot 10^{-6} \cdot f_\beta\left(\frac{x-0,88}{30}, 1,7\right) + (1 - 9,582 \cdot 10^{-6}) \cdot \delta(x), & s \neq 76500, \end{cases} \quad (5.20)$$

де $f_\beta(x, \tau_1, \tau_2)$ – функція щільності бета розподілу з параметрами τ_1 та τ_2 .

Цей же блок програми відповідає за ведення бази даних по страхових випадках.

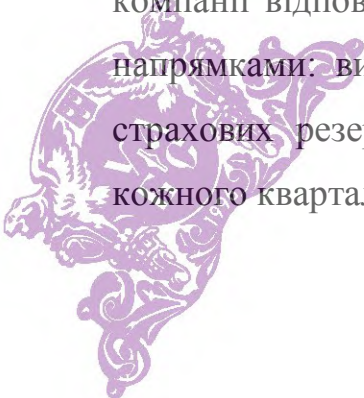
Модель доходу від інвестиційної діяльності подана у вигляді рекурентної формули:

$$w_i = w_{i-1} + q_n \left(0, \sqrt{\frac{0,05}{1 + |5 - w_{i-1}|^{0,5}}} \right), \quad (5.21)$$

де w_i дорівнює значенню проценту на поточний день, w_{i-1} – на попередній день, $q_n(m, \sigma)$ – реалізація нормально розподіленої випадкової величини з математичним сподіванням m та середньоквадратичним відхиленням σ .

Основна програма поєднує в собі всі, розглянуті вище блоки, узгоджує їх роботу та керує процесами відповідно до встановлених користувачем параметрів. Вона містить великий цикл, кожен перебіг якого відповідає одному дню роботи страхової компанії.

Також в основній програмі відбувається підрахунок та розподіл прибутку компанії відповідно до встановлених користувачем параметрів за наступними напрямками: виплата дивідендів; поповнення власного капіталу; поповнення страхових резервів; нові інвестиції. Цей перерозподіл відбувається в кінці кожного кварталу (в середньому через 91 день).



Даний програмний блок забезпечує накопичення, розрахунок та висвітлення в зручній формі підсумків фінансової діяльності компанії за результатами обчислювального експерименту. Користувач може обирати потрібний йому період часу, за який програма підбиває підсумки.

Для перевірки адекватності побудованої моделі проведемо серію обчислювальних експериментів і порівняємо результати зі статистичними даними.

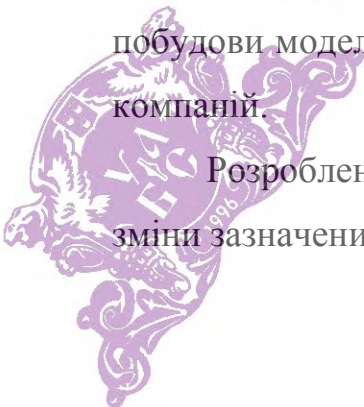
Для цього проведемо розрахунки за період $364 + 272 = 636$ днів і підіб'ємо підсумки за останні 272 дня. Такий підхід пояснюється тим, що перший рік функціонування моделі відтворює перехідний процес, який відбувається на початку діяльності нової компанії. Тому саме перші 272 дня функціонування моделі на другому році відповідають тим статистичним даним, які є у нашому розпорядженні. Для підвищення точності повторимо експеримент 5 раз. Результати розрахунків наведено в таблиці Т.1 додатку Т.

Як бачимо з таблиці Т.1 додатку Т, основні показники, отримані з моделі, лежать в межах статистичних похибок відповідних параметрів реальної компанії. Таким чином, побудована математична модель процесу функціонування страхової компанії та її програмна реалізація адекватно відтворюють основні характеристики обраної для моделювання компанії (СК).

Модель дозволяє аналізувати вплив на фінансову стійкість компанії зміни зовнішніх факторів: інтенсивності потоку клієнтів компанії та частоти настання страхових випадків, а також вплив внутрішніх управлінських рішень: способу розподілення прибутку; тарифної політика; умов договору перестраховання.

Отже, створене математичне та програмне забезпечення є зручним та потужним інструментом дослідження фінансової стійкості СК. Методика побудови моделі універсальна та може застосовуватись при дослідженні інших компаній.

Розроблену імітаційну модель використаємо для дослідження впливу зміни зазначених факторів на підсумки фінансової діяльності СК.



Методика досліджень наступна. Проводимо розрахунки на періоді часу тривалістю 2 роки, використовуючи стандартні умови діяльності компанії, визначені з статистичних даних. Тоді, за даними 2-го року можемо оцінити параметри стаціонарного режиму функціонування компанії в стандартних умовах.

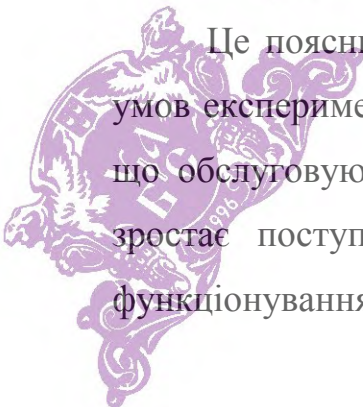
Після чого змінюємо параметри і продовжуємо розрахунок і ще протягом 2-х років. В результаті, підсумки 4-го року моделювання описують стаціонарний режим функціонування при змінених параметрах.

Для того, щоб мати можливість порівнювати результати, проведемо спочатку розрахунки при стандартних умовах протягом всіх 4-х років спостереження та проаналізуємо отримані результати (табл. Т.2 додатку Т).

Зауважимо, що нами під час розрахунків були встановлені такі параметри моделі: 1) початковий власний капітал – $1,003 \cdot 10^7$ грн.; 2) у тому числі інвестиційні ресурси – $8,024 \cdot 10^6$ грн.; 3) відсоток річних по інвестиціях – 7%; 4) початкові страхові резерви – 4253791,02 грн.; 5) витрати на ведення справи – 15%; 6) розподіл прибутку: а) поповнення власного капіталу – 90%; б) у тому числі інвестиційні ресурси – 72%; в) виплата дивідендів – 5%; г) поповнення страхових резервів – 5%. Вказані параметри залишаються незмінними в усіх обчислювальних експериментах.

Дані таблиці Т.2 додатку Т дозволяють: по-перше, побачити рівень випадкових флуктуацій того чи іншого показника діяльності компанії; по-друге, проаналізувати динаміку зміни показників. Наприклад, щодо приросту фінансових ресурсів компанії, маємо значне зростання на першому році діяльності, суттєве зменшення цього показника на другому році і стабілізацію значень на 3-му й 4-му році.

Це пояснюється тим, що обсяги надходжень від страхової діяльності за умов експерименту приблизно однакові в усі роки. Однак, кількість договорів, що обслуговуються, а, значить, і сума відповідальності компанії (рис. 5.18), зростає поступово від 0. Тому обсяг виплат, здійснених в перший рік функціонування, суттєво менший порівняно з наступними роками.



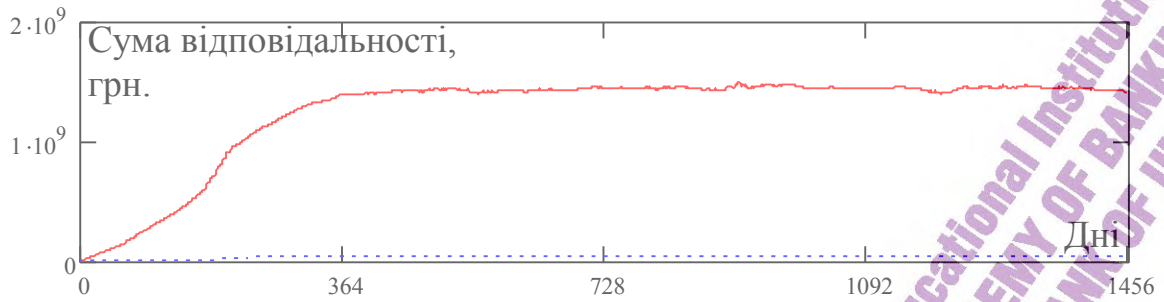


Рис. 5.18. Сума відповідальності ЧСК — та перестраховиків - -.

На другому році обсяги виплат суттєво зростають (майже вдвічі), а накопичений приріст капіталу (інвестицій) не достатній для того, щоб повністю амортизувати відповідні втрати. В зв'язку з цим, темпи росту компанії на 2-му році діяльності є найменшими. В наступні роки ситуація стабілізується і, більше того, за рахунок суттєвого збільшення інвестиційного капіталу спостерігається підвищення динаміки фінансового росту компанії. В чисельному вираженні маємо близько $5 \cdot 10^6$ грн. приросту активів в рік з тенденцією до росту.

Графічний аналіз даних таких як: потік клієнтів (рис. 5.19), надходження страхових премій, потік страхових виплат тощо, у безпосередньому вираженні досить складний. Цей факт пояснюється тим, що дані величини суттєво залежать від випадкових факторів (тому швидко змінюються з часом).

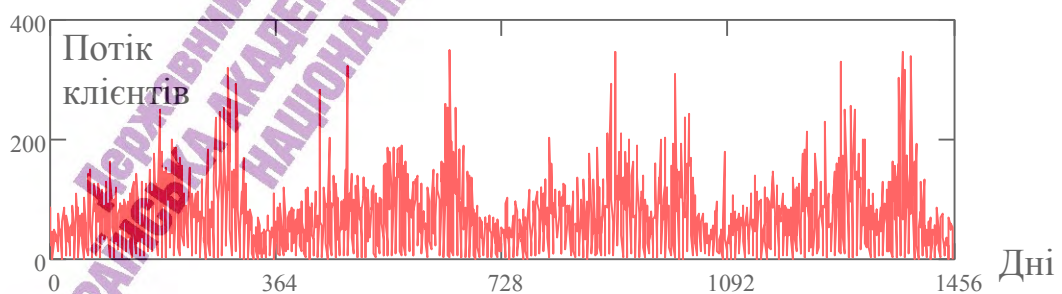
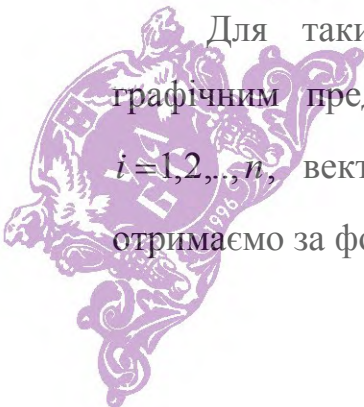


Рис. 5.19. Кількість договорів страхування укладених за день

Для таких швидкозмінних процесів надалі будемо користуватися графічним представленням кумулятивних (накопичених) даних. Якщо y_i , $i=1,2,\dots,n$, вектор денних показників, то вектор кумулятивних даних \tilde{y}_i отримаємо за формулою



$$\tilde{y}_i = \sum_{j=1}^i y_j, \quad i=1,2,\dots,n$$

Цей вираз фактично є формулою дискретного інтегрування. Зворотній перехід від кумулятивних до поточних даних при необхідності можна здійснити за формулою дискретного диференціювання

$$y_1 = \tilde{y}_1, \quad y_i = \tilde{y}_i - \tilde{y}_{i-1}, \quad i=2,3,\dots,n.$$

На рисунку 5.20 зображено кумулятивні дані по трьох основних показниках діяльності компанії: надходження страхових премій, сума страхових виплат, доходи компанії (страхові премії – страхові виплати + доходи від інвестиційної діяльності).

Страхові надходження ЧСК, виплати ЧСК, загальний баланс надходжень

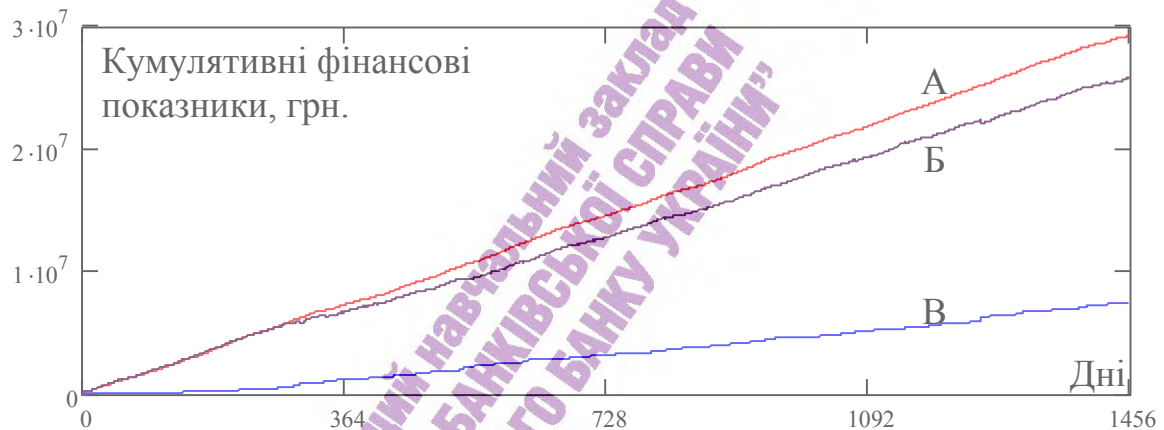


Рис. 5.20. Кумулятивні дані по страхових преміях (А), страхових виплатах (В) та доходах компанії (В)

Як видно з рисунку 5.20, перевагою такого відображення даних є те, що відсутні швидкі стрибки графіка, це дозволяє в одній системі координат розміщувати кілька графіків, проводити порівняльний аналіз. Крім того, процес інтегрування, як відомо, дозволяє певною мірою нівелювати (фільтрувати) вплив випадкових флуктуацій параметрів, а тому легко виявляти загальні тенденції розвитку [37; 389].

З рисунку 5.20 бачимо, що на першому році діяльності обсяг страхових виплат (крива В) не значний, інвестиційний капітал компанією також ще не накопичено, тому крива страхових премій А та доходів компанії Б майже співпадають. В наступні роки виплати суттєво зростають, тому крива доходів

відхиляється вниз від кривої А. Водночас зростають інвестиційні доходи, що певною мірою компенсує втрати, в зв'язку з цим крива Б істотно відрізняється від простої різниці кривих А і В.

Проаналізуємо тепер вплив на фінансову стійкість компанії зміни потоку клієнтів. В таблиці Т.3 додатку Т наведено основні фінансові показники компанії за 4-ий рік функціонування, за умови що з початку 3-го року діє той чи інший коефіцієнт на середню кількість договорів страхування. Всі інші параметри моделі залишаються незмінними. Для порівняння перша колонка таблиці містить дані, що отримані за стандартних умов. Рисунок Т.1 додатку Т ілюструє зміни в динаміці основних фінансових показників протягом 3-го і 4-го року.

Аналіз даних таблиці Т.3 додатку Т показує, що особливо критичним для компанії є перший рік після падіння потоку клієнтів, оскільки обсяги надходжень в цей рік значно зменшуються, а розмір відповідальності тривалий час залишається незмінним за рахунок договорів, укладених у попередній період. Через рік ситуація стабілізується, однак темпи росту компанії зменшуються. Значні втрати клієнтури компанії (близько 50% і більше) ведуть до фінансових втрат в початковий період та практично стагнації компанії в подальшому.

Можна підсумувати, що добавка кожних 10% до потоку клієнтів дає близько $0.6 \cdot 10^6 \div 1.2 \cdot 10^6$ грн. добавки до фінансового зростання компанії. І навпаки, втрата 10% від потоку клієнтів веде до зменшення фінансового приросту компанії на $0.3 \cdot 10^6 \div 0.5 \cdot 10^6$ грн. Отже, інтенсивність потоку укладення договорів страхування є надзвичайно важливим фактором, який критично впливає на всі основні фінансові показники діяльності компанії. Тому підтримання принаймні стабільного рівня (а краще збільшення) цього потоку є однією з головних задач менеджменту компанії.

Іншим надзвичайно важливим зовнішнім фактором, що впливає на фінансову стійкість компанії, є імовірність настання страхового випадку. Вказаний фактор безпосередньо впливає на інтенсивність здійснення

компанією страхових виплат, тому значне його збільшення, як видно з рисунку Т.2 та таблиці Т.4 додатку Т, може вести до банкрутства компанії.

Навпаки, зменшення імовірності настання страхових випадків веде до збільшення доходів компанії. Отже, слушно звернути увагу на проведення превентивних заходів, щодо зменшення кількості страхових випадків (наприклад, імунізація клієнтів у медичному страхуванні, тощо).

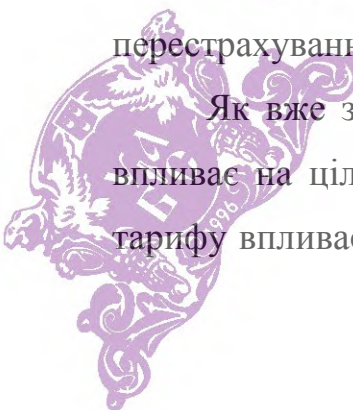
На рис. Т.2(в) крива кумулятивних доходів компанії, яка відповідає 200%-му зростанню потоку страхових випадків, спадає. Фактично це означає, що на досліджуваному проміжку часу компанія терпить збитки і при збереженні в подальшому ситуації незмінною вона неминуче розориться.

Зауважимо, що реакція моделі на зміну параметра «ймовірність настання страхового випадку» не настільки чітка, як у випадку зміни інтенсивності потоку клієнтів. Це пояснюється тим, що настання страхового випадку є подія багато більш рідкісна ніж укладання страхового договору.

