

Н. О. Долгошея

# **СТРАХУВАННЯ В ЗАПИТАННЯХ ТА ВІДПОВІДЯХ**

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

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

Київ  
“Центр учбової літератури”  
2010

УДК 368(075.8)

ББК 65.271я73

Д 64

*Гриф надано*  
*Міністерством освіти і науки України*  
*(Лист № 1.4/18-Г-1638 від 07.07.2008)*

Рецензенти:

**Червен І. І.** – доктор економічних наук, професор (Миколаївський державний аграрний університет);

**Горлайчук В. В.** – доктор економічних наук, професор (Південнослов'янський інститут Київського славистичного університету).

**Долгошея Н. О.**

Д 64 Страхування в запитаннях та відповідях: Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2010. – 318 с.

ISBN 978-611-01-0038-0

У навчальному посібнику, який представлений у формі відповідей на запитання, що виносяться на іспити та заліки, компактно викладено матеріал з курсу страхування для економічних спеціальностей вищих закладів освіти.

Використовуючи цей посібник, особливо під час підготовки до заліків чи іспитів, студенти зможуть в оптимально стислі строки систематизувати і конкретизувати пройдений матеріал, зосередивши свою увагу на основних поняттях.

Розрахований на студентів економічних спеціальностей та тих навчальних закладів.

**УДК 368(075.8)**

**ББК 65.271я73**

**ISBN 978-611-01-0038-0**

© Долгошея Н. О., 2010.

© Центр учбової літератури, 2010.

# МОДУЛЬ 1

## 1. Необхідність страхового захисту як важливого засобу економічної безпеки

Необхідність страхового захисту має кілька аспектів: природний, економічний, соціальний, юридичний, міжнародний.

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

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

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

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

*Міжнародний* аспект страхового захисту зводиться до усунення національних відмінностей у законодавствах різних країн і уніфікації способів захисту інтересів господарюючих суб'єктів, з одного боку, та розроблення таких юридичних норм, які забезпечили б страховикам наявність достатніх фінансових гарантій – з іншого.

Таким чином, необхідність страхового захисту зумовлена прагненням обмежити як матеріальні, так і нематеріальні збитки, пов'язані з певними ризиками.

Ризики – можлива небезпека втрат, зумовлена певними природними явищами (землетруси, паводки, посуха тощо), випадковими подіями техніко-технологічного характеру (пожежа, аварії, вибухи тощо), кримінальними явищами (крадіжки, розбійницькі напади, шахрайство тощо) та явищами суто економічними, різноманітність яких досить стрімко зростає у зв'язку з поглибленням суспільного поділу праці, розвитком кредитної системи (порушення ритмічності поставок, кризи неплатежу, інфляція тощо).

Класифікація ризиків може бути досить різноманітною залежно від критерію, покладеного в її основу. З огляду на те, чи готовий суб'єкт взяти на себе відповідальність за страхове відшкодування збитків потерпілим внаслідок настання небажаних, уразливих з погляду економічних (або інших) інтересів подій, розрізняють страхові та нестрахові ризики.

**Страховий ризик** – певна подія, в разі настання якої проводиться страхування. Вона має ознаки ймовірності та випадковості. Страхується той ризик, за яким можна оцінити ймовірність страхового випадку, визначити розмір збитку й обчислити ціну страхової послуги та можливу частку страхового відшкодування.

**Нестрахові ризики** – події, які теж супроводжуються певними втратами для потерпілого, але не підлягають страхуванню, найчастіше у зв'язку з відсутністю бажаючих взяти на себе зобов'язання щодо відшкодування збитків, спричинених цими подіями. Це, як правило, ризики, за якими неможливо оцінити ймовірність страхового випадку, визначити розмір збитків та ціну страхової послуги.

## 2. Страхові фонди як матеріальна основа страхового захисту та його форми

Якщо враховувати тлумачення «фонду» як ресурси, запаси, нагромадження, то страховий фонд – це сукупність виділених та зарезервованих запасів матеріальних благ, що призначені для здійснення страхового захисту (не тільки компенсації, а й подолання наслідків реалізації страхового ризику). Може виступати як у натуральній, так і в грошовій формі.

Призначення страхового фонду не для споживання, не для накопичення, а для відшкодування збитків в результаті настання страхового випадку. Відповідно до такого підходу, національний дохід, головним чином, є джерелом розширеного відтворення, а механізм

страхування дає змогу утримувати певний рівень виробничого розвитку. Тобто страхування впливає на сталість економіки, на її стабілізацію. Однак, за цією теорією, стихійні лиха та несприятливі випадки рівносильні, фізичному та моральному зносу, оскільки вимивають національні надбання. Тому на практиці теоретичні погляди марксистів з приводу зазначеної концепції страхового фонду трансформувалися в обґрунтування того, що витрати на формування цього фонду здійснюються за рахунок прибутку, що залишається в розпорядженні підприємства. За такою теоретичною позицією витрати на страхування майна підприємств не входять до складу собівартості продукції, а розмір страхового платежу в планово-директивній економіці за радянських часів обмежувався 1 % від реалізованої продукції, що не відповідало рівню суспільно-необхідних витрат для відшкодування збитків і руйнувань в результаті настання об'єктивних страхових подій.

Виходячи з наукової та суспільної практики розроблено організаційні форми страхового фонду. В. Райхер обґрунтував трійсту систему страхових фондів антиризикового спрямування і в своїй класичній теорії розглянув методи організації цих фондів. Щодо умов функціонування економіки в Україні, та можна виділити такі форми страхового фонду:

- централізований (резервний);
- самострахування;
- страховий фонд страховика.

**Централізований (резервний) страховий фонд** формується централізованим методом на рівні держави, територіально-адміністративної одиниці, його призначення – відшкодувати збитки та усувати наслідки стихійного лиха, великих аварій, інших страхових подій шляхом перерозподілу загальнодержавних ресурсів. Цей фонд формується як у натуральній, так і в грошовій формі;

**Фонд самострахування** формується децентралізованим методом на рівні господарюючого суб'єкта: Його мета – долати тимчасові труднощі та відшкодувати втрати в процесі виробництва при настанні страхового випадку шляхом цільового використання власних ресурсів. Формується переважно у вигляді натуральних запасів суб'єкта, але може мати й грошову форму.

**Страховий фонд страховика** формується децентралізованим методом за рахунок внесків страхувальників. Його мета – організувати страховий захист відповідно до встановлених правил

та умов страхування шляхом виплати страхових сум страхувальникам у разі настання страхового випадку, а також реалізовувати економічні інтереси страховика в отриманні прибутку. В сучасних умовах цей страховий фонд формується тільки у грошовій формі та знімає суперечливість відносин між страхувальником та страховиком, хоча й залишає відмінності у пріоритетах. Так, для страхувальника страховий фонд – це насамперед гарант виконання зобов'язань страховика з організації страхового захисту, а потім вже існує зацікавленість у його кількісному зростанні. Для страховика, навпаки, пріоритетним є те, що страховий фонд, насамперед капітал, який може прирости, тобто принести прибуток, а на другому плані – засіб виконання зобов'язань перед страхувальниками з приводу страхових виплат. Зазначене протиріччя вирішується застосуванням одного з основних діалектичних законів – єдності та боротьби протилежностей. Усі учасники страхових відносин повинні турбуватись однаковою мірою про ефективне використання страхового фонду і з приводу його примноження, і з приводу виконання страхових зобов'язань.

**Мета страхового фонду** – відновити ситуацію, стабілізувати її, але не поліпшувати. Тому значення страхового фонду полягає ще й у тому, що в ньому реалізуються певні економічні відносини процесу виробництва, він є фактором стабілізації економіки, сприяє економічному прогресу суспільства як джерела інвестицій в економіку.

**Основні принципи функціонування страхового фонду:**

- комплексність (оптимальність, достатність);
- різноманітність організаційних форм;
- урахування специфіки галузей економіки та суб'єктів власності;
- державне регулювання.

### **3. Самострахування, його джерела меж доцільного застосування**

Перевага самострахування полягає в тому, що воно допомагає оперативно відшкодувати невеликі збитки. Крім того, не потрібно платити на сторону страхові премії, які мають не лише відшкодувати збитки, заподіяні страховим випадком, а й покрити витрати з виплати комісії посередникам, утримувати офіс і формувати прибуток страховика.

Проте зазначені переваги децентралізованої форми нагромадження й використання резервних коштів виявляються лише в певних межах. Адже в разі самострахування практично немає розподілу наслідків ризику. Один великий (а нерідко і середній) ризик може призвести до необхідності ліквідувати підприємство. Самострахування вимагає відволікання значних ресурсів до резервів. Крім того, кошти цих фондів не зосереджуються на окремому рахунку в банку. Вони перебувають у господарському обороті і на момент, коли постане реальна потреба використати їх за цільовим призначенням, можуть перебувати в неліквідній формі. Отже, цей канал формування коштів для страхового захисту об'єктивно не може бути визначальним у структурі сукупного фонду страхового захисту.

Фінансування за рахунок централізованих фондів поширювалося на покриття втрат від ризиків лише підприємств державного сектора. Кооперативні, громадські підприємства й населення вдавалися не лише до самострахування, а й організовували захист своїх матеріальних інтересів на випадок ризику за рахунок коштів фондів, що створювалися завдяки страхуванню. Так можна було нагромаджувати кошти не лише на захист майна, а й на вирішення низки соціальних питань (страхування на випадок постійної або тимчасової втрати працездатності, страхування на дожиття, довесільне страхування тощо). Проте відносно низький рівень доходів населення гальмував розвиток цих видів страхування.

Отже, оскільки у плановій централізованій економіці переважала державна форма власності, то й специфічні форми та методи її захисту відсунули страхування на другий план.