За проведеними розрахунками, 3-кратне зростання (+200%) інтенсивності настання страхових випадків, не приводить до розорення компанії. Цей факт свідчить про надзвичайно високий рівень фінансової стійкості. Лише 4-кратне збільшення даного параметра критичне для існування компанії. Це пояснюється, у тому числі, й низьким значенням рівня виплат за стандартних умов функціонування компанії (за статистикою 23,77%).

Фактори впливу на фінансову стійкість компанії, розглянуті вище (інтенсивність потоку клієнтів, інтенсивність потоку настання страхових випадків) залежать в основному від зовнішньої ситуації, що складаються на страховому ринку. Далі розглядаємо вплив на фінансові підсумки діяльності компанії внутрішніх параметрів роботи компанії: тарифна політика, умови перестраховання.

Як вже зазначалося, зміна тарифної політики компанії складним чином впливає на цілу низку характеристик діяльності компанії. Насамперед, зміна тарифу впливає на інтенсивність потоку клієнтів і вже потім (опосередковано)



на надходження страхових премій, об'єми страхових виплат та загальну суму доходів компанії.

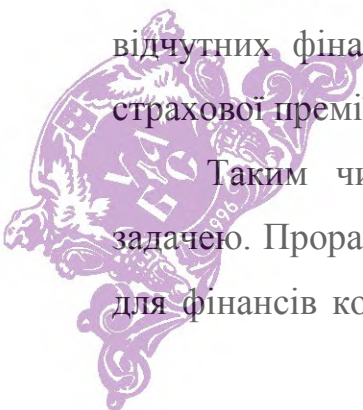
Раніше висувалась гіпотеза, що при низькому рівні виплат компанія має додаткові можливості збільшення доходів. В літературі розглядають точку максимуму доходів, що відповідає підвищеному рівню тарифів на 1÷3% порівняно з середньоринковим. При низькому рівні виплат (<50%) гіпотетично маємо додатковий максимум при 10÷20%-му зменшенні тарифу. Як видно з даних моделювання, наведених в таблиці Т.5 та на рисунку Т.3 додатку Т, дана гіпотеза підтверджується розрахунками.

Механізм утворення приросту доходів при зменшенні тарифів наступний: зменшення тарифів веде до значного збільшення потоку клієнтів і (хоча середній розмір страхової премії зменшується) в результаті сума надходження страхових премій збільшується. Слід зауважити, що при надзвичайно великому зниженні тарифів втрати від зменшення страхових премій разом з зростанням об'єму страхових виплат (більше клієнтів => більше виплат) переважають позитивний ефект від збільшення кількості клієнтів і доходи компанії зменшуються.

Збільшення тарифів дає позитивний ефект для фінансового зростання компанії, якщо воно лежить в межах 1÷3%. Такого ж зростання доходів компанії можна досягти за рахунок зменшення тарифів на 8÷12%. Однак, механізм цього зростання зовсім інший. Невелике зростання тарифів веде до незначних втрат потоку клієнтів, тому за рахунок збільшення середнього розміру страхових премій отримуємо збільшення доходів. Крім того, зменшення потоку клієнтів веде до зменшення суми страхових виплат.

Важливо відмітити, що значне підвищення тарифів (>10%) веде до відчутних фінансових втрат. За таких умов збільшення середнього розміру страхової премії не може компенсувати втрату клієнтури компанії.

Таким чином, оптимізація тарифної політики компанії є складною задачею. Прорахунки у вирішенні цієї задачі мають суттєво негативні наслідки для фінансів компанії. Тому обчислювальний експеримент на базі імітаційної



моделі діяльності компанії може бути зручним інструментом при вирішенні даної задачі та прогнозуванні результатів зміни тарифної політики.

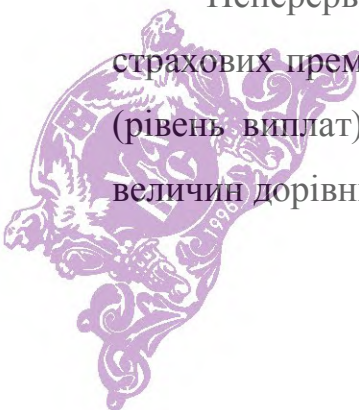
Наступне питання, яке вимагає досить складних математичних викладок, є вибір оптимальних параметрів договору перестраховання. Застосуємо методику, описану нами в підрозділі 5.3. Емпіричні розподіли страхових сум по всіх групах страхування вже отримані нами вище (рис. 5.16).

Розглянемо для прикладу 2-гу групу страхування. На другому етапі необхідно оцінити залежності між середнім розміром страхової премії та страховою сумою (рис. Т.4(а) додатку Т), а також між середнім розміром виплат і страховою сумою (рис. Т.4(б) додатку Т). На базі цих оцінок визначаємо залежність рівня виплат за договорами від страхової суми (рис. Т.4(в) додатку Т).

На третьому етапі розраховуємо залежності відносного рівня доходів та рівня виплат від значення порогу перестраховання b при квотному перестрахованні та перестрахованні експедента сум. У випадку квотного перестраховання приймаємо в розрахунках квоту перестраховика c_p рівною 30%. За 100% значення приймаємо суму страхових премій, що надходять в компанію при відсутності перестраховання. Результати розрахунків наведено на рисунку 5.21.

З рисунку 5.21 видно, що квотне перестраховання за даних умов дає зменшення рівня виплат лише при надзвичайно малих значеннях порога b . При цьому рівень доходів настільки сильно знижується, що можна зробити висновок про недоцільність використання договорів квотного перестраховання для 2-ї групи страхування.

Неперервною лінією на рисунку 5.21 позначено частку від суми страхових премій, яка надходить в доходи компанії та йде на страхові виплати (рівень виплат) при відсутності перестраховання. Розрахункові значення цих величин дорівнюють 54,845% та 45,155%, відповідно.



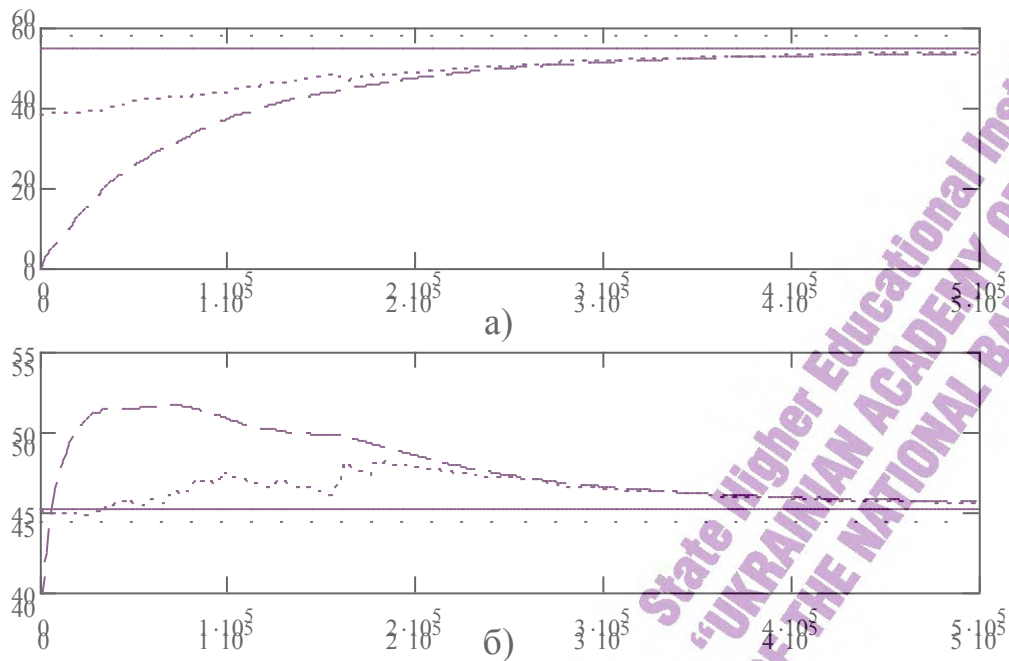


Рис. 5.21. Залежність доходів (а) і збитковості (б) від порогу перестраховання b при квотному перестрахованні - - - та перестрахованні ексцедента сум - - - -

При 30%-му квотному перестрахованні можемо досягти зменшення рівня виплат до рівня 44,974% при значенні порога перестраховання $b = 34000$ грн. Доходи при цьому зменшуються до 39,589%. При 10% частці перестраховика маємо відповідно для рівня виплат та доходів 45,107% та 49,76%.

Застосуємо моделювання для з'ясування впливу перестраховання на фінансові результати діяльності компанії. На рисунку Т.5 додатку Т зображено графіки кумулятивних показників компанії при двох типах перестраховання. У випадку квотного перестраховання поріг b встановлено на рівні 0,5 від середнього значення страхової суми по кожній групі страхування (доля перестраховика вибрана 10% та 20%). Поріг перестраховання ексцедента сум встановлено на рівні середнього значення страхової суми. Також прорахуємо результат при квотному перестрахованні 2-ї групи страхування та $b = 34000$ грн. і $c_p = 10\%$ (параметри визначені вище як оптимальні).

Зауважимо, що під час моделювання врахована виплата комісійних у розмірі 15% від суми платежу, що передається перестраховику.

Результати деяких із проведених розрахунків зведено в таблицю Т.6 додатку Т.

Розрахуємо за цими даними показник рівня виплат. При відсутності перестраховування маємо 25,9%; при квотному перестраховуванні (квота 10%) – 22,6%; при перестраховуванні ексцедента сум – 29%; при оптимізованих параметрах – 23,8%.

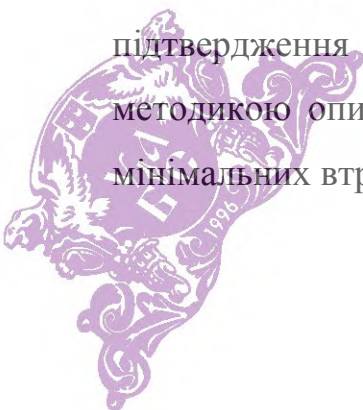
По рисунку видно, що квотне перестраховування на рівні 10% з порогом 0,5 від середньої страхової суми, а також квотне перестраховування з оптимізованими параметрами, дають приблизно однаковий результат щодо рівня виплат. Зауважимо, що нами оптимізовано параметри перестраховування лише по 2-ій групі страхування.

Отже, можна зробити висновок, що механізм перестраховування (за умов оптимального вибору параметрів) може бути успішно використаний для регулювання рівня виплат страхової компанії. Це підтверджується як теоретичними розрахунками, так і результатами імітаційного моделювання.

Таким чином, розглядаючи результати імітаційного моделювання, переконуємося в тому, що розроблена модель є розвиненим інструментом дослідження фінансової стійкості компанії та прогнозування фінансових результатів за впливу тих чи інших факторів (як зовнішніх, так і внутрішніх) [329].

Дослідження показують, що обрана компанія здатна досить тривалий час зберігати свою стійкість при зменшенні потоку клієнтів майже в 2-3 рази або при зростанні потоку страхових випадків до 3-х раз. Отже, маємо підтвердження високого рівня фінансової стійкості СК.

За допомогою імітаційного моделювання нами показано, що за існуючого рівня виплат компанія може досягти підвищення доходів як шляхом збільшення тарифів на 1-2%, так і шляхом їх зменшення на 10-15%. Крім того, отримано підтвердження того, що вибір оптимальних параметрів перестраховування за методикою описаною в підрозділі 5.3 дозволяє зменшувати рівень виплат за мінімальних втратах доходів.



Висновки до п'ятого розділу

Наведені у п'ятому розділі результати дослідження механізмів забезпечення фінансової стійкості страхових компаній дають підстави для наступних висновків:

1. Створення умов для подальшого розвитку вітчизняних страхових компаній та забезпечення їх фінансової стійкості потребує удосконалення нормативно-правової бази в таких важливих сферах як: організація діяльності актуаріїв; підвищення значимості перестрахової діяльності, зокрема запровадження ліцензування та встановлення вимог до рейтингу фінансової надійності (стійкості) страховиків-нерезидентів; використання в практиці діяльності українських страхових/перестрахових компаній міжнародних стандартів бухгалтерського обліку та фінансової звітності; зміщення акценту в діяльності тимчасових адміністраторів в бік інституту, призначеного для відновлення платоспроможності фінансових установ; перегляд системи оподаткування страховиків; визначення оптимальної кількості обов'язкових видів страхування та забезпечення посиленого державного контролю за впровадженням та здійсненням нових його видів; гармонізація чинних та нових нормативно-правових документів з Законом України «Про страхування»; перехід на нову європейську систему оцінки платоспроможності страхових компаній – Solvency II; визначення процедури та умов передачі частини або всього страхового портфелю від одного страховика іншому страховикові (іншим страховикам).

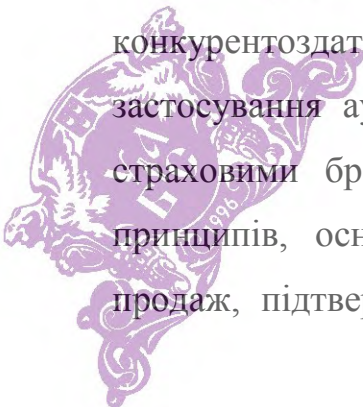
2. З'ясовано необхідність проведення активної державної політики для забезпечення комплексу дієвих заходів, спрямованих на формування та підтримання в належному стані системи захисту інтересів споживачів страхових послуг. Згадана система повинна спиратися на чіткий аналіз реальних потреб галузі та споживачів, зокрема доцільним є створення альтернативних судам механізмів розгляду суперечок з питань страхування, що забезпечуватиме швидкий, професійний та якісний розгляд спорів сторін у досудовому порядку; актуалізація питань, пов'язаних із створенням фонду



гарантування страхових виплат за договорами страхування життя; удосконалення регулювання діяльності осіб, які провадять діяльність на страховому ринку в якості аварійних комісарів; запровадження механізмів регулювання ризиків, притаманних діяльності страхових компаній тощо.

3. Одним з найбільш складних та важливих завдань у ланцюзі реформ транзитивного періоду є створення конкурентоспроможного національного страхового ринку. Обґрунтовано, що його виконання вимагає здійснення таких заходів, як: 1) забезпечення максимальної прозорості ринку за рахунок надання зацікавленим особам максимальних обсягів достовірної та доступної для розуміння й аналізу інформації; 2) подальший розвиток видів страхування відповідальності, майнового страхування, особового страхування; 3) формування адекватної системи фахової підготовки і сертифікації фахівців зі страхування; 4) адаптація вітчизняного законодавства, у сфері страхового посередництва, до вимог законодавства Європейського Союзу, зокрема з питань страхування професійної відповідальності страховими брокерами; 5) перегляд розмірів плати за видачу ліцензій страховим компаніям (в бік її збільшення); 6) визначення характеристик та кваліфікаційних ознак видів добровільного страхування та удосконалення системи обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів, як одного з найбільш поширених видів страхування в Україні тощо.

4. Закономірності розвитку страхового ринку України зумовили настання переломного моменту, суть якого полягає в тому, що ініціатива та домінування в парі «страховик-страхувальник» зміщується в бік страхувальника, отже вимоги до ефективності роботи страховиків повсякчас зростають. З урахуванням цього, запропоновано механізм підвищення рівня конкурентоздатності та фінансової стійкості страхової компанії шляхом застосування аутсорсингу, зокрема забезпечення збуту страхових продуктів страховими брокерами. Доцільність цього кроку доведена з урахуванням принципів, основних завдань та етапів реалізації технології брокерських продаж, підтверджена даними аналізу «матриці аутсорсингу», яка дозволяє

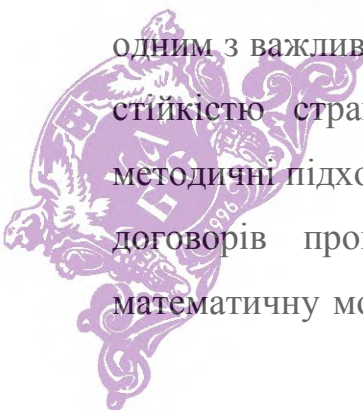


визначити основні переваги організації продажів страхових продуктів страховими брокерами та сприяє системному розгляду ризиків, які можуть виникати при використанні зазначеної моделі взаємодії страховиків, страхових брокерів та споживачів страхових послуг.

5. Невід'ємною частиною функціонування страховика, що забезпечує структурування та організацію всіх напрямків діяльності страхової компанії є контролінг. Обґрунтовано методологічні підходи до формування системи комплексного управління фінансовою стійкістю страхової компанії за рахунок побудови та використання контролінгу фінансової стійкості страхової компанії, з огляду на виділення основних завдань та інструментів контролінгу в напрямках базової ділової стратегії, маркетингу, андеррайтингу, персоналу та фінансів страховика, що дозволяє забезпечити поступальний прогресивний розвиток страховика в умовах ринкового середовища, посилення конкуренції і непрогнозованого впливу на його діяльність дестабілізуючих факторів.

6. Виокремлено специфічні ознаки перестраховування та доведено неможливість їх ототожнення з ознаками, властивими страхуванню. Уточнено сутність дефініції «перестраховування» з урахуванням того факту, що страховик може одночасно виступати і як перестраховувальник, і як перестраховик. Вказано, що перестраховик, фінансово підтримуючи страхову компанію, сприяє розширенню її діяльності за рахунок прийняття на страхування більшої кількості ризиків. В зв'язку з цим, перестраховування для перестраховувальника – це, насамперед, один з механізмів управління фінансовою стійкістю, а для перестраховика – спосіб отримання додаткових грошових надходжень за рахунок страхування частини ризиків іншої страхової компанії.