Зауважимо, що склад і структура фондів, призначених для страхового захисту, принципово змінюються в період поступового переходу до економіки ринкового типу. Адже роздержавлення власності потребує відповідних змін і в її страховому захисті. Вони мають спрямовуватися на прийняття рішень про страховий захист від малих ризиків на рівні підприємства, розширення меж самофінансування.

Тепер значно менше, ніж у минулі часи, використовуються централізовані грошові резерви держави на відновлення майна, знищеного або пошкодженого стихією чи іншим лихом. Тут позначаються зміни форм власності.

На організації самострахування суб'єктів господарювання негативно позначилась жорстка податкова політика. Переважна частина підприємств позбавлена через це можливості мати у своєму розпорядженні необхідні грошові резервні фонди.

Отже, можливості забезпечення страхового захисту за рахунок перелічених щойно джерел дуже обмежені. Це означає що надалі більше навантаження має припадати на фонди, створювані завдяки страхуванню. Якщо до цього додати завдання з переорієнтації програми соціального захисту громадян (охорона здоров'я, пенсійне забезпечення, частково освіта) на страхові засади, як це зроблено в країнах із ринковою економікою, то перспектива посилення ролі страхування в системі страхового захисту стає очевидною.

#### **4. Виникнення та етапи розвитку страхування**

Значного розвитку страхування набуло у Стародавньому Римі, передбачаючи взаємодопомогу членам римських професійних корпорацій, колегій, спілок на випадок захворювання, каліцтва, смерті (для виконання культових обрядів, установа пам'ятників, допомоги сім'ям, що втратили годувальника тощо). На відміну від первинних форм страхування, які не передбачали попереднього нагромадження страхового фонду, але зобов'язували відшкодувати збитки спільно у порядку їх перерозподілу між певною спільнотою, страхування у Стародавньому Римі ґрунтувалося на обов'язковості регулярних платежів, що давало змогу акумулювати грошові засоби та створювати страховий фонд до настання небажаного (страхового) випадку. Ці засоби мали суворо цільове призначення, їх не можна було використати, скажімо, на погашення боргу і т. ін., їх міг отримати тільки спадкоємець за заповітом, а не за законом, оскільки лише особа, визначена тим, хто заповідав, здатна найліпше використати грошові страхові засоби за цільовим призначенням. І хоч римське право регламентувало належність рабовласнику результатів усіх угод, укладених його рабом, господар не мав права на привласнення його (раба) страхової суми.

Середньовічне, або гільдійно-цехове, страхування спершу було досить схожим на страхування у професійних колегіях та спілках. Воно ґрунтувалось на наданні взаємодопомоги без попереднього переліку страхових подій та розмірів виплати за ними.



У міру розвитку гільдійно-цехове страхування запровадило регулярні внески, встановило перелік страхових випадків, за яких передбачалося відшкодування збитків з урахуванням ступеня ризику, конкретизувалися форми та розмір страхових виплат. У цей період формується поділ страхування на майнове та особисте. Майнове страхування було покликане відшкодувати збитки, що виникали внаслідок стихійного лиха, пограбування, а також банкрутства (розорення) члена гільдії незалежно від причини. Особисте страхування передбачало грошові виплати в разі смерті, хвороби, каліцтва тощо.

Цікавою ознакою середньовічного страхування було зобов'язання членів гільдійної або цехової каси сприяти один одному в обмеженні збитків, спричинюваних пожежами, стихійними лихами, грабунками тощо. Недбале ставлення до охорони майна позбавляло права на отримання страхового відшкодування.

Крім того, в межах середньовічного страхування відбулося відособлення таких страхових фондів, які обслуговували не тільки членів страхової організації, а й сторонніх осіб. Це фонд для вдов, сиріт і т. ін.

І, зрештою, так звані родові та общинні взаємодопомоги, різноманітні державні страхові заходи, що зародилися і застосовувалися в цей історичний період, можна розглядати як прообраз ринкових форм страхування.

У нашій державі назріли передумови для наступного етапу розвитку страхового ринку. Цей етап передбачає становлення та розвиток товариств взаємного страхування як одного з елементів вітчизняної страхової системи. Оскільки комерційна сторона страхування ставить на чільне місце прибутковість страхових операцій і диверсифікацію тимчасово вільних коштів страхових фондів страховика, то вона витісняє на другий план справжнє значення страхування для суспільства. Адже страхові організації як спеціалізований суб'єкт економіки існують тому, що спроможні виконувати соціальну функцію перерозподілу природних, економічних, техногенних і антропогенних ризиків між господарюючими суб'єктами та людьми і забезпечувати відшкодування збитку, спричиненого настанням страхового випадку.

Зараз із різних причин «чистим страхуванням» займається невелика кількість страховиків. Цьому заважає, по-перше, відсутність

професійної компетенції для належної оцінки взятого на страхування ризику і техніки страхування та кваліфікованої технічної оцінки можливих збитків. По-друге, більшість суб'єктів підприємницької діяльності зміст і призначення страхування сприймають певною мірою абстрактно, несформований страховий менталітет. І лише реальні катастрофи, які миттєво призводять до втрат величезної кількості матеріальних і трудових ресурсів, спонукають замислитись над пошуком ефективних способів страхового захисту за нових умов господарювання. По-третє, мінімальні джерела, нереальні кошти, їх дефіцит, криза неплатежів та інші фактори перешкоджають активно включатися в процес страхування багатьом господарюючим суб'єктам та громадянам. По-четверте, нерозвинутість вітчизняної страхової системи, зокрема таких її організаційних форм, як товариства взаємного страхування, страхові кооперативи, кептиви.