7. За результатами дослідження встановлено, що перестраховування є одним з важливих інструментів керування рівнем виплат, а, отже, і фінансовою стійкістю страхової компанії. В зв'язку з цим, запропоновано науково-методичні підходи до визначення оптимальних умов квотного та ексцедентного договорів пропорційного перестраховування; на цій підставі розроблено математичну модель, яка ілюструє процедуру вибору оптимальних параметрів

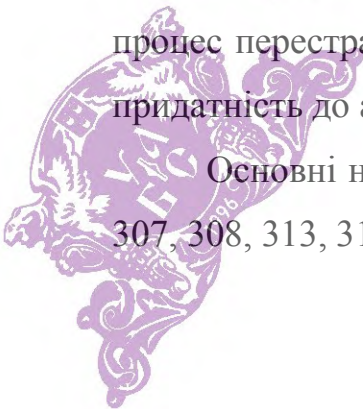


перестраховання, та, в разі її практичного застосування, дозволяє: по-перше, розрахувати залежність доходу та рівня виплат страховика від параметрів договору перестраховання; по-друге, вибирати оптимальні значення параметрів, виходячи з необхідного рівня виплат та умов максимізації доходів.

8. Важливість розвитку професійного перестраховання та створення інституту професійних перестраховиків в Україні є одним із пріоритетних завдань подальшого становлення вітчизняної страхової системи. Доведено, що для реалізації цього завдання необхідно вирішити комплекс питань: законодавчого врегулювання відносин на ринку перестрахових послуг; запровадження системи ліцензування перестрахової діяльності; підвищення встановленого нормативу мінімальної величини статутного фонду українського перестраховика; забезпечення умов для створення професійного тандему українських страховиків і перестраховиків; встановлення права займатися перестрахованням життя для спеціалізованих перестраховиків; запровадження заходів, спрямованих на забезпечення підвищення іміджу перестраховання; забезпечення транспарентності діяльності страхових компаній; сприяння розвитку наукового та кадрового потенціалу українського страхового та перестрахового ринку.

9. Проведено стрес-тестування фінансової стійкості страхової компанії на основі побудованої математичної моделі діяльності страхової компанії, яка задовольняє наступним вимогам: адекватне відтворення основних параметрів функціонування страхової компанії (інтенсивність потоків страхових платежів і виплат страхових відшкодувань тощо); врахування стохастичного характеру процесів страхування; гнучке керування параметрами моделі, що описують поведінку компанії (тарифна політика, розподіл прибутку, виплата дивідендів, процес перестраховання тощо); можливість впливати на інтенсивність потоків; придатність до алгоритмізації та побудови обчислювальної імітаційної моделі.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях [297, 298, 300, 307, 308, 313, 315, 316, 321, 323, 324, 325, 327, 331, 349, 351, 354, 360].



ВИСНОВКИ

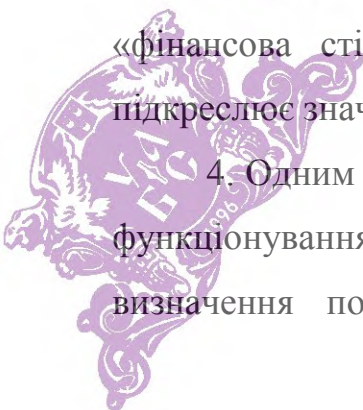
У дисертації наведено теоретичне узагальнення й нове розв'язання актуальної наукової проблеми, що полягає в розробці теоретико-методологічних положень та формалізації науково-методичних підходів до оцінки й забезпечення фінансової стійкості страхових компаній. Результати дослідження дозволили сформулювати такі основні висновки:

1. Фінансова стійкість страхових компаній є основним фактором, за допомогою якого інститут страхування може повноцінно виконувати свою багатопланову роль у процесі суспільного відтворення. Необхідність підтримання фінансової стійкості страхових компаній зумовлюється зацікавленістю держави в соціальній стабільності в суспільстві, прагненням страхувальників до швидкої і достатньої нейтралізації наслідків негативних випадкових подій, а страховиків – до зміцнення їх позицій на ринку, задоволення інтересів власників та подальшого поступового розвитку компаній.

2. Існуючі теоретико-методологічні концепції забезпечення фінансової стійкості страхових компаній є певною мірою однобічними, оскільки базуються лише на дослідженні економічних підходів її досягнення, здебільшого без врахування впливу ризиків страхової діяльності, а також без належної уваги дослідженню систем ефективного управління, що уособлюють використання адекватних вимогам часу організаційно-управлінських підходів до забезпечення фінансової стійкості страховиків.

3. Аналіз існуючих теоретико-методологічних підходів до трактування сутності поняття «фінансова стійкість страхової компанії» засвідчив, що загальноприйнятий його зміст на сьогодні відсутній. На основі критичного аналізу літературних джерел удосконалено визначення сутності поняття «фінансова стійкість страхової компанії», яке на відміну від існуючих, підкреслює значимість організації вхідних і вихідних грошових потоків.

4. Одним із найважливіших чинників зростання економіки є створення та функціонування стійкої і потужної страхової системи. В економічній літературі визначення поняття «страхова система» одиничні, до того ж існуючі

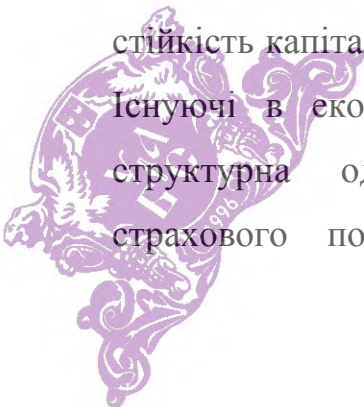


трактування його змісту роблять його тотожним поняттю «страховий ринок». Проведене дослідження засвідчило необхідність розмежування вищезазначених понять і на цій підставі дало змогу стверджувати, що поняття «страховий ринок» за своїм економічним змістом є вужчим від поняття «страхова система». Фінансова стійкість окремих страховиків та фінансова стійкість страхової системи в цілому тісно взаємопов'язані та взаємозалежні. Відсутність унормованих понять «фінансова стійкість страхової системи» та «фінансова стабільність страхової системи» і трактувань їх змісту зумовлює необхідність введення зазначених понять у науковий обіг та їх чіткого тлумачення.

5. Дотримання фінансової стійкості страхових компаній неможливе без уточнення типології ризиків страхової діяльності та ризикоутворюючих факторів. У визначенні типології властивих діяльності страхових компаній ризиків велика увага має бути приділена андеррайтинговій, кредитній та ліквіднісній складовим страхового ризику страховика. Мінімізація ризику недотримання фінансової стійкості страховика і підвищення ефективності управління ним досяжні за детального аналізу відповідних ризикоутворюючих факторів і опису цього ризику на основі фасетної класифікаційної структури, що дозволяє ідентифікувати очікуваний ризик недотримання фінансової стійкості та визначати якісні характеристики, які впливають на нього.

6. Забезпечення фінансової стійкості страхових компаній уможливорює повноцінне виконання інститутом страхування своєї багатопланової ролі у процесі суспільного відтворення та успішне залучення страховиками інвестицій на міжнародних ринках капіталу для розширення та модернізації власного бізнесу.

7. Важливими елементами фінансової стійкості страхових компаній є стійкість капіталоутворюючої бази страховика і стійкість страхового портфеля. Існуючі в економічній літературі базові характеристики (статистична та структурна однорідність, рівновага, стабільність, диверсифікованість) страхового портфеля мають бути уточнені і доповнені такими, як



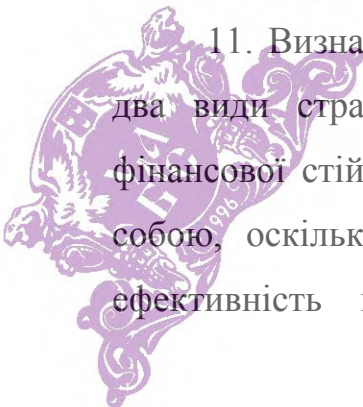
перестраховальна стійкість, гнучкість реагування на ринкову ситуацію та безпечність.

8. Комплексний підхід до забезпечення фінансової стійкості страхових компаній вимагає з'ясування впливу на неї і таких організаційно-управлінських чинників, як стійкість кадрового складу, організаційно-структурна стійкість, стійкість регіональної мережі, стійкість ділової репутації, підтримання належного рівня яких досягається за допомогою впровадження адекватних вимогам часу організаційно-управлінських заходів.

9. Об'єктивність і повноцінність оцінювання фінансової стійкості страхових компаній можлива лише за чіткого визначення принципів його організації, використання досконалих методів його здійснення і розробки відповідної системи показників-індикаторів. Індикатори фінансової стійкості мають характеризувати поточну фінансову стійкість, дохідність та прибутковість діяльності страховика, а також відображати потенційну уразливість до ризиків. Зазначені індикатори повинні бути складовим елементом комплексної системи пруденційного регулювання діяльності страхових компаній, що включає також моніторинг ситуації, діагностику тенденцій, сценарний аналіз, стрес-тестування, системи раннього попередження.

10. Для підвищення рівня фінансової стійкості страхових компаній слід удосконалювати оцінку платоспроможності страховиків відповідно до основних вимог Solvency II з використанням комплексного підходу до розрахунку нормативного показника платоспроможності, що враховує як страховий, так і ринковий, кредитний та операційний ризики, на які наражається страхова компанія в процесі здійснення своєї діяльності.

11. Визначення особливостей процесу рейтингування дозволяє виділити два види страхових рейтингів залежно від об'єкта оцінювання: рейтинг фінансової стійкості та рейтинг страхових продуктів, які тісно пов'язані між собою, оскільки якісні характеристики страхових продуктів впливають на ефективність надання страхового захисту. Удосконалення класифікації

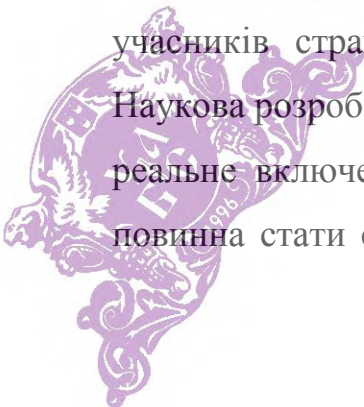


різновидів рейтингів фінансової стійкості досягається за рахунок виділення таких класифікаційних ознак, як характер і обсяг інформації, яка використовується в процесі рейтингового оцінювання, спеціалізація діяльності страхових компаній, глибина проведення аналізу, метод побудови, територіальна ознака, рівень управління, статика/динаміка, спосіб оцінювання.

12. Формулювання основних показників якості пропонованої рейтингової системи – відкритість, відтворюваність результатів, корельованість результатів з відомими рейтингами, властивості динаміки рейтингу та його стійкість у часі – забезпечує удосконалення підходу до рейтингової оцінки фінансової стійкості страхових компаній за рахунок використання неперервних функцій на всій числовій осі, що апроксимують дискретнозначні функції з системи, пропонованої регулятором, та зміни складу проміжних показників.

13. В умовах фінансово-економічної кризи проявляється ряд специфічних джерел ризиків, дія яких спричиняє надзвичайно нестійкий характер процесу відтворення страхового капіталу в Україні та, як наслідок, нестабільність функціонування більшості страхових компаній, що позначається на їх неспроможності виконувати належним чином взяті на себе зобов'язання. Основними механізмами забезпечення фінансової стійкості страховиків в умовах фінансової кризи є: удосконалення нормативно-правового забезпечення системи нагляду та контролю за діяльністю страховиків; підвищення захисту інтересів споживачів страхових послуг; посилення дієвості заходів щодо підвищення конкурентоспроможності національного страхового ринку.

14. Поступова активізація ролі страхувальника в процесі споживання страхових послуг зумовлює використання аутсорсингу збуту страхових послуг через страхових брокерів, що призведе до виникнення нових моделей взаємодії учасників страхового ринку і визначить трансформацію страхової галузі. Наукова розробка та послідовна реалізація комплексу заходів, які спрямовані на реальне включення та активізацію ролі споживачів у страхових відносинах, повинна стати серцевиною модернізації вітчизняного страхування, без якої, в

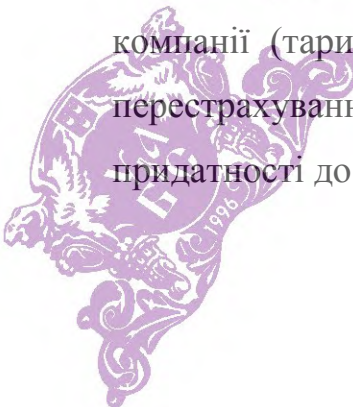


свою чергу, неможливо подолати застійні явища на українському страховому ринку та підвищити фінансову стійкість страхових компаній.

15. Система комплексного управління фінансовою стійкістю страхових компаній має базуватись на контролінгу фінансової стійкості страховиків, визначенні його основних завдань та інструментів стосовно базової ділової стратегії, маркетингу, андеррайтингу, персоналу та фінансів страхової компанії, що дозволяє забезпечити поступальний прогресивний розвиток страховика в умовах ринкового середовища, посилення конкуренції і непрогнозованого впливу на його діяльність дестабілізуючих факторів.

16. Комплексне трактування сутності дефініції «перестраховання» дозволяє враховувати функціональне призначення перестраховання з метою забезпечення фінансової стійкості як для перестраховувальника, так і для перестраховика. Визначення оптимальних умов квотного та ексцедентного договорів пропорційного перестраховання дає змогу розробити математичну модель, яка ілюструє процедуру вибору оптимальних параметрів перестраховання, та, в разі її практичного застосування, дозволяє: по-перше, розрахувати залежність доходу та рівня виплат страховика від параметрів договору перестраховання; по-друге, вибирати оптимальні значення параметрів, виходячи з необхідного рівня виплат та умов максимізації доходів.

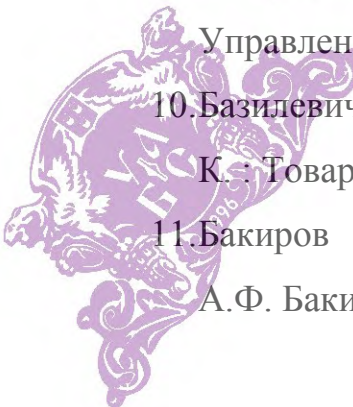
17. Стрес-тестування фінансової стійкості страхової компанії слід здійснювати на основі математичної моделі її діяльності, яка задовольняє вимогам: адекватного відтворення основних параметрів функціонування страхової компанії (інтенсивність потоків страхових платежів і виплат страхових відшкодувань тощо); врахування стохастичного характеру процесів страхування, гнучкого керування параметрами моделі, що описують поведінку компанії (тарифна політика, розподіл прибутку, виплата дивідендів, процес перестраховання тощо); можливості впливати на інтенсивність потоків; придатності до алгоритмізації та побудови обчислювальної імітаційної моделі.



State Higher Educational Institution
UKRAINIAN ACADEMY OF BANKING
OF THE NATIONAL BANK OF UKRAINE

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамов В.Ю. Страхование: теория и практика / В.Ю. Абрамов. – М. : Волтерс Клувер, 2007. – 512 с.
2. Агеев Ш.Р. Страхование : теория, практика и зарубежный опыт / Ш.Р . Агеев, Н.М. Васильев, С.Н. Катырин. – М. : Экспертное бюро-М., 1998. – 376 с.
3. Азаренкова Г. Новий підхід до визначення оцінки фінансової стабільності розвитку банку / Г. Азаренкова, О. Головка // Вісник НБУ. – 2009. – №9. – С. 18–21.
4. Александрова М.М. Страхування : Навчально-методичний посібник / М.М. Александрова. – К. : ЦУЛ, 2002. – 208 с.
5. Андреева О. Сучасні тенденції розвитку страхового бізнесу в умовах глобалізації світової економіки / О. Андреева // Фінансовий ринок України. – 2007. – №1. – С. 30–32.
6. Аранчій В.І. Фінансова діяльність підприємств : Навчальний посібник / В.І. Аранчій, В.Д. Чумак, О.Ю. Смолянська, Л.В. Черненко – К. : ВД «Професіонал», 2004. – 240 с.
7. Архипов А.П. Основы страхового дела. Учебное пособие / А.П. Архипов, В.Б. Гомеля. – М. : „Маркет ДС”, 2002. – 402 с.
8. Архипов А.П. Страхование. Современный курс : учебник / А.П. Архипов, В.Б. Гомеля, Д.С. Туленты : под ред. Е.В. Коломина. – М. : Финансы и статистика, 2007. – 416 с.
9. Баданова А.Г. Управление рисками промышленных предприятий с использованием инструментов страховой защиты / А.Г. Баданова // Управление риском. – 2004. – №1. – С. 24–33.
10. Базилевич В.Д. Страховий ринок України : Монографія / В.Д. Базилевич. – К. : Товариство «Знання», КОО, 1998. – 374 с.
11. Бакиров А. Ф. Формирование и развитие рынка страховых услуг / А.Ф. Бакиров, Л.М. Кликич. – М. : Финансы и статистика, 2007. – 304 с.



12. Балабанов И.Т. Страхование / И.Т. Балабанов, А.И. Балабанов. – СПб. : Питер, 2002. – 256 с.
13. Баранов А. Теоретичні засади управління страховим портфелем / А. Баранов // Ринок цінних паперів. – 2006. – №3–4. – С. 35–38.
14. Баранова В.Г. Фінансовий механізм функціонування страхової системи : монографія / В.Г. Баранова. – Одеса: Видавництво «ВМВ», 2009. – 380 с.
15. Барановський О.І. Стійкість банківської системи України / О.І. Барановський // Фінанси України. – 2007. – №9. – С. 78–87.
16. Барановський О.І. Фінансова безпека в Україні (методологія оцінки та механізми забезпечення) : Монографія / О.І. Барановський. – К. : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2004. – 759 с.
17. Батасова Э.О. Развитие инструментальных методов анализа финансовой устойчивости промышленного предприятия / Э.О. Батасова / Автореф. на соискание степени канд. экон. наук : 08.00.12. – М., 2009. – 24 с.
18. Батковський В.А. Рейтингова оцінка діяльності банків / В.А. Батковський // Фінанси України. – 2004. – №5. – С. 145–150.
19. Батракова Л.Г. Экономический анализ деятельности коммерческого банка : Учебник для вузов / Л.Г. Батракова. – М. : Логос, 2001. – 344 с.
20. Белоусова И.А. Возможности контроллинга в управлении предприятием / И.А. Белоусова // Економіка та держава. – 2007. – №5. – С. 27–28.
21. Бесфамильная Л.В. Качественные показатели роста отечественного страхового рынка : основные приоритеты и пути совершенствования / Л.В. Бесфамильная, В.С. Таврель // Страховое дело. – 2009. – №3. – С. 8–17.
22. Бицька Н.З. До питання про оцінку фінансової стійкості комерційних банків / Н.З. Бицька, Д.М. Чирка // Фінанси України. – 1997. – №6. – С. 43–47.
23. Бігдаш В.Д. Страхування : Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / В.Д. Бігдаш – К. : МАУП, 2006. – 448 с.



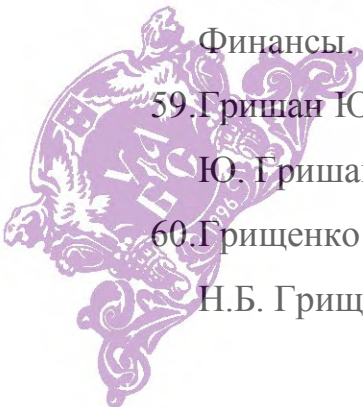
24. Білик М.Д. Фінансовий аналіз : Навч. посібник / М.Д. Білик, О.В. Павловська, Н.М. Притуляк, Н.Ю. Невмержицька. – К. : КНЕУ, 2005. – 592 с.
25. Бланк И.А. Основы финансового менеджмента / И.А. Бланк. – К.: Ника-Центр, 1999. – т. 1. – 592 с.
26. Большой экономический словарь / Под ред. А.Н. Азрилияна. — М. : Институт новой экономики, 1997. — 1376 с.
27. Большой энциклопедический словарь. — М. : Большая российская энциклопедия, 1997. – 1456 с.
28. Брагинский М.И. Договорное право. Книга третья : Договоры о выполнении работ и оказании услуг : Изд. доп., испрв. / М.И. Брагинский, В.В. Витрянский. – М. : Статут, 2002. – 700 с.
29. Брилинг М.Г. Аутсорсинг – важный элемент управленческого консультирования / М.Г. Брилинг // Страховое дело. – 2006. – №2. – С. 49–50.
30. Важенина И.С. Деловая репутация банка: особенности формирования и управления / И.С. Важенина // Финансы и кредит. – 2006. – №27 (231). – С. 2–8.
31. Василенко А.В. Інвестиційна стратегія страхових компаній. Навч. посіб. / А.В. Василенко. – К. : КНЕУ, 2006. – 168 с.
32. Вентцель А.Д. Курс теории случайных процессов / А.Д. Вентцель. – М. : Наука, 1976. – 402 с.
33. Веремеев В.В. Система гарантий сохранения сбережений населения в полисах страхования жизни / В.В. Веремеев // Автореф. на соискание степени канд. экон. наук : 08.00.10. – М., 2008. – 22 с.
34. Веселовский М.Я. Страховой сервис : учеб. пособие / М.Я. Веселовский. – М. : Альфа-М: ИНФРА-М, 2007. – 288 с.
35. Вимоги до рейтингів фінансової надійності (стійкості) страховиків та перестраховиків-нерезидентів, затв. Розпорядженням Державної комісії з



- регулювання ринків фінансових послуг України від 03.12.2004 №2885 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>.
36. Віленчук О.М. Перестраховання екологічних ризиків: стан та перспективи розвитку в Україні / О.М. Віленчук // Фінанси України. – 2006. – №11. – С. 90–97.
37. Виленкин С.Я. Статистическая обработка результатов исследования случайных функций / С.Я. Виленкин. – М. : Энергия, 1979. – 320 с.
38. Внукова Н. Рейтинговые системы в управлении развитием национального страхового рынка в условиях интеграционных процессов / Н. Внукова // Финансовые услуги. – 2006. – №4. – С. 21–22.
39. Воблый К.Г. Основы экономии страхования / К.Г. Воблый. – М. : Анкил, 1995. – 228 с.
40. Вовчак О.Д. Страхування : Навчальний посібник / О.Д. Вовчак. – Львів : „Новий Світ-2000”, 2004. – 480 с.
41. Волков В.В. Развитие конкурентной среды российского страхового рынка / В.В. Волков // Автореф. дис. на соискание ступени канд. экон. наук : 08.00.10 // Российская экономическая академия им. Г. В. Плеханова. – Москва, 2009. – 26 с.
42. Временко Л. Пруденційні режими регулювання страхової діяльності : цілі, задачі, інструменти / Л. Временко, О. Корват // Страхова справа. – 2009. – №1. – С. 60–64.
43. Габидулин И. Есть интересный подход к рейтинговой оценке страхового рынка / И. Габидулин // Финансовые услуги. – 2003. – №4. – С. 19.
44. Гаврилюк О.В. Ідентифікація аутсорсингу / О.В. Гаврилюк // Фінанси України. – 2006. – №10. – С. 139–153.
45. Галушко М.А. Договор страхования как основа возникновения страхового обязательства / М.А. Галушко // Страховое право. – 2002. – №3. – С. 3–21.
46. Гаманкова О.О. Фінанси страхових організацій : Навч. посіб. / О.О. Гаманкова. – К. : КНЕУ, 2007. – 328 с.



47. Гаманкова О.О. Ринок страхових послуг України: теорія, методологія, практика : монографія / О.О. Гаманкова. – К. : КНЕУ, 2009. – 283 с.
48. Гаспарян А.Э. К вопросу оценки результатов управления деятельностью страховой компании / А.Э. Гаспарян // Страховое дело. – 2007. – №6. – С. 49–58.
49. Гварлиани Т.Е. Денежные потоки в страховании / Т.Е. Гварлиани, В.Ю. Балакирева. – М. : Финансы и статистика, 2004. – 336 с.
50. Гвозденко А.А. Основы страхования : Учебник / А.А. Гвозденко. – М. : Финансы и статистика, 1998. – 304 с.
51. Гвозденко А.А. Финансово-экономические методы страхования : Учебник / А.А. Гвозденко. – М.: Финансы и статистика, 1998. – 184 с.
52. Гинзбург А.И. Страхование / А.И. Гинзбург. – СПб. : Питер, 2002. – 176 с.
53. Глущенко В.В. Управление рисками. Страхование / В.В. Глущенко. – Железнодорожный, Московская область : ТОО НПЦ «Крылья», 1999. – 336 с.
54. Гмурман В.Е. Теория вероятностей и математическая статистика / В.Е. Гмурман. – М. : Высшая школа, 1998. – 479 с.
55. Гомелля В.Б. Страхование : учеб. пособие / В.Б. Гомелля. – 2-е изд. перераб. и доп. – М. : „Маркет ДС Корпорейшн”, 2006. – 488 с.
56. Горбач Л.М. Страховая справа : Навч. посібник. – 2-ге вид., виправлене / Л.М. Горбач. – К. : Кондор, 2003. – 252 с.
57. Граве К.А. Страхование / К.А. Граве, Л.А. Лунц. – М. : Госюриздат, 1960. – 175 с.
58. Гребенщиков Э.С. Финансовый кризис в мире: последствия и уроки для страхового бизнеса, регуляторов и страхователей / Э.С. Гребенщиков // Финансы. – 2009. – №3. – С. 53–57.
59. Гришан Ю. Проблемы реформирования медицинской отрасли в Украине / Ю. Гришан // Insurance Top. – 2006. – №4. – С. 32–34.
60. Грищенко Н.Б. Основы страховой деятельности : учеб. пособие / Н.Б. Грищенко. – М. : Финансы и статистика, 2008. – 352 с.



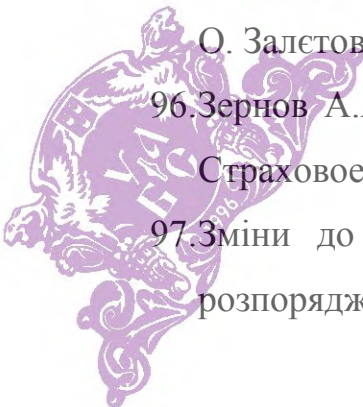
61. Гусев Ю. Гарантированное довольствие / Ю. Гусев // Бизнес. – 2010. – №5. – С. 26–28.
62. Гусев Ю. Халифы на час // Бизнес. – 2009. – №27. – С. 28–29.
63. Гуштеров Д.Х. О понятии технического риска страховщика / Д.Х. Гуштеров // Финансы. – 2006. – №11. – С. 57–58.
64. Давидович І. Оперативний контролінг та його роль в управлінні діяльністю підприємств і організацій / І. Давидович // Вісник ТАНГ. – 2006. – №2. – С. 85–95.
65. Дадьков В.Н. Анализ финансового положения страховой компании – участника программы страхования имущества, предоставленного банку в залог / В.Н. Дадьков, А.А. Романова // Финансы. – 2006. – №3. – С. 34–39.
66. Дадьков В.Н. Анализ финансовой деятельности предприятия в разрезе страховой организации / В.Н. Дадьков, Ж.Ю. Симоненко // Страхование дело. – 2008. – №10. – С. 40–57.
67. Дайле А. Практика контроллинга: Пер. с нем. / Под ред. и с пред. М. Л. Лукашевича, Е. Н. Тихоненковой. – М. : Финансы и статистика, 2001. – 335 с.
68. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка : В 4 т. / В.И. Даль. — СПб. : Диамант, 1998. — Т. 4. – 688 с.
69. Дафт Р.Л. Менеджмент / Р.Л. Дафт. – СПб : Питер, 2000. – 832 с.
70. Дедиков С.В. Факторы оценки надежности перестраховых компаний на российском страховом рынке / С.В. Дедиков, А.А. Шумилин // Финансы. – 2007. – №1. – С. 48–51.
71. Декрет Кабінету Міністрів України «Про страхування» від 10.05.1993 № 47-93П [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.
72. Деменіна О.М. Організаційно-економічні аспекти формування системи оперативного контролінгу на вітчизняних підприємствах / О.М. Деменіна // Проблеми науки. – 2008. – №8. – С. 32–37.
73. Денисенко М.П. Гроші та кредит у банківській справі. Навч. посібник / М.П. Денисенко. – К.: Алерта, 2004. – 478 с.



74. Дідик Л.М. Рейтингова оцінка підприємств / Л.М. Дідик // Фінанси України. – 1999. – №5. – С. 27–34.
75. Дубко С. Путь к развитию страхового рынка – повышение его открытости / С. Дубко // Ежемесячный информационный бюллетень агентства «Кредит-Рейтинг». – 2008. – №5. – С. 1–2.
76. Дубовик В.П. Вища математика : Навчальний посібник / В.П. Дубовик, І.І. Юрик. — К. : А.С.К., 2001. – 648 с.
77. Европа зарубила рейтинги // Инвестгазета. – 2009. – №12. – С. 64.
78. Ермасов С.В. Страхование : учебник / С.В. Ермасов, Н.Б. Ермасова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Высшее образование, Юрайт-Издат, 2009. – 613 с.
79. Ефимов С.Л. Деловая практика страхового агента и брокера : Учебное пособие / С.Л. Ефимов. – М. : Страховой полис, ЮНИТИ, 1996. – 416 с.
80. Ефимов С.Л. Организация управления страховой компанией : теория, практика, зарубежный опыт / С.Л. Ефимов. – М. : Российский юридический издательский дом, 1995. – 154 с.
81. Єрмошенко А.М. Нова політика у сфері платоспроможності страхових компаній Європейського співтовариства / А.М. Єрмошенко, В.В. Поплавська // Фінанси України. – 2007. – №11. – С. 103–109.
82. Єрохін С.А. Фінансово-економічний механізм глобалізації / С.А. Єрохін // Актуальні проблеми економіки. – 2006. – №9. – С. 151–158.
83. Жарковская Е.П. Банковское дело : Учебник 4-е изд., испр. и доп. / Е.П. Жарковская. – М. : Омега-Л, 2006. — 452 с.
84. Жеребко А.Э. Совершенствование финансового менеджмента рискованных видов страхования / А.Э. Жеребко. – М. : Анкил, 2003. – 128 с.
85. Загородній А.Г. Фінансовий словник / А.Г. Загородній, Г.Л. Вознюк, Т.С. Смовженко. – 3-тє вид., випр. та доп. – К. : Т-во «Знання», КОО, 2000. – 587 с.



86. Закирова Э.Р. Оптимизация структуры денежного капитала страховых компаний / Э.Р. Закирова // Автореф. на соискание степени канд. экон. наук : 08.00.10. – Екатеринбург, 2005. – 21 с.
87. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування» від 7 липня 2005 р. №2774-IV // [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
88. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування» від 04.10.2001 № 2745-III [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.
89. Закон України «Про господарські товариства» від 19.09.1991 № 1576-XII [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.
90. Закон України «Про оподаткування прибутку підприємств» від 28 грудня 1994 р. №334/94-ВР [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
91. Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 № 85/96-ВР (із змінами та доповненнями) [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.
92. Закон України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12 липня 2001 року № 2664-III [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.
93. Залетов А. Перестрахование в условиях глобализации мировой экономики / А. Залетов. – Insurance Top. – 2008. – №4. – С. 7–18.
94. Залетов А. Рынок страховых услуг населению – 2008 / А. Залетов // Insurance Top. – 2008. – №3. – С. 8–18.
95. Залетов О. Рейтингова оцінка учасників страхового ринку України / О. Залетов // Страхова справа. – 2007. – №1. – С. 42–46.
96. Зернов А.А. Страховые исследования / А.А. Зернов, А.Н. Зубец. – М. : Страхование ревю, 1997. – 135 с.
97. Зміни до Ліцензійних умов провадження страхової діяльності, затв. розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових



- послуг України від 25 січня 2005 р. №3433 (із змінами та доповненнями)
// [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
98. Золкин А.Ю. Методы статистического анализа финансовых рисков банка / А.Ю. Золкин // Автореф. дис. на соискание ступени канд. экон. наук : 08.00.12 // Российская экономическая академия им. Г. В. Плеханова. – Москва, 2006. – 26 с.
99. Зубец А.Н. Страховой маркетинг / А.Н. Зубец. – М. : Издательский дом «АНКИЛ», 1998. – 252 с.
100. Иванов А.П. Деловая репутация предприятия как продукт страхования / А.П. Иванов, Ю.М. Быкова // Финансы и кредит. – 2006. – №29. – С. 62–70.
101. Ильясов С.М. Устойчивость банковской системы: механизмы управления, региональные особенности / С.М. Ильясов. – М. : ЮНИТИ ДАНА, 2001. – 255 с.
102. Іваненко В.І. Економічний аналіз / В.І. Іваненко, М.А. Болюх. – К. : ЗАТ «НІЧЛАВА», 2001. – 204 с.
103. Іванюк І.С. Теоретичні підходи до визначення категорії «фінансова стійкість страхової компанії» / І.С. Іванюк, Д.С. Маруженко // Фінанси України. – 2006. – №11. – С. 77–89.
104. Ізмайлова К.В. Фінансовий аналіз : Навч. посіб. / К.В. Ізмайлова. – К. : МАУП, 2000. – 152 с.
105. Інформація про стан і показники розвитку страхового ринку [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dfp.gov.ua/734.html>.
106. Каллаур П.В. Концепт «финансовая стабильность» / П.В. Каллаур // Белорусский экономический журнал. – №1. – 2007. – С. 25–37.
107. Кириллова Н. Оценка финансового состояния страховых компаний корпоративными страхователями / Н. Кириллова // Страховое дело. – 2006. – №6. – С. 34–37.



108. Кириллова Н. Финансовая устойчивость и несостоятельность страховых компаний / Н. Кириллова // Страховое дело. – 2001. – №5. – С. 17–21.
109. Кишлакова В.Л. Оценка деловой репутации как элемента рыночной стоимости отечественного страхового бизнеса / В.Л. Кишлакова // Финансы. – 2007. – №10. – С. 69–70.
110. Кіндрацька Г.І. Економічний аналіз : теорія і практика : Підручник / Г.І. Кіндрацька, М.С. Білик, А.Г. Загородній / За ред. проф. А.Г. Загороднього. – Львів : «Магнолія Плюс», 2006. – 428 с.
111. Клоченко Л.Н. Основы страхового права : Учебное пособие / Л.Н. Клоченко, К.И. Пылов. – Ярославль : Норд, 2002. – 232 с.
112. Кнейслер О. Прагматизм фінансової стійкості страховика / О. Кнейслер // Світ фінансів. – 2009. – №4. – С. 191–197.
113. Коваленко В.В. Антикризове управління в забезпеченні фінансової стійкості банківської системи : Монографія / В.В. Коваленко, О.В. Крухмаль. – Суми : УАБС НБУ, 2007. – 198 с.
114. Ковтун І.О. Основи актуарних розрахунків . Навчальний посібник / І.О. Ковтун, М.П. Денисенко, В.Г. Кабанов. – К. : ВД «Професіонал», 2008. – 480 с.
115. Кодекс діяльності рейтингових агентств // Фінансовий ринок України. – 2005. – №9. – С. 25–28.
116. Козлов А. Перестрахование договоров страхования жизни / А. Козлов // Страховое ревю. – 2003. – №10. – С. 45–47.
117. Козлов Д. Аутсорсинг. Что? Как? Зачем? / Д. Козлов // Дистрибуция и логистика. – 2003. – №1. – С. 6–8.
118. Козьменко О.В. Страховий ринок України у контексті сталого розвитку : монографія / О.В. Козьменко. – Суми : ДВНЗ «УАБС НБУ», 2008. – 350 с.