Страховання є предметом діяльності страховиків як суб'єктів підприємницької діяльності і дає змогу одержати прибуток. Це є основною метою діяльності страховика у формі акціонерного товариства: засновники формують капітал страхового підприємства, розцінюючи свої інвестиції як ефективну форму вкладення коштів і передбачаючи за підсумками діяльності цього підприємства одержати доходи. Комерційні засади в організації страхової справи призводять до різних наслідків. Можна стверджувати, що мета – одержання прибутку внаслідок страхової діяльності – є великим стимулом ефективного здійснення страхової справи. З іншого боку, отримання прибутку є об'єктивним фактором, який спричинює зростання цін на страхові продукти для клієнтів страхових компаній.

Для того щоб дати відповідь, чи дійсно існують інші організаційні розкладки збитку суб'єктів господарювання і громадян, діяльність і рід занять яких пов'язані з можливим впливом тотожних за характером і наслідками страхових ризиків, необхідно зробити ретроспективний аналіз.

## **5. Сутність страхування та його місце в системі грошових відносин**

Аналіз опублікованих визначень поняття «страхування» показує, що кожне з них уточнює або доповнює попередні, залишаючи без змін їхню основу.

Офіційне тлумачення цього терміна в Україні наведено в Законі «Про страхування»: «Страхування – це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів».

У законі зафіксовано головні елементи, що формують поняття страхування. Це насамперед мета страхування – захист майнових інтересів фізичних і юридичних осіб. Наголошується, що захист забезпечується на випадок конкретних подій, перелік яких зафіксовано в чинному законодавстві або страхових договорах. Виокремлюються джерела грошових коштів, що є ресурсами для страхових виплат.

Водночас ретельне вивчення поняття страхування і зіставлення різних його тлумачень, які містяться в наукових працях, показують, що офіційне визначення терміна дещо переважане правовими аспектами.

Страхування є насамперед системою економічних відносин між конкретними суб'єктами господарювання, де, з одного боку, діють страхувальники, а з іншого – страховики. Важливою передумовою застосування страхування є майнова самостійність суб'єктів господарювання і їхня зацікавленість у переданні відповідальності за наслідки ризику спеціалізованим формуванням.

Чим ця зацікавленість більша, тим і потреба у страхуванні вища. Саме в такій площині страхування розглядається у працях учених багатьох країн ринкової орієнтації. Поняття страхування є неповним і тоді, коли воно не передбачає надійності і превентивного спрямування захисту.

З урахуванням щойно сказаного можна дати таке визначення поняття «страхування»:

Страхування – це двосторонні економічні відносини, які полягають у тому, що страхувальник, сплачуючи грошовий внесок, забезпечує собі (чи третій особі) у разі настання події, обумовленої договором або законом, суму виплати з боку страховика, який утримує певний обсяг відповідальності і для її забезпечення поповнює та ефективно розміщує резерви, вживає превентивні заходи, спрямовані на зменшення ризику, а при потребі перестраховує частину своєї відповідальності.

За умов, коли радянській державі належало понад  $\frac{9}{10}$  усіх виробничих фондів і фінансових ресурсів, страхування було монополізоване і дуже обмежене щодо можливостей розвитку. Воно, як правило, не поширювалося на об'єкти державної власності. Включення страхування до фінансів мало значною мірою суто фіскальну мету. Були часи, коли умови страхування не передбачали створення перехідних резервів. Значні суми штучно створеного перевищення надходжень над витратами зараховувались до бюджету.

Інша ситуація спостерігається в ринковій економіці, коли страхування відбувається на комерційних засадах. (Це не стосується обов'язкового соціального страхування, де страхові операції не передбачають отримання прибутку.) Воно стає важливим напрямом підприємницької діяльності й розглядається як окрема галузь (індустрія). Природно, що кожна страхова компанія, як і будь-яке інше підприємство, має власне фінансове господарство, за допомогою якого забезпечує свою статутну діяльність. У цій частині страхування належить до сфери фінансів підприємств і галузей.

Отже, страхування не вміщується в рамки традиційного вузького розуміння фінансів як економічних відносин, що виникають у процесі формування, розподілу та використання доходів і грошових фондів. До речі, в англійському словнику страхових термінів страхування визначається «як система передання ризику і його комбінування». Тобто в країні, де виникла більшість класичних видів страхування, зміст останнього пов'язують насамперед із переданням ризику від страхувальника до страховика. Створення і використання грошових фондів підпорядковується головній меті – забезпеченню можливості страховикові здійснювати свою діяльність.