119. Козьменко С.М. Стратегічний менеджмент банку : Навч. посібник / С.М. Козьменко, Ф.І. Шпиг, І.В. Волошко. – Суми : ВТД «Університетська книга», 2003. – 734 с.
120. Колмогоров А.Н. Элементы теории функций и функционального анализа / А.Н. Колмогоров, С.В. Фомин. – 7-е изд. – М. : «ФИЗМАТЛИТ», 2004. – 572 с.
121. Коломин Е.В. Основные предпосылки и направления повышения социально-экономической эффективности страхования / Е.В. Коломин // Финансы. – 2006. – №5 – С. 49–53.
122. Коломин Е.В. Словарь страховых терминов / Е.В. Коломин, В.В. Шахов. – М. : Финансы и статистика, 1991. – 305 с.
123. Кондратьев О.В. Фінансова стійкість у механізмі господарювання підприємства / О.В. Кондратьев // Фінанси України. – 1997. – №7. – С. 73–76.
124. Контроллинг в бизнесе. Методологические и практические основы построения контроллинга в организациях / А.М. Карминский, Н.И. Оленев, А.Г. Примак, С.Г. Фалько. – М. : Финансы и статистика, 1998. – 256 с.
125. Контроллинг как инструмент управления предприятием / Е.А. Ананькина, С.В. Данилочкин, Н.Г. Данилочкина и др. ; Под ред. Н.Г. Данилочкиной. – М. : Аудит, ЮНИТИ, 1998. – 279 с.
126. Концепція загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування // Страхова справа. – 2008. – №2. – С. 60–70.
127. Концепція створення системи рейтингової оцінки регіонів, галузей національної економіки, суб'єктів господарювання, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України №208-р. від 01.04.2004 р. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>.
128. Корнеєв В.В. Фінансові посередники як інститути розвитку : Монографія / В.В. Корнеєв. – К. : Основа, 2007. – 192 с.



129. Котлобовский И.Б. Актуарное обеспечение страхования жизни / И.Б. Котлобовский // Финансы. – 2008. – №11. – С. 40–43.
130. Котлобовский И.Б. Рисковый подход к оценке платежеспособности страховой компании / И.Б. Котлобовский, А.Е. Сметанин // Финансы. – 2007. – №6. – С. 39–43.
131. Кочетков В.М. Забезпечення фінансової стійкості сучасного комерційного банку : теоретико-методологічні аспекти : Монографія / В.М. Кочетков. – К. : КНЕУ, 2002. – 238 с.
132. Кошелек на жизнь // Бизнес. – 2009. – №12. – С. 32–34.
133. Крамаренко Г.О. Фінансовий менеджмент : Підручник / Г.О. Крамаренко, О.Є. Чорна. – К. : ЦНЛ, 2006. – 520 с.
134. Кредитування та ризики : Навч. посібник / М.П. Денисенко, В.М. Домрачев, В.Г. Кабанов, А.В. Ігнатенко, К.А. Чигирин. – К. : Видавничий дім «Професіонал», 2008. – 480 с.
135. Криклій А.С. Методологічні засади контролінгу у банках / А.С. Криклій // Економіка та держава. – 2006. – №7. – С. 8–10.
136. Криклій А.С. Ринок страхування життя в Україні: тенденції та європейський досвід / А.С. Криклій, Р.В. Пікус // Економіка та держава. – 2008. – №5. – С. 13–16.
137. Крутик А.Б. Организация страхового дела : Учеб. пособие / А.Б. Крутик, Т.В. Никитина. – СПб. : Изд. дом „Бизнес-пресса”, 1999. – 304 с.
138. Крухмаль О.В. Оцінка фінансової стійкості банків: інформаційне і методичне забезпечення / О.В. Крухмаль // Автореф. дис. на здобуття ступеня канд. екон. наук : 08.00.08 // ДВНЗ «Українська академія банківської справи Національного банку України. – Суми, 2007. – 20 с.
139. Крушельницька О.В. Мотивація та оцінка діяльності персоналу : Навчальний посібник / О.В. Крушельницька. – Житомир : ЖІТІ, 2000. – 215 с.



140. Кудрявцев А.А. Актуарные модели финансовой устойчивости страховых компаний / А.А. Кудрявцев. – СПб. : Институт страхования, 1997. – 62 с.
141. Кузнецова Н.П. Международный опыт регулирования страховой деятельности / Н.П. Кузнецова, И.С. Меркурьева // Вестник СПбГУ Сер. 5. – 2006. – №1. – С. 138–150.
142. Кузнецова Н.П. Некоторые проблемы Европейского страхового законодательства и оценка платежеспособности по рисковому видам страхования / Н.П. Кузнецова, Г.В. Чернова. – СПб. : Институт страхования, 1998. – 62 с.
143. Кузьменко Є.С. Методика рейтингової оцінки надійності банків / Є.С. Кузьменко // Актуальні проблеми економіки. – 2007. – №1. – С. 164–173.
144. Куликов С.В. Финансовый анализ страховых организаций : учеб. пособие / С.В Куликов. – Ростов н/Д. : Феникс ; Новосибирск : Сибирское соглашение, 2006. – 224 с.
145. Лайков А.Ю. Как обеспечить приоритет интересов потребителей перестраховочных услуг / А.Ю. Лайков // Финансы. – 2005. – №10. – С. 49–52.
146. Лахтіонова Л.А. Фінансовий аналіз сільськогосподарських підприємств : навчальний посібник / Л.А. Лахтіонова. – К. : КНЕУ, 2004. – 340 с.
147. Ліквідність банківської системи України: Науково-аналітичні матеріали. Вип. 12 / В.І. Міщенко, А.В. Сомик та ін. – К. : Національний банк України. Центр наукових досліджень, 2008. – 180 с.
148. Ліцензійні умови провадження обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів, затв. розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 23 грудня 2004 р. №3178 // www.rada.gov.ua.



149. Локшин К.Е. Регулирование страховой деятельности направлено на защиту интересов страхователей / К.Е. Локшин // Страховое дело. – 2007. – №7. – С. 10–16.
150. Лоу К. Скромные предложения по обновлению права перестрахования / К. Лоу, Х. Томсон // Страховое право. – 2001. – №2. – С. 61–67.
151. Луконин С.В. Финансовая устойчивость страховых компаний и пути ее повышения / С.В. Луконин. – Страховое дело. – 2003. – №5. – С. 28–31.
152. Луконин С.В. Формализация и совершенствование методики расчета маржи платежеспособности страховой компании / С.В. Луконин // Страховое дело. – 2003. – №8. – С. 17–27.
153. Лутчин Н.П. Статистика фінансів. Навч. посібник / Н.П. Лутчин, А.К. Миронюк. – Львів : «Новий Світ – 2000», 2005. – 324 с.
154. Любунь О.С. Бізнес-планування у банку: Навч. посібник / О.С. Любунь, М.П. Денисенко. – К. : Атака, 2006. – 288с.
155. Любунь О.С. Фінансовий менеджмент у банку. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / О.С. Любунь, В.І. Грушко. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2004. – 296 с.
156. Лютий І. Фінансова стійкість банків як основа розвитку ринку фінансових послуг / І. Лютий, О. Юрчук // Вісник НБУ. – 2005. – №4. – С. 39–43.
157. Лямец В.И. Системный анализ / В.И. Лямец, А.Д. Тевяшев. – Харьков : ХТУРЭ, 1998. – 252 с.
158. Лямец С. Плюсы и минусы обязательного рейтингования / С. Лямец // Киевские ведомости. – 2004. – 16 сентября. – С. 3.
159. Мазаракі А. Методологічні засади побудови рейтингової системи оцінювання діяльності комерційних банків / А. Мазаракі, Н. Шульга // Банківська справа. – 1999. – №3. – С. 26–30.



160. Майэр Э. Контроллинг как система мышления и управления / Э. Майэр. – М. : Финансы и статистика, 1993. – 560 с.
161. Малашихина Н.Н. Риск-менеджмент : Учебное пособие / Н.Н. Малашихина, О.С. Белокрылова. – Ростов н/Д. : «Феникс», 2004. – 320 с.
162. Мамонтова Н.А. Умови забезпечення фінансової стійкості підприємств / Н.А. Мамонтова // Фінанси України. – 2000. – №8. – С. 103–106.
163. Мак Т. Математика рискованого страхування / Пер. с нем. / Т. Мак. – М. : ЗАО «Олим-Бизнес», 2005. – 432 с.
164. Манес А. Основы страхового дела / А. Манес. – М., 1992. – 112 с.
165. Марцин В.С. Особливості оцінки фінансово-кредитної діяльності банку з використанням рейтингової системи / В.С. Марцин // Фінанси України. – 2006. – №11. – С. 68–76.
166. Маслеченков Ю.С. Финансовый менеджмент в коммерческом банке : Кн. 3 : Технологии финансового менеджмента клиента / Ю.С. Маслеченков. – М. : Перспектива, 1997. – 221 с.
167. Машина Н.І. Міжнародне страхування / Н.І. Машина. – К. : Центр навчальної літератури, 2006. – 504 с.
168. Мескон М.Х. Основы менеджмента : Пер. с англ. / М.Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури. – М. : Дело, 1992. – 702 с.
169. Методика формування резервів із страхування життя, затв. наказом Комітету у справах нагляду за страховою діяльністю від 23 червня 1997 р. №46 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
170. Микитчик І.І. Порівняльний аналіз методик рейтингової діяльності банків / І.І. Микитчик // Регіональна економіка. – 2007. – №3. – С. 167–172.
171. Миннуллина Г. Страховой тариф, рискованность страховых операций, финансовая устойчивость и объем страхового портфеля / Г. Миннуллина // Страховое ревю. – 1999. – №1. – С. 18–21.



172. Михайличенко Е.О. Фінансова стійкість підприємства в умовах ринку / Е.О. Михайличенко // Держава та регіони. – 2006. – №4. – С. 234–238.
173. Михальський В.В. Роль фінансового ринку в економічному розвитку реального сектор економіки : Монографія / В.В. Михальський. – К. : Ніка-Центр, 2007. – 296 с.
174. Міжнародні тенденції рейтингової діяльності // Фінансовий ринок України. – 2005. – №12. – С. 35.
175. Міщенко В.І. Основні напрями забезпечення стабільності фінансового сектору України в контексті глобалізаційних процесів / В.І. Міщенко, С.В. Міщенко // Фінанси України. – 2008. – №5. – С. 56–69.
176. Мних Є.В. Економічний аналіз : Підручник / Є.В. Мних. – К. : Центр навчальної літератури, 2003. – 412 с.
177. Мних М.В. Перестраховання : Посіб. для студ. вузів / М.В. Мних. – К. : Знання України, 2004. – 96 с.
178. Мних М.В. Страхування в Україні : Підручник / М.В. Мних – К. : Знання України, 2006. – 284 с.
179. Мних М.В. Страхування як механізм надання гарантій підприємницької діяльності та соціального захисту населення : Навч. посібник для студ. вищ. навч. закладів / М.В. Мних. – К. : Знання України, 2004. – 428 с.
180. Морозко Н.Й. Методология управления финансами страховой системы / Н.Й. Морозко // Автореф. дис. на соискание степени докт. экон. наук : 08.00.10. – М., 2007. – 49 с.
181. Мы хотим размещать риски в Украине, но это, оказывается, практически невозможно // Бизнес. – 2008. – №3. – С. 59.
182. Нагайчук Н.Г. Управління капіталом страхової компанії / Н.Г. Нагайчук // Фінанси України. – 2008. – №11. – С. 106–116.
183. Нагайчук Н.Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки / Н.Г. Нагайчук // Автореф. дис.



на здобуття ступеня канд. екон. наук : 08.04.01 // ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України». – Київ, 2006. – 20 с.

184. Науменкова С.В. Напрямки розвитку страхового ринку України в контексті міжнародних інтеграційних процесів / С.В. Науменкова, Ю.С. Конопліна // Вісник Української академії банківської справи. – 2005. – №2. – С. 15–22.
185. Національний клуб страхової виплати 2008 // Страхова справа. – 2009. – №1. – С. 4–7.
186. Нерсисян Т. Влияние мировых рейтинговых агентств на развитие страхового предпринимательства / Т. Нерсисян // Страховое дело. – 2006. – №3. – С. 9–18.
187. Нечволод Л.І. Сучасний словник іншомовних слів / Л.І. Нечволод. – Харків : ТОРСІНГ ПЛЮС, 2007. – 768 с.
188. Нечипорук Л.В. Теорія та практика страхового ринку в Україні : Монографія / Л.В. Нечипорук. – Харків : Вид-во Нац. Ун-ту внутр. справ, 2004. – 300 с.
189. Никулина Н.Н. Новая парадигма денежных потоков как объекта управления финансовыми ресурсами страховщика / Н.Н. Никулина, С.В. Березина // Страховое дело. – 2007. – №2. – С. 7–13.
190. Никулина Н.Н. Страхование. Теория и практика : учебное пособие / Н.Н. Никулина, С.В. Березина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2007. – 511 с.
191. Новый политехнический словарь / Под ред. А.Ю. Ишлинского. – М. : Большая российская энциклопедия, 2000. – 671 с.
192. Облік та аналіз діяльності комерційного банку : Навч. посіб. : У 2 кн. / Т.О. Плісак, С.А. Гагаріна, Л.В. Недеря, Л.О. Нетребчук. – К. : КНТЕУ, 2003. – 308 с.
193. Одегов Ю.Г. Аудит и контроллинг персонала : Учебн. пособие / Ю.Г. Одегов, Т. В. Никонова. – М. : Экзамен, 2002. – 448 с.



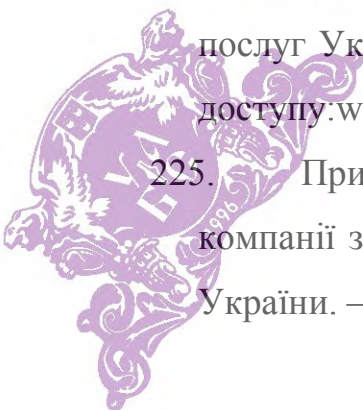
194. Опарін В.М. Фінанси (загальна теорія) : Навч. посібник / В.М. Опарін. – К. : КНЕУ, 1999. – 164 с.
195. Орланюк-Малицкая Л.А. О понятиях и факторах финансовой устойчивости страховых компаний / Л.А. Орланюк-Малицкая // Вестник финансовой академии. – 1998. – № 1. – С. 33–39.
196. Орланюк-Малицкая Л.А. Платежеспособность страховой организации / Л.А. Орланюк-Малицкая. – М., 1994. – 151 с.
197. Осадець С.С. Предполагаемое влияние вступления Украины в ВТО на развитие национального рынка страховых услуг / С.С. Осадець // Материалы V Международного Ялтинского форума участников страхового рынка, 2005. – С. 24–25.
198. Основы страхового менеджмента : методическое пособие по изучению дисциплины «Страховой менеджмент» : Учеб. пособие / В.П. Журавлев, В.В. Владимиров, С.А. Банников. – М. : ЗАО Издательство «Экономика», 2007. – 404 с.
199. Офіційний сайт «DirectFinance» [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://directf.com.ua>.
200. Офіційний сайт Державного комітету статистики [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
201. Офіційний сайт Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.dfp.gov.ua.
202. Офіційний сайт Інтернет-журналу Про страхування [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://forinsurer.com>.
203. Офіційний сайт компанії «Кредит-рейтинг» [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.credit-rating.com.ua>.
204. Офіційний сайт Національного банку України [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.bank.gov.ua.
205. Офіційний сайт рейтингового агентства «Експерт-Рейтинг» [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://expert-rating.com>.



206. Охріменко О.О. Страховий захист: менеджмент, маркетинг, економіка безпеки (туристське підприємництво): Навчальний посібник / О.О. Охріменко. – К. : Міжнародна агенція „BeeZone”, 2005. – 416 с.
207. Павлова И.А. Анализ и прогнозирование финансовой устойчивости организации с учетом жизненного цикла на основе интегрального показателя / И.А. Павлова // Финансы и кредит. – 2007. – 23(263). – С. 71–75.
208. Палкин А.В. Функциональная взаимосвязь показателей и факторов финансовой устойчивости страховой организации / А.В. Палкин. – Финансы. – 2008. – №12. – С. 45–48.
209. Панков В.А. Контролінг і бюджетування фінансово-господарської діяльності підприємства: Навчальний посібник / В.А. Панков, С.Я. Єлецьких, Н.М. Михайличенко. – К.: Центр учбової літератури, 2007. – 112 с.
210. Пантелеев В.П. Фінансова стійкість комерційного банку : деякі проблеми її регулювання / В.П. Пантелеев, С.П. Халява // Вісник НБУ. – 1996. – №2. – С. 64–69.
211. Паращак О. Стратегічних інвесторів на всіх не вистачить / О. Паращак // Страхова справа. – 2007. – №2. – С. 36–66.
212. Пархомчук Д. Аварийный май / Д. Пархомчук // Инвестгазета. – 2007. – №19. – С. 26–27.
213. Перша директива Ради 73/239/ЄЕС «Щодо узгодження законів, підзаконних та адміністративних положень стосовно започаткування та ведення діяльності прямого страхування, іншого, ніж страхування життя» від 24 липня 1973 року [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
214. Перша директива Ради 79/267/ЄЕС «Щодо узгодження законів, підзаконних та адміністративних положень стосовно започаткування та ведення діяльності прямого страхування життя» від 05.03.1979 року [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.



215. Петренко І.О. Методи аналізу фінансової стійкості та ліквідності / І.О. Петренко // Держава та регіони. – 2006. – №3. – С. 411–413.
216. Петренко С.Н. Контроллінг : Учебн. пособие / С.Н. Петренко. – К. : Ника-Центр, Ольга, 2003. – 328 с.
217. Петров А.Ю. Комплексный анализ финансовой деятельности банка / А.Ю. Петров, В.И. Петрова. – М. : Финансы и статистика, 2007. – 560 с.
218. Підсумки діяльності страхового ринку за 2008 рік. Проблеми, перспективи та нові напрямки державного регулювання страхової діяльності на 2009 рік [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dfp.gov.ua/734.html>.
219. Піратовський Г.Л. Страховий бізнес: управління розвитком. Монографія / Г.Л. Піратовський. – К. : КНТЕУ, 2006. – 253 с.
220. Платонова Э.Л. Задачи перестраховочного сообщества / Э.Л. Платонова // Финансы. – 2007. – №8. – С. 45–47.
221. Плиса В.Й. Страхування : Навч. посіб. / В.Й. Плиса. – К. : Каравела, 2005. – 392 с.
222. Положення про обов'язкові критерії та нормативи достатності, диверсифікованості та якості активів, затв. Розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 08.10.2009 №741 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>.
223. Поляк О.Я. Основні умови ефективної політики управління корпоративним бізнесом у банку / О.Я. Поляк // Економіка та держава. – 2006. – №5. – С. 74–76.
224. Порядок реєстрації філій страховиків-нерезидентів, затв. розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 19 липня 2006 р. №6021 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
225. Приймак В.І. Динамічне управління фінансовими потоками компанії зі страхування життя / В.І. Приймак, О.І. Карчевська // Фінанси України. – 2008. – №8. – С. 113–124.



226. Приймак С.В. Система рейтингової оцінки підприємств / С.В. Приймак // Інвестиції: практика та досвід. – 2007. – №12. – С. 31–36.
227. Про затвердження Методики формування резервів із страхування життя, розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 27 січня 2004 р. №24 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
228. Про затвердження Положення про порядок формування, розміщення та обліку страхових резервів з видів страхування, інших ніж страхування життя, затв. наказом Комітету у справах нагляду за страховою діяльністю від 26 травня 1997 р. №41 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
229. Про затвердження Правил розміщення страхових резервів із страхування життя, розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 26 листопада 2004 р. №2875 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
230. Про затвердження Правил формування, обліку та розміщення страхових резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя, розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 17 грудня 2004 р. №3104 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
231. Пушкар М.С. Контролінг – інформаційна підсистема стратегічного менеджменту: Монографія / М.С. Пушкар, Р.М. Пушкар. – Тернопіль : Карт-бланш, 2004. – 370 с.
232. Пушкар М.С. Контролінг : Монографія М.С. Пушкар. – Тернопіль : Тернопільська академія народного господарства, 1997. – 146 с.
233. Пфайффер К. Введение в перестрахование / К. Пфайффер. – М. : Анкил, 2000. – 155 с.
234. Райхер В.К. Общественно-исторические типы страхования / В.К. Райхер. – М. : Изд-во АН СССР, 1947. – 282 с.



235. Рейтинг автостраховиків України // Фінансовий ринок України. – 2009. – №3. – С.20.
236. Рейтинг страховиків життя України // Фінансовий ринок України. – 2009. – №3. – с.19.
237. Рейтинги в економіке : методологія и практика / А.М. Карминский и др. – М. : Финансы и статистика, 2005. – 240 с.
238. Рейтингові агентства у системі оцінки кредитних ризиків // Фінансовий ринок України. – 2006. – №2. – С. 30.
239. Рекомендации парламентских слушаний на тему : Пути реформирования здравоохранения и медицинское страхование в Украине// Insurance TOP. – 2009. – №2. – С. 17–19.
240. Рекомендації щодо аналізу діяльності страховиків, затв. розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 17.03.2005 №3755 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>.
241. Ризики економічної діагностики підприємства. Навчальний посібник / І.І. Сахарцева, О.В. Шляга; За ред. І.І. Сахарцевої. – К. : Кондор, 2008. – 380 с.
242. Річні звіти Держфінпослуг [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dfp.gov.ua/742.html>.
243. Розвиток банківської системи України / За ред. д-ра екон. наук О.І. Барановського. – К. : Інститут економіки та прогнозування, 2008. – 584 с.
244. Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України «Про внесення змін до розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 17.12.2004 №3104» від 30.11.2007 №8316 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.
245. Ротова Т.А. Страхування : Навч. посіб. / Т.А. Ротова, Л.С. Руденко. – К. : Київ. нац. торг. екон. ун-т, 2001. – 400 с.



246. Руденко Л.В. Управління потоками капіталів у сучасній бізнес-моделі функціонування транснаціональних корпорацій : Монографія / Л.В. Руденко. – К. : Кондор, 2004. – 480 с.
247. Руководство государства еще недостаточно понимает роль страхования // Финансовые услуги. – 2005. – №4. – с. 59–62.
248. Румянцева Е.Е. Новая экономическая энциклопедия / Е.Е. Румянцева. – М. : ИНФРА-М, 2005. – VI, 724 с.
249. Рынок перестрахования: реалии сегодняшнего дня и перспективы // Insurance Top. – 2007. – №2. – С. 34–37.
250. Рязанцев Р.А. Страховой портфель страховой организации : теоретический аспект / Р.А. Рязанцев // Известия ИГЭА. – 2009. – №4. – С. 34–37.
251. Савицька Г.В. Економічний аналіз діяльності підприємства : Навч. посібник / Г.В. Савицька. – К. : Знання, 2004. – 654 с.
252. Садков В.Г. Системные основы развития страховых отношений и обоснование общественной эффективности системы страхования / В.Г. Садков, Н.И. Федякова // Финансы и кредит. – 2007. – №24(264). – С. 43–52.
253. Самойловський А.Л. Комплексна оцінка фінансового стану страховика / А.Л. Самойловський // Формування ринкових відносин в Україні. – 2004. – №4. – С. 7–10.
254. Самойловський А.Л. Надійність страхових операцій: програмна реалізація збалансованості активів і зобов'язань страхової компанії / А.Л. Самойловський // Формування ринкових відносин в Україні. – 2006. – №12. – С. 31–35.
255. Самсоненко В. Как самому обеспечить себе старость / В. Самсоненко // Insurance Top. – 2009. – №1. – С. 67–68.
256. Свиридова Н.В. Рейтинг финансового состояния организаций / Н.В. Свиридова // Финансы. – 2006. – №3. – С. 58–59.



257. Селезнева Н.Н. Финансовый анализ. Управление финансами : Учебное пособие для вузов 2-е изд., перераб. и доп. / Н.Н. Селезнева, А.Ф. Ионова. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2005. – 639 с.
258. Семенов Г.А. Контролінг, як база обґрунтування й прийняття управлінських рішень / Г.А. Семенов, Н.В. Таран // Вісник економічної науки України. – 2007. – №1. – С. 154–159.
259. Склеповий Є.В. Складові стійкості комерційного банку / Є.В. Склеповий // Фінанси України. – 2002. – №5. – С. 138–142.
260. Слепухина Ю.Э. Методология и механизмы управления финансовой устойчивостью страховых организаций / Ю.Э. Слепухина // Автореф. дис. на соискание степени д.э.н. : 08.00.10 // Уральский государственный университет им. А.М. Горького. – Екатеринбург, 2010. – 35 с.
261. Словник української мови : В 11 т. : Т. 9. — К. : Наук. думка, 1978. – 916 с.
262. Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. – 3-е изд. – 1985. – 1600 с.
263. Сплетухов Ю.А. Страхование : Учеб. пособие / Ю.А. Сплетухов, Е.Ф. Дюжиков. – М. : ИНФРА-М, 2007. – 312 с.
264. Статистика финансов : Учебник / Под ред. проф. В.Н. Салина. – М. : Финансы и статистика, 2000. – 816 с.
265. Стефаненко М.М. Використання контролінгу в системі управління підприємством / М.М. Стефаненко, Л.Ю. Набієва // Економіка та держава. – 2007. – №2. – С. 24–26.
266. Стефаненко М.М. Застосування методологічного інструментарію контролінгу в фінансовому управлінні вітчизняних підприємств / М.М. Стефаненко // Фінанси України. – 2007. – №5. – С. 144–151.
267. Стефанюк І.Б. Поняття, сутність і причини виникнення контролінгу / І.Б. Стефанюк // Фінанси України. – 2005. – №2. – С. 146–153.



268. Стійкість фінансових ринків України та механізми її забезпечення / [О.І.Барановський, В.Г.Барановська, Є.О.Бублик та ін.]; за ред. д-ра екон. наук О.І.Барановського; НАН України; Ін-т екон. та прогнозув. – К., 2010. – 492 с.
269. Стратегия и тактика антикризисного управления фирмой / Под ред. А.П. Градова и Б.И. Кузина. – СПб. : Специальная литература, 1996. – 510 с.
270. Страховий ринок України: стан та перспективи розвитку : Монографія / С.О. Булгакова, А.В. Василенко, Л.І. Василенко, С.В. Волосович, А.М. Єрмошенко, Л.В. Єрмошенко, Л.І. Зимовська, І.О. Манько, І.С. Микитюк, Т.А. Ротова, Н.Г. Савченко, В.В. Тринчук, В.М. Фурман, О.М. Цензура; За заг. ред. А.А. Мазаракі. – К. : Київ. нац. торг.-екон. ун-т., 2007. – 460 с.
271. Страхование : учеб. / А.Н. Базанов, Л.В. Белинская, П.А. Власов [и др.] ; под. ред. Г.В. Черновой. – М. : Проспект, 2009. – 432 с.
272. Страхование : Учебник / Под ред. В.В. Шахова, Ю.Т. Ахвледиани. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2007. – 511 с.
273. Страхование : учебник / под ред. Т.А. Федоровой. – 2- изд., пераб. и доп. – М. : Экономистъ, 2006. – 875 с.
274. Страхование во внешнеэкономической деятельности : учеб. пособие / М.А. Зайцева, В.Д. Болибок, М.М. Пилипейко и др. – Минск : БГЭУ, 2007. – 383 с.
275. Страхование: принципы и практика / Составитель Дэвид Бланд; пер. с англ. – М. : Финансы и статистика, 1998. – 416 с.
276. Страховий рейтинг // Insurance Top. – 2009. – №1. – С. 24–39.
277. Страховое дело / Под ред. проф. Л.И. Рейтмана. – М. : Банковский и биржевой научно-консультационный центр, 1992. – 524 с.
278. Страховой портфель : Кн. предпринимателя. Кн. страховщика. Кн. страхового менеджера / Ред. Ю.Б. Рубин, В.И. Солдаткин. – М. : СОМИНТЭК, 1994. – 640 с.



279. Страхування : Підручник / За ред. В.Д. Базилевича. – К. : Знання, 2008. – 1019 с.
280. Страхування : Підручник / Кер. авт. колективу і наук. ред. С.С. Осадець. – Вид. 2-ге, перероб. і доп. – К. : КНЕУ, 2002. – 599 с.
281. Страхування : теорія та практика : Навчально-методичний посібник / Н.М. Внукова, В.І. Успенко, Л.В. Временко та ін.; За заг. ред. проф. Н.М. Внукової. – Харків : Бурун Книга, 2004. – 376 с.
282. Суренко Е.Н. Проблемы и методы поддержания финансовой устойчивости предприятий АПК / Е.Н. Суренко // Вестник ОГУ. – 2006. – №10. – С. 252–257.
283. Сухов В.А. Государственное регулирование финансовой устойчивости страховщиков / В.А. Сухов. – М., 1995. – 112 с.
284. Сухоруков М.М. Эффективное управление региональной сетью страховой компании / М.М. Сухоруков // Страховое дело. – 2007. – №1. – С. 36–44.
285. Сучасний тлумачний словник української мови : 65000 слів / За заг. ред. д-ра, філол. наук, проф. В.В. Дубічинського. – Х. : ВД «ШКОЛА», 2006. – 1008 с.
286. Тарасюк М.В. Генезис концепції контролінгу та перспективи її розвитку / М.В. Тарасюк // Інвестиції : практика та досвід. – 2008. – №17. – С. 18–23.
287. Тарнавська Н.П. Менеджмент: теорія та практика : Підручник для вузів / Н.П. Тарнавська, Р.М. Пушкар. – Тернопіль : Карт-бланш, 1997. – 456 с.
288. Тейлор Ф.У. Менеджмент : Пер. с англ. / Ф.У. Тейлор. – М. : 1992. – 263 с.
289. Телепин Я.Е. Рейтинговая оценка надежности страховых компаний как фактор предотвращения банкротства / Я.Е. Телепин // Страховое дело. – 2003. – №5. – С. 32–43.



290. Телепин Я.Е. Финансовая устойчивость и платежеспособность страховых компаний / Я.Е. Телепин // Страховое дело. – 2005. – №1. – С. 9–16.
291. Теория и практика страхования : учебное пособие / под общ. ред. проф. К.Е. Турбиной. – М. : Анкил, 2003. – 704 с.
292. Терещенко О.О. Поняття «контролінг» та «управлінський облік» у теорії і практиці / О.О. Терещенко // Фінанси України. – 2006. – №8. – С. 137–145.
293. Тимошенко О.П. Проблеми та шляхи забезпечення стійкості банківської системи України / О.П. Тимошенко // Інвестиції : практика та досвід. – 2009. – №9. – С. 28–30.
294. Тимчасова методика формування резервів із страхування життя, затв. наказом Комітету у справах нагляду за страховою діяльністю від 06 травня 1996 р. №45 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua
295. Тимчасове положення про порядок формування і розміщення страхових резервів, затв. наказом Комітету у справах нагляду за страховою діяльністю від 12 березня 1994 р. №12 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua
296. Ткаченко Н.В. Участь держави у розвитку страхування / Н.В. Ткаченко // Економіка: проблеми теорії та практики. Збірник наукових праць. Випуск 198: в 4 т. Том 4. – Дніпропетровськ: ДНУ, 2004. – С. 940–945.
297. Ткаченко Н.В. Технології продажу страхових послуг / Н.В. Ткаченко // Збірник наукових праць Черкаського державного технологічного університету. Серія: економічні науки. Випуск 13. – Черкаси: ЧДТУ, 2005. – С. 149–154.
298. Ткаченко Н.В. Страховий фонд страховика як метод зниження ризиків суб'єктів господарювання / Н.В. Ткаченко // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції „Фінансово-кредитне



- стимулювання економічного зростання”. – Луцьк, 3-5 червня 2005 р. – Волинський державний університет ім. Лесі Українки, 2005 р. – С. 43–45.
299. Ткаченко Н.В. Переваги та недоліки функціонування кептивних страхових компаній / Н.В. Ткаченко // Підприємництво, господарство і право. – 2005. – №10. – С. 160–162.
300. Ткаченко Н.В. Вплив інформаційних технологій на страховий бізнес / Н.В. Ткаченко // Збірник наукових праць. Наукові записки. Серія „Економіка”. Випуск 7. Частина 2. – Острог: Вид-во „Національний університет „Острозька академія”, 2005. – С. 395–402.
301. Ткаченко Н.В. Розвинуте страхування – каталізатор економічного зростання / Н.В. Ткаченко // VI Міжнародна науково-практична конференція „Теорія і практика сучасної економіки”. Черкаси, ЧДТУ, 28-30 вересня 2005 р. – С. 122–125.
302. Ткаченко Н.В. Місце України на Європейському страховому ринку / Н.В. Ткаченко // Збірник наукових праць Черкаського державного технологічного університету. Серія: економічні науки. Випуск 14. – Черкаси: ЧДТУ, 2005. – С. 27-34.
303. Ткаченко Н.В. Управління грошовими потоками страхового підприємства / Н.В. Ткаченко // Економіка: проблеми теорії та практики. Збірник наукових праць. Випуск 209: в 4 т. Том 2. – Дніпропетровськ: ДНУ, 2005. – С. 319–324.
304. Ткаченко Н.В. Страхова статистика як основа ефективності діяльності страховика / Н.В. Ткаченко // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми та перспективи розвитку обліку, аналізу, контролю та аудиту у сфері надання послуг». Науковий журнал ТДЕУ: Випуск 12, 15-16 грудня 2005 р. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – С. 159–162.
305. Ткаченко Н.В. Аналіз ефективності функціонування страхового ринку України / Н.В. Ткаченко // Економіка: проблеми теорії та практики.

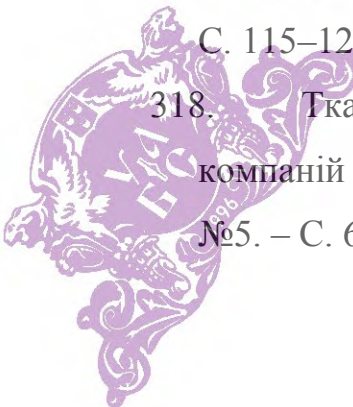


Збірник наукових праць. Випуск 211: в 4 т. Том 4. – Дніпропетровськ: ДНУ, 2006. – С. 1190–1200.