Існує також тісний взаємозв'язок між страховою і кредитною діяльністю. Населення багатьох країн надає перевагу заощадженню своїх коштів через страхові компанії, укладаючи з ними договори на страхування життя та здоров'я. До продажу страхових полісів нерідко залучаються й банки.

Завдяки страхуванню акумулюються великі кошти, які до настання страхових випадків використовуються передусім як джерело кредитних ресурсів. Страхові поліси можуть бути гарантіями повернення позик. Матеріальні цінності, які в разі кредитування банки приймають як заставу, мають бути застраховані. Отже, існує тісний взаємозв'язок між страхуванням і кредитом. Але це не дає підстав

для ототожнення специфічних економічних відносин, що становлять зміст страхування, з поняттям кредиту.

Останнім часом під впливом західної теорії вдаються до розширеного тлумачення фінансів, виокремлюючи 5 великих сфер їх функціонування: фінанси державні, фінанси галузеві, кредит і грошовий обіг, ринок цінних паперів, страхування (Финансовый менеджмент. – М.: Финансы, 1997. – С. 7). Ця концепція надає фінансам широкого змісту, який виводить їх далеко за межі розподільної категорії. У цьому контексті страхування стає на один рівень із кредитом, державними фінансами, фінансами галузей, фондовим ринком.

У світовій практиці страхові послуги як об'єкт специфічних відносин, що становлять зміст страхування, розглядаються як складова фінансових послуг. Так, у п. 5 Додатка з фінансових послуг до ухваленої 15 квітня 1994 року Генеральної угоди з торгівлі послугами зазначено: «Фінансові послуги охоплюють страхові послуги і ті, що, належать до страхових, а також усі банківські та інші фінансові послуги (крім страхування)» (Турбина К. Е. Тенденции развития мирового рынка страхования. – М.: Анкил, 2000. – С. 314). З цього визначення випливає також, що страхування, як і кредит та цінні папери, є складовою ланкою фінансів у їх широкому розумінні. Такий підхід підвищує можливості активнішого і водночас ефективнішого застосування кожної із зазначених ланок у складному механізмі ринкової економіки.

## **6. Загальні та специфічні риси економічних категорій – страхування, кредиту та фінансів**

Страхування, кредит і фінанси – це споріднені економічні категорії. Всі вони являють собою різновид грошових відносин, у ході яких відбувається рух грошових коштів від одних суб'єктів ринку до інших, тобто здійснюється акумулювання і перерозподіл коштів.

Нагромаджені через страхові платежі кошти використовуються насамперед для надання кредитів, купівлі акцій та облігацій підприємств, нерухомості тощо. Отже, формуючи систему страхування як один з найважливіших елементів ринкової інфраструктури, Україна започаткувала ринкові відносини в страхуванні, які цілком виключають використання мобілізованих коштів населення для потреб державного бюджету.

Виокремлення страхування в самостійний елемент системи грошових відносин створює сприятливі умови для розвитку страхових

послуг, а через них забезпечуватиме сприятливі умови для впевненої і спокійної роботи підприємців, розширення ними господарського обороту, виступає надійним гарантом банківської позики та ефективної інвестиційної діяльності.

Важливою є роль страхування в соціальній сфері. Соціальне страхування – це сукупність відносин, яка пов'язана з формуванням і витратами фондів грошових коштів для матеріального забезпечення непрацездатних. Суб'єктами соціального страхування є держава, підприємства та організації, профспілки й громадяни. Для соціального страхування властиві такі принципи: загальність забезпечення громадян соціальним страхуванням за рахунок насамперед коштів підприємств, організацій і держави; оптимальність поєднання інтересів особи, трудового колективу і суспільства при використанні страхових коштів; управління соціальним страхуванням через організації трудящих. Соціальне страхування формує грошові фонди для утримання непрацездатних, матеріального забезпечення у старості, на випадок хвороби, втрати працездатності чи її відсутності від народження, втрати годувальника, безробіття. Основними формами надання соціальної допомоги є виплати, фінансування послуг і надання пільг.

За умов майнового розшарування державна система страхування забезпечить дешеве обов'язкове страхування, щоб захищати інтереси малозабезпечених прошарків населення, а комерційні страхові компанії надаватимуть різноманітні послуги середнім і високодоходним верствам, а також фінансове стійким фірмам. Таке поєднання обов'язкового й добровільного страхування всіх суб'єктів економіки створить достатні передумови для акумулювання розпорочених коштів населення і спрямування їх на подолання економічної кризи, а далі – й на забезпечення економічного зростання.

## 7. Функції страхування

**Страхування** – система заходів щодо організованого спеціальними страховими державними і недержавними органами захисту майнових інтересів громадян і організацій, установ (фізичних і юридичних осіб) у разі настання певних подій, непередбачених негативних обставин (страхових випадків) за рахунок спеціально створених грошових фондів. Буває добровільним або обов'язковим. Страхові органи проводять страхування різних видів життя грома-

дян і тварин від нещасних випадків, майна фізичних і юридичних осіб, кредитних ресурсів, дорожніх транспортних засобів, інвестицій тощо. Формування страхових фондів здійснюється шляхом одноразових внесків або періодичних грошових внесків відповідно до страхової угоди або у встановленому державою розмірі державній або приватній, акціонерній установі – страховику. У разі настання страхового випадку, пов'язаного з життям, здоров'ям, працездатністю, пенсійним забезпеченням, втратою майнових інтересів, страховик повинен забезпечити застрахованій особі компенсаційне відшкодування (виплату) частково або у повному обсязі (суму спричинених збитків відповідно до чинного законодавства, страхових угод).

З урахуванням наведених аргументів слід підходити й до визначення та характеристики функцій страхування, які в сукупності мають конкретизувати його зміст у сучасних умовах. З цих міркувань страхування виконує такі функції: ризиковану, створення і використання страхових резервів (фондів), заощадження коштів, превентивну.

**Ризикована функція страхування.** Вона полягає в переданні за певну плату страховику матеріальної відповідальності за наслідки ризику, зумовленого подіями, перелік яких передбачено чинним законодавством або договором. Чим вищі ймовірність і розмір ризику, тим і плата за його утримання, обчислена на підставі тарифів, визначених за допомогою актуарних розрахунків, більша. У разі настання страхового випадку страхувальник висуває страховику вимогу щодо відшкодування збитків (виплати страхових сум). Ризикована функція відбиває процес купівлі-продажу страхової послуги.

**Функція створення і використання страхових резервів (фондів).**

Страхування стає можливим лише за наявності у страховика певного капіталу, достатнього для забезпечення покриття збитків (у разі їх виникнення), заподіяних страхувальникові стихійним лихом, нещасним випадком чи іншою страховою подією. Власними коштами покрити таку потребу в грошових виплатах страховик, здебільшого, не в змозі. Тому кожний страховик створює систему страхових резервів. Нагромадження й використання таких резервів характерні для страхової діяльності.

У формуванні й використанні страхових резервів виявляється перерозподіл коштів між страхувальниками. Ті з них, для яких у певному періоді не настала страхова подія, сплативши страхові внески, не отримують жодних виплат. І навпаки: страхувальникам, які зазнали серйозних збитків від страхового випадку, виплачується відшкодування в сумах, значно більших за внесені страхові платежі.

Формування страхових резервів – це спосіб концентрації та використання коштів, необхідних не лише для розподілу між усіма страхувальниками збитків, зумовлених страховими випадками поточного періоду, а й для відповідного покриття можливих масштабніших збитків, що можуть припасти на окремі роки наступних періодів.

У тій частині страхових платежів, яка спрямовується на ведення справи, перерозподіл коштів спостерігається меншою мірою. Те саме стосується й формування прибутку від страхової діяльності. Його джерелом є частина навантаження на нетто-ставку страхового тарифу та економія коштів, призначених на ведення справи.

**Превентивна функція.** Учасники страхування, і насамперед страховики та страхувальники, зацікавлені зменшити наслідки страхових подій. З цією метою вдаються до правової та фінансової превенції.

До правової превенції належать передбачені чинним законодавством або договорами страхування застереження, згідно з якими страхувальник повністю або частково позбавляється страхових відшкодувань. Вони охоплюють випадки протиправних дій або бездіяльності з боку страхувальника щодо застрахованих об'єктів. Наприклад, страховики не покривають матеріальних збитків, яких зазнали потерпілі, перебуваючи у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, а також не передбачають страхових відшкодувань у разі самогубства, навмисного пошкодження власного майна і здоров'я.

Перелік ризикованих об'єктів, які не приймаються на добровільне страхування, та можливих відмов щодо виплати відшкодування може бути складений у разі страхування як фізичних, так і юридичних осіб.

Зазначені функції страхування є специфічними. Проте водночас у сфері страхової діяльності виявляються й функції, притаманні фінансам у цілому (наприклад, контрольна функція), та функції інших суміжних вартісних категорій (наприклад, ціни, коли йдеться про формування страхових тарифів, оцінку об'єкта страхування, з'ясування розміру завданих збитків).

## 8. Принципи страхування

Страховання ґрунтується на певних специфічних принципах. Розглянемо їх.

**Конкурентність** – усім страхувальникам і страховикам держава гарантує вільний вибір видів страхування та рівні можливості у здійсненні діяльності, водночас створюються сприятливі умови для роз-



виту страхування, щоб забезпечити реалізацію права на ефективний страховий захист юридичних і фізичних осіб. Держава проводить активну антимонопольну політику, яка є важливим чинником у формуванні цивілізованого страхового ринку. Цей принцип поки що повною мірою стосується лише добровільних видів страхування.

**Страховий ризик** – це ймовірна подія або сукупність подій, на випадок яких здійснюється страхування. У міжнародній практиці ризиком вважають також конкретний об'єкт страхування або вид відповідальності. Нерідко страховий ризик тлумачать як розподіл між страховиком і страхувальником несприятливих економічних наслідків у разі настання страхового випадку. З огляду на такі розбіжності у тлумаченні терміна «ризик» нерідко виникають непорозуміння між страховиками і страхувальниками. Тому під час укладання страхових угод та оформлення іншої страхової документації потрібно особливу увагу приділяти змісту, який вкладається у слово «ризик».