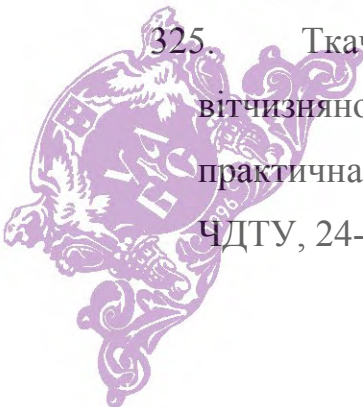
306. Ткаченко Н.В. Необхідність стандартизації методів визначення рейтингу страхових компаній / Н.В. Ткаченко // Матеріали Всеукраїнської науково-методичної конференції „Сучасні аспекти фінансового управління економічними процесами”. Севастополь, 6-9 вересня. – Севастополь: Вид-во СевНТУ, 2006. – С. 31–34.
307. Ткаченко Н.В. Ефективний андеррайтинг – запорука фінансової стійкості страховика / Н.В. Ткаченко // Фінансова система України. Збірник наукових праць. – Острого: Видавництво НаУ „Острозька академія”, 2006. – Вип. 8 – Ч. 2. – С. 380–388.
308. Ткаченко Н.В. Актуарні методи – необхідна умова обґрунтування пенсійних схем / Н.В. Ткаченко // VII Міжнародна науково-практична конференція „Теорія і практика сучасної економіки”. Черкаси, Черкаський державний технологічний університет, 2006 р. – С. 189–192.
309. Ткаченко Н.В. Інтеграція банків і страхових компаній як спосіб забезпечення їх конкурентних переваг та стійкості / Н.В. Ткаченко // Міжнародна науково-практична конференція „Банківська система України в умовах глобалізації фінансових ринків”. 18-20 жовтня 2006 р. – Черкаси: ЧБІ УАБС НБУ, 2006. – С. 85–87.
310. Ткаченко Н.В. Unit-linked як перспективний продукт накопичувального страхування життя / Н.В. Ткаченко // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції „Сучасний стан та проблеми інноваційного розвитку держави”. – Луцьк, 6-7 жовтня 2006 р. – Волинський державний університет ім. Лесі Українки, 2006 р. – С. 296–298.
311. Ткаченко Н.В. Стійкість страхування в єдиній глобальній фінансовій системі / Н.В. Ткаченко // IV Міжнародна науково-практична конференція „Стан і проблеми трансформації фінансів та економіки



- регіонів у перехідний період”. м. Хмельницький, 19-21 жовтня 2006 р. – С. 77–79.
312. Ткаченко Н.В. Стійкість регіональної політики як складова фінансової стійкості страхової компанії / Н.В. Ткаченко // Матеріали IV-ї міжнародної науково-практичної конференції „Облік, контроль і аналіз в управлінні підприємницькою діяльністю”. – Черкаси, 11-13 квітня 2007 р. – Черкаський державний технологічний університет, 2007 р. – С. 105–107.
313. Ткаченко Н.В. Фонди захисту страхувальників як альтернатива посилення державного втручання в діяльність страховиків / Н.В. Ткаченко // Матеріали Всеукраїнської науково-методичної конференції „Сучасні аспекти фінансового управління економічними процесами”. Севастополь, 5-8 вересня. – Севастополь: Вид-во СевНТУ, 2007. – С. 172–174.
314. Ткаченко Н.В. Андеррайтинг страхового портфеля страховика / Н.В. Ткаченко // Банківська система України в умовах глобалізації фінансових ринків: матеріали міжнародної науково-практичної конференції. 15-16 листопада 2007 р. – Черкаси: ЧІБС УБС НБУ, 2007. – С. 160–162.
315. Ткаченко Н.В. Шляхи розвитку посередництва на страховому ринку України / Н.В. Ткаченко // Вісник Національного торговельно-економічного університету. – 2007. – №6. – С. 77–84.
316. Ткаченко Н.В. Проблеми та перспективи розвитку професійних перестраховиків в Україні / Н.В. Ткаченко // Світ фінансів. – 2007. – №4. – С. 129–134.
317. Ткаченко Н.В. Вплив іноземного капіталу на розвиток страхової системи України / Н.В. Ткаченко // Фінанси України. – 2007. – №6. – С. 115–121.
318. Ткаченко Н.В. Дослідження змін у структурі капіталу страхових компаній / Н.В. Ткаченко // Банківська справа. – 2007. – №4. – С. 89–94; №5. – С. 65–73.



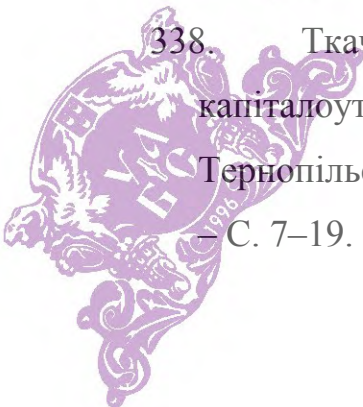
319. Ткаченко Н.В. Забезпечення організаційно-структурної стійкості страховика / Н.В. Ткаченко // Вісник Київського національного торговельно-економічного університету. – 2007. – №1. – С. 94–101.
320. Ткаченко Н.В. Інвестиційна діяльність страхових компаній / Н.В. Ткаченко // Автореф. дис. на здобуття ступеня канд. екон. наук : 08.04.01 // Інститут економічного прогнозування НАН України. – Київ, 2004. – 20 с.
321. Ткаченко Н.В. Стрес-тести у системі управління страховою компанією / Н.В. Ткаченко // Матеріали V-ї міжнародної науково-практичної конференції „Облік, контроль і аналіз в управлінні підприємницькою діяльністю”. – Черкаси, 16-18 квітня 2008 р. – Черкаський державний технологічний університет, 2008 р. – С. 237–239.
322. Ткаченко Н.В. Роль актуарних технологій в умовах переходу до Solvence II / Н.В. Ткаченко // Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. Т. 1. – Хмельницький: ХНУ, 2008. – №5. – С. 109-115.
323. Ткаченко Н.В. Реалізація принципу «найвищої довіри» в страхуванні / Н.В. Ткаченко // III Міжнародна науково-практична конференція „Банківська система України в умовах глобалізації фінансових ринків”. 25-26 вересня 2008 р. – Черкаси: ЧБІ УБС НБУ (м. Київ), 2008. – С. 132–134.
324. Ткаченко Н.В. Організації омбудсмена в забезпеченні фінансової стійкості страхового ринку / Н.В. Ткаченко // Науковий вісник Полтавського національного технічного університету ім. Ю. Кондратюка «Економіка і регіон». – 2009. – №1 (20). – С. 195–199.
325. Ткаченко Н.В. Роль перестрахової діяльності в розвитку вітчизняного страхування / Н.В. Ткаченко // IX Міжнародна науково-практична конференція „Теорія і практика сучасної економіки”. Черкаси, ЧДТУ, 24-26 вересня 2008 р. – С. 120–123.



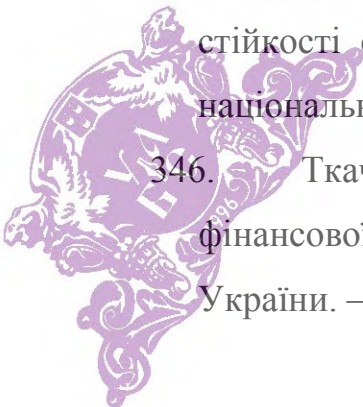
326. Ткаченко Н.В. До визначення поняття «платоспроможність страхової компанії» / Н.В. Ткаченко // Регіональна економіка. – 2010. – №2. – С. 100–105.
327. Ткаченко Н.В. Міжнародний досвід регулювання перестрахових операцій / Н.В. Ткаченко // Збірник наукових праць Черкаського державного технологічного університету. Серія: Економічні науки [Текст]: Випуск 22: У двох частинах / М-во освіти і науки України, Черкас. держ. технол. ун-т. – Черкаси: ЧДТУ, 2009. – Частина II. – С. 58–66.
328. Ткаченко Н.В. Зарубіжний досвід використання рейтингових агенцій перестраховими компаніями / Н.В. Ткаченко // IV Всеукраїнська науково-практична конференція „Розвиток фінансово-кредитної системи України: здобутки, проблеми, перспективи”. Львів, ЛІБС УБС (м. Київ) НБУ, 23-24 жовтня 2008 р. – С. 25–27.
329. Ткаченко Н.В. Розвиток інформаційних технологій як один з вирішальних чинників підтримання стійкості страхових компаній / Н.В. Ткаченко // XI Всеукраїнська науково-практична конференція «Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України». Суми, ДВНЗ «Українська академія банківської справи НБУ», 30-31 жовтня 2008 р. – С. 112–114.
330. Ткаченко Н.В. Забезпечення фінансової стійкості страхових компаній як шлях підвищення їх конкурентоздатності / Н.В. Ткаченко // Фінансова сфера та її роль у зростанні конкурентних переваг національних економік: матеріали науково-практичної конференції. – Ч. I. – Ірпінь: Національний університет ДПС України, 2009. – С. 535–538.
331. Ткаченко Н.В. Професіоналізм побудови взаємовідносин у перестраховуванні / Н.В. Ткаченко // Облік, контроль і аналіз в управлінні підприємницькою діяльністю [Текст]: Матеріали VI-ї Міжнародної науково-практичної конференції: Черкаси, 8-10 квітня 2009 р. / М-во



- освіти і науки України, Черкас. держ. технол. ун-т; відповід. ред. В.М. Яценко. – Черкаси: ЧДТУ, 2009. С. 416–419.
332. Ткаченко Н.В. Про принципи управління фінансовою стійкістю страхових компаній в умовах нестабільності / Н.В. Ткаченко // Устойчивое развитие экономики: состояние, проблемы, перспективы: материалы третьей международной научно-практической конференции, УО «Полесский государственный университет», г. Пинск, 23-25 апреля 2009 г. / Национальный банк Республики Беларусь [и др.]. – Пинск: ПолесГУ. – С. 109–110.
333. Ткаченко Н.В. Досвід оцінювання міжнародними рейтинговими агентствами фінансової стійкості страховиків / Н.В. Ткаченко // Вісник КНТЕУ. – 2010. – №1. – С. 69–83.
334. Ткаченко Н.В. Дискусійні питання страхування / Н.В. Ткаченко // Світ фінансів. – 2010. – №2. – С. 126–135.
335. Ткаченко Н.В. Основні фактори, що впливають на фінансову стійкість страхової компанії / Н.В. Ткаченко // Банківська система України в умовах глобалізації фінансових ринків: Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції. 15-16 жовтня 2009 р. – Черкаси: ЧБС УБС НБУ, 2009. – С. 272–274.
336. Ткаченко Н.В. Підходи до класифікації та управління ризиком фінансової стійкості страхової компанії / Н.В. Ткаченко // Вісник Університету банківської справи Національного банку України (м. Київ). – 2009. – №3(6). – С. 227–231.
337. Ткаченко Н.В. Фінансова стійкість страхових компаній в умовах глобалізації / Н.В. Ткаченко // Фінанси України. – 2010. – №3. – С. 82–91.
338. Ткаченко Н.В. Особливості забезпечення стійкості капіталоутворюючої бази страховика / Н.В. Ткаченко // Вісник Тернопільського національного економічного університету. – 2009. – №4. – С. 7–19.



339. Ткаченко Н.В. Взаємозв'язок факторів і показників фінансової стійкості страховика / Н.В. Ткаченко // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України [Текст] : збірник тез доповідей ХІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції (12-13 листопада 2009 р.) : у 2 т. / Державний вищий навчальний заклад «Українська академія банківської справи Національного банку України». – Суми : ДВНЗ «УАБС НБУ», 2009. – Т. 1. – С. 116–117.
340. Ткаченко Н.В. Умови та складові забезпечення фінансової стійкості страхових компаній / Н.В. Ткаченко // Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії та практики. Збірник наукових праць. Випуск 2(7). Харківський інститут банківської справи. – 2009. – С. 59–63.
341. Ткаченко Н.В. Особливості діяльності рейтингових агентств в галузі страхування // Вісник Української академії банківської справи. – 2009. – №2(27). – С. 103–108.
342. Ткаченко Н.В. Новітні підходи до оцінки платоспроможності страхових компаній в рамках Solvency II / Н.В. Ткаченко // Банківська справа. – 2010. – №4. – С. 10–14.
343. Ткаченко Н.В. Рейтинг фінансової стійкості страхових компаній та основні підходи до його класифікації / Н.В. Ткаченко // Світ фінансів. – 2009. – №4(21) – С. 182–190.
344. Ткаченко Н.В. Удосконалення методики рейтингової оцінки стану фінансової стійкості страховиків / Н.В. Ткаченко // Вісник Тернопільського національного економічного університету. – 2010. – №2. – С. 48–60.
345. Ткаченко Н.В. Капіталізація як фактор укріплення фінансової стійкості страхової компанії / Н.В. Ткаченко // Вісник Хмельницького національного університету. – 2008. – №1. – С. 136–141.
346. Ткаченко Н.В. Міжнародні рейтингові агентства в системі оцінки фінансової стійкості страхових компаній / Н.В. Ткаченко // Фінанси України. – 2008. – №11. – С. 95–105.

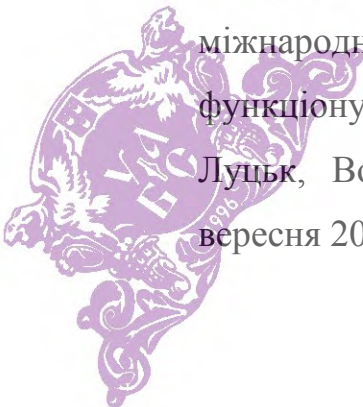


347. Ткаченко Н.В. Модернізація обов'язкового страхування у світлі європейської інтеграції / Н.В. Ткаченко // Вісник Донецького національного університету економіки і торгівлі ім. М. Туган-Барановського. – 2007. – №4. – С. 186–192.
348. Ткаченко Н.В. Інформаційна відкритість як необхідна умова побудови рейтингів страхових компаній / Н.В. Ткаченко // Інноваційні моделі та механізми управління українською економікою в умовах глобалізації: Тези доповідей XV міжвузівської науково-практичної конференції. – Харків: ПВНЗ Харківський інститут економіки ринкових відносин та менеджменту. – 2010. – С. 236–239.
349. Ткаченко Н.В. Оптимізація параметрів перестрахування / Н.В. Ткаченко // Вісник Тернопільського національного економічного університету. – 2007. – №4. – С. 52–64.
350. Ткаченко Н.В. Державне регулювання платоспроможності страхових компаній / Н.В. Ткаченко // Вісник Хмельницького національного університету. – 2010. – №1(Т.2). – С. 149–156.
351. Ткаченко Н.В. Розвиток перестрахування як важіль забезпечення фінансової стійкості страховиків / Н.В. Ткаченко // Фінанси України. – 2007. – №3. – С. 118–123.
352. Ткаченко Н.В. До питання про функції та принципи рейтингової оцінки страховиків / Н.В. Ткаченко // Формування ринкових відносин в Україні. – 2010. – №6. – С. 158–163.
353. Ткаченко Н.В. Оцінка платоспроможності страховиків на основі комплексного врахування ризиків / Н.В. Ткаченко // Галицький економічний вісник. – 2010. – №1(26). – С. 141–153.
354. Ткаченко Н.В. Класифікація методик проведення стрес-тестування / Н.В. Ткаченко // Облік, контроль і аналіз в управлінні підприємницькою діяльністю [Текст]: Матеріали VII-ї Міжнародної науково-практичної конференції: Черкаси, 14-16 квітня 2010 р. : У двох томах / М-во освіти і



науки України, Черкас. держ. технол. ун-т; відповід. ред. В.М. Яценко. – Черкаси: ЧДТУ, 2010. – Том II. – С. 158–160.

355. Ткаченко Н.В. Управління страховим портфелем в інтересах стійкого та безпечного функціонування страховика / Н.В. Ткаченко // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія економічна. – 2010. – Випуск 1. – С. 308–317.
356. Банківська система України в Європейському контексті : генеза, структура, конкурентний потенціал монографія / кол. авторів ; за ред. д-ра екон. наук Р. Ф. Пустовійта. – К. : УБС НБУ, 2009. – 339 с.
357. Ткаченко Н.В. Стійкість персоналу в контексті забезпечення фінансової стійкості страхової компанії / Н.В. Ткаченко // Збірник наукових праць Черкаського державного технологічного університету. Серія: економічні науки. Випуск 17. – Черкаси : ЧДТУ, 2007. – С. 302–309.
358. Ткаченко Н.В. Страхування. Навчальний посібник / Н.В. Ткаченко. – К. : Ліра-К, 2007. – 376 с.
359. Ткаченко Н.В. Сучасний стан оцінки платоспроможності страхових компаній / Н.В. Ткаченко // Фінансово-кредитна діяльність : проблеми теорії та практики. Збірник наукових праць. Випуск 1(6). Харківський інститут банківської справи. – 2009. – С. 101–110.
360. Ткаченко Н.В. Уточнення суті перестрахування з позицій забезпечення фінансової стійкості страховика / Н.В. Ткаченко // Фінансова система України. Збірник наукових праць. – Острог: Видавництво НаУ „Острозька академія”, 2007. – Вип. 9 – Ч. 4. – С. 292–303.
361. Ткаченко Н.В. Фінансова стійкість страховика – об’єкт зацікавленості учасників страхування / Н.В. Ткаченко // Матеріали XIII міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми і перспективи функціонування інноваційної системи держави в умовах глобалізації». – Луцьк, Волинський державний університет ім. Лесі Українки, 27-28 вересня 2007 р. – С. 141–143.