**Страховий інтерес** впливає з права власності або володіння тим чи іншим об'єктом. Кожний індивідуальний або асоційований власник будинку, автомашини, а тим більш складного виробничо-технічного комплексу, зацікавлений у тому, щоб вкладені в цей об'єкт кошти не були втрачені через стихійне лихо, нещасний випадок, пограбування тощо.

У свою чергу, організації, які беруть на себе ризики, як і будь-яка інша комерційна структура, мають інтерес отримати прибуток. Ідеться про загальну масу прибутку, тобто з урахуванням і наслідків інвестиційної діяльності.

**Максимальна сумлінність.** Надійне страхування можливе лише за умов високого довір'я між сторонами. Ні страхувальник, ні страховик не мають права приховувати один від одного ту чи іншу інформацію, що стосується об'єкта страхування. На практиці особливо важливо, щоб цього принципу додержував страхувальник. Адже саме він володіє найповнішою інформацією про властивості, зокрема дефекти майна, про стан здоров'я чи інші особливості об'єкта страхування.

Здебільшого страховик наполегливо вимагає таких істотних відомостей: вік особи, яку є намір застрахувати, її професія, перенесені чи наявні хвороби. У практиці багатьох страховиків як суттєвий чинник розглядається те, курить чи ні особа, яка має намір бути застрахованою.

**Страхові відшкодування** не повинні приносити страхувальникові прибутку. Щоб уникнути спроб скористатися страхуванням зі спекулятивною метою страховики додержують принципу, згідно з яким

матеріальний і фінансовий стан страхувальника після відшкодування завданих збитків має бути таким самим, як і до страхового випадку. Відхилення, як правило, бувають у бік зниження рівня відшкодування. Особливо далекими від названого ідеалу були результати страхування в роки гіперінфляції. Проте й нині багато підприємств, економлячи на платежах, занижують страхову суму. До того ж вона частково знецінюється через інфляцію. За деякими видами обов'язкового страхування визначається ліміт виплат. Українським страховикам ще належить подолати досить помітну дистанцію на шляху до забезпечення повного відшкодування втрачених матеріальних цінностей чи доходів постраждалого страхувальника (застрахованого).

**Страхові відшкодування** можуть здійснюватися в одній із чотирьох форм: 1) перерахуванням належних коштів на рахунок страхувальника (застрахованого) або вигодонабувача; 2) оплатою витрат на ремонт пошкодженого страхового об'єкта; 3) відновленням об'єкта; 4) заміною знищеного, пошкодженого або викраденого предмета на новий відповідник. В Україні переважає найпростіша форма відшкодування – кошти перераховують на рахунок страхувальника або видають йому чек на отримання готівки. Цей принцип повною мірою поширюється тільки на ризикові види страхування. Накопичувальне страхування за своєю ідеєю передбачає можливість отримання застрахованим (вигодонабувачем), крім сплачених внесків, частини інвестиційного прибутку.

**Франшиза** – це визначена договором страхування частина збитків, яка в разі страхового випадку не підлягає відшкодуванню страховиком. Вона може бути визначена у вигляді певної грошової суми або у відсотках до всієї страхової суми. Завдяки застосуванню франшизи досягається поєднання самострахування зі страхуванням. Підприємства, щоб забезпечити самострахування дрібних (а іноді й середніх) ризиків, створюють власні фонди ризику (резервні фонди). З огляду на наявність такого фонду страхувальники можуть звертатися до страховиків із проханням узяти ризик на страхування частково. Застосовувати франшизу зацікавлені й страховики. Оскільки при цьому частина ризику утримується на відповідальності страхувальника, він стає більш заінтересованим вжити превентивних заходів, щоб зберегти здоров'я, майно або знизити ризик відповідальності перед третіми особами.

**Суброгація.** Не слід думати, що відшкодування страховиком страхувальникові (застрахованому) завданих збитків завжди означає уникнення відповідальності справжніх їх винуватців. Адже це

перешкоджало б насамперед боротьбі зі злочинністю, тягло б за собою значне подорожчання страхових послуг.

Суброгація – це передання страхувальником страховикові права на стягнення заподіяної шкоди з третіх (винних) осіб у межах виплаченої суми.

У тих випадках, коли страхувальник отримує кошти на відшкодування збитків з іншого джерела, він має повідомити про це страховикові, який візьме їх до уваги, коли розраховуватиме страхове відшкодування й оформлятиме регрес.

**Контрибуція.** Обставини іноді складаються так, що один і той самий предмет стає об'єктом страхування більш як один раз. Наприклад, одяг може бути об'єктом страхування у складі полісу на домашнє майно, багаж – у складі автомобільного полісу чи полісу зі страхування туристських подорожей і т. ін. Таке дублювання стає ще виразнішим, коли йдеться про страхування комерційних ризиків, причому поліси, що тією чи іншою мірою дублюють відповідальність за збереження одних і тих самих матеріальних цінностей, видаються здебільшого різними страховими компаніями.