362. Ткаченко Н.В. Фінансова стійкість страхових компаній : теоретичні підходи / Н.В. Ткаченко // Фінанси України. – 2009. – №6. – С. 104–121.
363. Ткаченко Н.В. Ризики діяльності страхових компаній: теоретичний аспект / Н.В. Ткаченко // Фінанси України. – 2010. – №7. – С. 84–92.
364. Ткаченко Н.В. Методичні підходи до побудови рейтингу страхових компаній // Вісник Університету банківської справи Національного банку України (м. Київ). – 2010. – №2(8). – С. 182–186.
365. Ткаченко Н.В. Забезпечення фінансової стійкості страхових компаній: теорія, методологія та практика [Текст]: монографія / Н.В. Ткаченко; Нац. банк України, Ун-т банк. справи. – Черкаси: «Черкаський ЦНТЕІ», 2009. – 570 с.
366. ТОП 35 рынка агрострахования в Украине, 2008 // Insurance Top. – 2009. – №1. – С. 42.
367. ТОП 50 на рынке медицинского страхования, 2008 // Insurance Top. – 2009. – №1. – С. 21.
368. Третьякова Г. Лайфові компанії на ринку недержавних пенсійних послуг / Г. Третьякова // Фінансовий ринок України. – 2007. – №7. – С. 20–24.
369. Тронин Ю.Н. Основы страхового бизнеса / Ю.Н. Тронин. – М. : Издательство «Альфа-Пресс», 2006. – 472 с.
370. Турбина К.Е. Зарубежный опыт государственного регулирования банкротства страховщиков / К.Е. Турбина, Р. Дзарасов // Страховое право. – 2007. – №3. – С. 27–39.
371. Турбина К.Е. Мировая практика государственного регулирования международного перестрахования / К.Е. Турбина // Страховое право. – 2001. – №1. – С. 32–55.
372. Турбина К.Е. Российский перестраховочный рынок не требует гигантских емкостей / К.Е. Турбина // Финансы. – 2007. – №5. – С. 35–38.



373. Управление деятельностью коммерческого банка (банковский менеджмент) / Под ред. проф. О.И. Лаврушина. – М. : Юристъ, 2003. – 688 с.
374. Управление персоналом организации : Учебник / Под ред. А.Я. Кибанова. – 2-е изд., перераб. и дополн. – М. : ИНФРА-М, 2001. – 638 с.
375. Уткин Э.Я. Мотивационный менеджмент / Э.Я. Уткин. – М. : ЭКМОС, 1999. – 256 с.
376. Файоль А. Управление – это искусство / А. Файоль, Г. Эмерсон, Ф. Тейлор, Г. Форд. – М. : Юнити, 2002. – 351 с.
377. Фетисов Г.Г. Устойчивость банковской системы и методология ее оценки / Г.Г. Фетисов. – М. : Экономика, 2003. – 396 с.
378. Фетисов Г.Г. Устойчивость коммерческого банка и рейтинговые системы ее оценки / Г.Г. Фетисов. – М. : Финансы и статистика, 1999. – 168 с.
379. Финансовый менеджмент : теория и практика : Учебник / Под ред. Е.С. Стояновой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : Издательство «Перспектива», 1999. – 656 с.
380. Финансы : Учебник / Под ред. В.В. Ковалева. – М. : ТК Велби, 2004. – 634 с.
381. Финансы предприятий : Учебник / Н.В. Колчина, Г.Б. Поляк, Л.В. Павлова и др. / Под ред. проф. Н.В. Колчиной. – М. : Финансы, ЮНИТИ, 1998. – 413 с.
382. Філімоненков О.С. Фінанси підприємств : Навчальний посібник / О.С. Філімоненков. – Житомир : ЖІТІ, 2000. – 440 с.
383. Філіна Г.І. Фінансова діяльність суб'єктів господарювання. Навчальний посібник / Г.І. Філіна. – К. : Центр учбової літератури, 2007. – 320 с.
384. Філонюк О. Огляд глобального ринку перестраховування / О. Філонюк // Страхова справа. – 2009. – №2. – С. 30–43.



385. Філонюк О. Система охорони здоров'я в Україні потребує реформ / О. Філонюк // Страхова справа. – 2008. – №2. – С. 66–67.
386. Фінанси підприємств : Підручник / А.М. Поддєрьогін, М.Д. Білик, Л.Д. Буряк. – 5-те вид. – К. : КНЕУ, 2004. – 546 с.
387. Фінансове посередництво : проблеми і перспективи розвитку : колективна монографія / За заг. ред. проф. Васенка В.К. – Черкаси : Видво ПП Чабаненко Ю.А. – Черкаси, 2009. – 450 с.
388. Фінансові монетарні важелі економічного розвитку : В 3-х Т., Т.2 / За ред. чл.-кор. НАН України А.І. Даниленка. – К. : Фенікс, 2008. – 442 с.
389. Фомин В.Н. Операторные методы теории линейной фильтрации случайных процессов / В.Н. Фомин. – СПб.: СПУ, 1996. – 308 с.
390. Фурман В.М. Страхування: теоретичні засади та стратегія розвитку. Монографія / В.М. Фурман. – К. : КНЕУ, 2005. – 296 с.
391. Хан Д. Планирование и контроль: концепция контроллинга / Пер. с нем. – М. : Финансы и статистика, 1997. – 800 с.
392. Хмелевська Н.В. Фінансова надійність страховика як економічна категорія та її специфічні ознаки / Н.В. Хмелевська, О.В. Хмелевський. – 2009. – №2. – С. 104–106.
393. Хоминич И.П. Методология формирования национальной страховой системы в контексте системного анализа / И.П. Хоминич, С.Н. Тихомиров // Финансы. – 2008. – №3. – С. 44–48.
394. Хохлов Н.В. Управление риском : Учеб. пособие для вузов / Н.В. Хохлов. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 1999. – 239 с.
395. Худиел Н.Н. Формирование единого страхового рынка в СНГ : причины, формы и тенденции / Н.Н. Худиел // Страховое дело. – №1. – 2005. – С. 49–54.
396. Хэмптон Д. Финансовое управление в страховых компаниях. Перевод с англ. / Д. Хэмптон. – М. : Анкил, 1995. – 263 с.
397. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. №435-IV [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>.



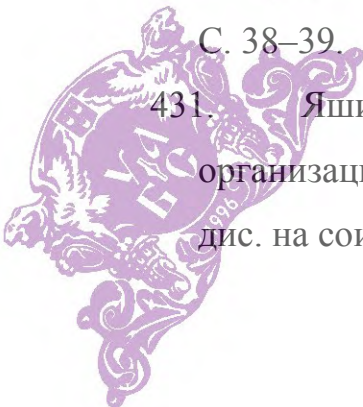
398. Чернова Г.В. О соотношении рисков и финансовых источников их покрытия в страховой организации / Г.В. Чернова // Страховое дело. – 2003. – №4. – С. 25–31.
399. Чернова Г.В. Основы экономики страховой организации по рисковому видам страхования / Г.В. Чернова. – СПб. : Питер, 2005. – 240 с.
400. Черняк Ю.И. Системный анализ в управлении экономикой / Ю.И. Черняк. – М. : Экономика, 1975. – 191 с.
401. Чумаченко Н.Г. Развитие управленческого учета в Украине / Н.Г. Чумаченко // Світ бухгалтерського обліку. – 1998. – №11. – С. 2–8.
402. Чуринова И. Рейтинговая оценка российских страховщиков : миф или необходимость / И. Чуринова // Страховое ревью. – 2000. – №9. – С. 14–37.
403. Шамсутдинова Л.Х. Жизнь, которая «не проедается»: роль неэкономических факторов в страховании жизни / Л.Х. Шамсутдинова // Страховое дело. – 2006. – №12. – С. 38–42.
404. Шапран В. Можно и перегреться / В. Шапран, Т. Чмерук // Эксперт Украина. – 2008. – №36. – С. 58–65.
405. Шахов В.В. Страхование. Учебник для вузов / В.В. Шахов. – М. : Страховой полис : ЮНИТИ, 1997. – 311 с.
406. Шахов В.В. Теория и управление рисками в страховании / В.В. Шахов, В.Г. Медведев, А.С. Миллерман. – М. : Финансы и статистика, 2003. – 224 с.
407. Шевченко К. Перспективы развития национальных и региональных рейтинговых агентств в мире / К. Шевченко // Ежемесячный информационный бюллетень агентства «Кредит-Рейтинг». – 2008. – Выпуск 1(5). – С. 1–4.
408. Шевчук О.О. Економіко-математичне моделювання діяльності страхової компанії : Дисертація на здобуття ступеня к.е.н. 08.03.02 / Львівський національний університет імені Івана Франка / О.О. Шевчук. – Львів, 2003. – 187 с.



409. Шелудько Н.М. Фінансова стійкість комерційних банків та механізм її забезпечення / Н.М. Шелудько // Автореф. дис. на здобуття ступеня канд. екон. наук : 08.04.01 // НАН України, Інститут економіки. – Київ, 2000. – 20 с.
410. Шенаев И.В. Системы контроллинга в российских банках / И.В. Шенаев // Банковское дело. – 2006. – №12. – С. 58–60.
411. Шеремет О.О. Фінансовий аналіз : Навчальний посібник / О.О. Шеремет. – К. : Кондор, 2005. – 193 с.
412. Ширінян Л.В. Незалежний рейтинг ринку страхування в Україні / Л.В. Ширінян // Фінанси України. – 2005. – №11. – С. 118–125.
413. Ширінян Л.В. Фінансова надійність і фінансова стійкість страховиків / Л.В. Ширінян // Актуальні проблеми економіки. – 2007. – №9. – С. 173–178.
414. Шихов А.К. Страхование / А.К. Шихов. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2000. – 431 с.
415. Ширінян Л.В. Визначення фінансової стійкості страхових компаній і підприємств / Л.В. Ширінян // Фінанси України. – 2005. – №9. – С. 70–80.
416. Ширінян Л.В. Рейтингова система і рейтинг-оцінка фінансової стійкості страхових компаній України / Л.В. Ширінян // Світ фінансів. – 2007. – №2. – С. 152–163.
417. Ширінян Л.В. Фінансова стійкість страхових компаній та шляхи її забезпечення / Л.В. Ширінян // Автореф. дис. на здобуття ступеня канд. екон. наук : 08.00.08 // Харк. нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна. – Харків, 2007. – 19 с.
418. Шульга Н.П. Банківській контролінг: теорія, методологія, практика / Н.П. Шульга. – К. : Київ. нац. торг.- екон. ун-т, 2004. – 326 с.
419. Шумелда Я. Основи актуарних розрахунків. Навчальний посібник для студентів спеціальності «Фінанси» (спеціалізація «Страхова справа») / Я. Шумелда. – Тернопіль : Підручники і посібники, 2003. – 160 с.



420. Шумелда Я. Страхування. Навчальний посібник для студентів економічних спеціальностей / Я. Шумелда. – Тернопіль : Джура, 2004. – 280 с.
421. Электронное информационно-аналитическое издание «Власть и Деньги» [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vid.org.ua>
422. Энциклопедический словарь: экономика и страхование / Авт.-укл. Ефимов С.Л. – М. : Церих-ПЭЛ, 1996. – 528 с.
423. Юлдашев Р.Т. Российское страхование : системный анализ понятий и методология финансового менеджмента / Р.Т. Юлдашев, Ю.Н. Тронин. – М. : Анкил, 2000. – 448 с.
424. Юлдашев Р.Т. Страховой бизнес : Словарь-справочник / Р.Т. Юлдашев. – М. : Анкил, 2005. – 832 с.
425. Юрченко Л.А. Финансовый менеджмент страховщика. Учеб. пособие для вузов / Л.А. Юрченко. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2001. – 199 с.
426. Яковенко І. Можливості та передумови застосування обов'язкового страхування в Україні / І. Яковенко // Фінансовий ринок України. – 2006. – №7. – С. 29–34.
427. Яковлева Т.А. Страхование : Учеб. пособие / Т.А. Яковлева, О.Ю. Шевченко. – М. : Юрист, 2003. – 217 с.
428. Яковлев Ю.П. Контролінг на базі інформаційних технологій / Ю.П. Яковлев. – К. : Центр навчальної літератури, 2006. – 318 с.
429. Ямолдин А.П. Воздействие отдельных факторов на страхование в Германии / А.П. Ямолдин // Страхование дело. – 2003. – №6. – С. 52–59.
430. Янгевський М. Тенденції та прогнози розвитку страхового ринку Польщі / М. Янгевський // Страхова справа ринок України. – 2009. – №1. – С. 38–39.
431. Яшина Н.М. Обеспечение финансовой устойчивости страховой организации : теория, методология и практика / Н.М. Яшина // Автореф. дис. на соискание степени докт. экон. наук : 08.00.10. – М., 2007. – 50 с.



432. Яшина Н.М. Страховой портфель как основа обеспечения финансовой устойчивости страховой организации / Н.М. Яшина // Финансы и кредит. – 2007. – №20/260. – С. 84–86.
433. Banasicski A. Ubezpieczenia gospodarcze / A. Banasicski. – Warszawa: Poltext, 1993. – 214 s.
434. Breuer Rolf-E. Die Bedeutung des Rating am Kapitalmarkt, w Anlegerschutz und Vertrauensbildung an Finanzmärkten / Rolf-E. Breuer. – Fritz Knapp Verlag, Frankfurt am Main, 1992. – 336 s.
435. Chapman R.B. Insourcing after the Outsourcing. MIS Survival Guide. American Management Association / R. B. Chapman, K. Andrade. –N.Y., 1998.
436. Considerations on the design of a future prudential supervisory system, MARKT/2535/02 z 28 listopada 2002 r. oraz Design of a future prudential supervisory system in EU - Recommendations by the Commission Services, MARKT/2509/03 z 3 marca 2003 r.
437. Daenzer B. Insurer Solvency: Determining Which Companies Can Survive The Storm / B. Daenzer // Risk Management. – №7. – 1994. – S. 22–34.
438. Dyer L. A strategic perspective of human resources management / L. Dyer, G. W. Holder (Eds.), Human resources management : Evolving roles and responsibilities, Washington, DG : American Society for Personnel Administration. – 1988.
439. Everling O. Rating, Handbuch Rating / O. Everling. – Gabler Verlag, Wiesbaden 1996. – 1603 s.
440. Executive summary of the report of the working group on non-life assurance, MARKT/2529/02 z 3 wrzesnia 2002 r.
441. Griess Heinz Ratings als Entscheidungshilfe für besten Rat des Versicherungsmaklers? Materialy konferencyjne „Versicherungs – Ratings in Deutschland”, Köln. – 1996.



442. Hagen O. Versicherungsrecht / O. Hagen/ – Ehrenbergs Handb. D. HR. – 1922.
443. Hilton R.W. Managerial Accounting / R. W. Hilton. – 5.A, New York, 2002.
444. Kurek R. Solvency I i projekt Solvency II – aktualne i proponowane zmiany w zakresie wypłacalności zakładów ubezpieczeń / R. Kurek // Prawo asekuracyjne. – 2004. – №4 (41). – S. 23–42.
445. Outsourcing: Eine strategische Allianz besonderen Typs / Hrsg. von W. Koelner-Frast. Berlin: Erich Schmidt, 2000.
446. Reichmann T. Gontrolling mit Kennzahlen und Managementberichten / T. Reichmann. // Grundlagen einer systemgestutzten Gontrolling-Konzeption. – 6. Auf., Munchen, 2001.
447. Romeike F. Die Auswirkungen von Solvency II auf die Versicherungswirtschaft / F. Romeike // RATINGaktuell. – 2003. – №1. – S. 24–28.
448. Sandström A. Solvency. Models, Assessment and Regulation / A. Sandström // Francis Group, LLC, 2006. – 423 p.
449. Sharma P. Prudential Supervision of Insurance Undertakings / P. Sharma // Conference of Insurance Supervisory Services of The Member States of the European Union, December 2002, S. 12–33.
450. Sjaak Bouma. Capgemini's Compliance and Risk Management Centre of Excellence / Sjaak Bouma // Risk Management in the Insurance Industry and Solvency II. European Survey – [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.capgemini.com>.
451. Solvency II – Presentation of the proposed work, MARKT/2027/01 z 13 marca 2001 r., S. 6–7.
452. Solvency II an integrated risk approach for European insurers // Sigma. – 2006. – №4. – p. 9.
453. Stevenson K. Schiff to XL cover could halve global premiums / K. Stevenson // Insurance Day. – 1998. – №425. – P. 21–29.



454. Tafel B. Vertrauen ist gut – sind Ratings besser? / B. Tafel // Swiss Re Life & Health, Swiss Re, Zürich. – 1998. – 115 s.
455. Wagner A. Der Staat und das Versicherungswesen / A. Wagner. – 1981.
456. Weber J. Einführung in das Controlling / J. Weber. – 9. Aufl., Stuttgart, 2002.
457. World insurance 2004: growing premiums and stronger balance sheets // Sigma. – 2005. – №2. – S. 40–41.
458. World insurance in 2005: moderate premium growth, attractive profitability // Sigma. – 2006. – №5. – S. 36–37.
459. World insurance in 2006: Premiums came back to «life» // Sigma. – 2007. – №4. – S. 38–39.
460. World insurance in 2007: emerging markets leading the way // Sigma. – 2008. – №3. – S. 40–41.
461. World insurance in 2008 : life premiums fall in the industrialised countries – strong growth in the emerging economies // Sigma. – 2009. – №3. – S. 42–43.
462. World insurance in 2009 : premiums dipped, but industry capital improved // Sigma. – 2010. – №2. – S. 29–38.
463. Zweifel P. Versicherungsökonomie / P. Zweifel, R. Eisen. – 2., verb. Aufl. – Berlin; Heidelberg, New York; Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokio: Springer, 2003. – 491 s.