Контрибуція – це право страховика звернутися до інших страховиків, які за проданими полісами несуть відповідальність перед одним і тим самим конкретним страхувальником, з пропозицією розділити витрати з відшкодування збитків.

**Диверсифікація.** Законодавством багатьох країн світу можливості диверсифікації, тобто поширення активності страхових товариств за рамки основного бізнесу, обмежені. Закон України «Про страхування» передбачає, що предметом безпосередньої діяльності страховика може бути лише страхування, перестрахування і фінансова діяльність, пов'язана з формуванням і розміщенням страхових резервів та управлінням ними.

## 9. Сфери застосування страхування

**Особисте страхування.** Це обов'язкові види страхування від нещасних випадків і професійних захворювань. Страхування від нещасних випадків на транспорті, військовослужбовців та працівників ризикових професій.

Добровільне індивідуальне й колективне страхування від нещасних випадків.

Медичне страхування. Суб'єкти й об'єкти страхування. Умови обов'язкового медичного страхування. Добровільне медичне страхування.

**Страховання майна.** Страховання майна юридичних осіб: суб'єкти і об'єкти страхування, страхові події, порядок укладання договорів, умови відшкодування збитків.

Особливості страхування сільськогосподарських підприємств: страхування врожаю сільськогосподарських культур та багаторічних насаджень, страхування тварин, страхування будівель та іншого майна.

Страховання технічних ризиків.

Страховання транспортних засобів: автомобільного та іншого наземного, морського, авіаційного транспорту. Страховання вантажів.

Страховання майна громадян: будівель і споруд, тварин, домашнього та іншого майна.

**Страховання відповідальності.** Страховання цивільної відповідальності власників автотransпортних засобів. Моторне (транспортне) страхове бюро України і його функції. Міжнародна система «Зелена картка». Страховання відповідальності власників інших видів транспорту.

Страховання відповідальності за неповернення кредитів. Страховання депозитів.

Страховання відповідальності роботодавців.

Страховання відповідальності товаровиробників за якість продукції.

Страховання професійної відповідальності.

Страховання відповідальності за забруднення довкілля.

Страховання – об'єктивно необхідний атрибут ринкової економіки. Світовий досвід переконує, що одним з найважливіших індикаторів стану економіки будь-якої країни ринкової орієнтації є розвиток страхування. Страховання забезпечує надійний захист майнових інтересів підприємців і населення в разі втрат, заподіяних вогнем, стихійним лихом, техногенними аваріями, транспортними пригодами та багатьма іншими непередбачуваними обставинами. Страховання добре зарекомендувало себе як форма нагромадження коштів громадян для вирішення їх соціальних проблем (охорона здоров'я, пенсійне забезпечення, освіта тощо). Останніми роками страхування широко використовується на випадок виникнення відповідальності перед третіми особами. В цілому світові темпи приросту страхових премій значно випереджають зростання валового внутрішнього прибутку. Ця тенденція характерна і для України.

Україна з огляду на наявність об'єктів, що потребують захисту, має надзвичайно великі потенційні можливості для розвитку страхової галузі (індустрії) в усіх напрямках – страхування майна, відповідальності перед третіми особами, життя і здоров'я громадян. Розрахунки показують, що страхове поле за основними видами добровільного страхування освоєно здебільшого лише на 5 – 7 %, тоді як у Великобританії, Німеччині, Нідерландах та інших західних країн цей показник вищий за 90%. Швидкими темпами здійснюється охоплення страховим захистом майна комерційних структур, життя, здоров'я і майна громадян у постсоціалістичних державах, зокрема в Польщі, Угорщині, Чехії, країнах Балтії. Вони розпочали активно працювати на міжнародному страховому ринку. Надійшло ряд пропозицій від підприємницьких структур країн Заходу, Естонії, Польщі про інвестування капіталу в страховий бізнес України. Цьому сприяє політика держав-інвесторів, спрямована на забезпечення розвитку страхового бізнесу, і віра в можливу ефективність співпраці з українськими партнерами. Зараз Україна переживає затяжну економічну і загострену фінансову кризи, до яких призвела в числі інших чинників руйнація старої системи страхового захисту (бюджетні резерви, фонди вищестоящих організацій, довготермінові відстрочки погашення позик тощо), що була притаманна країні з високим ступенем усупільнення власності і значне відставання в формуванні нової системи захисту. Отже, страхування має величезні можливості сприяти економічному та соціальному розвитку країни, вирішувати проблеми кожного асоційованого чи індивідуального власника.

## **10. Роль страхування в розвитку ринкової економіки**

В умовах формування приватної власності не можна централізовано в наказовому порядку керувати розміщенням фінансових ресурсів. Таке керування – справа окремого власника, причому діє він згідно зі своїми інтересами, що постійно коригуються ситуацією на ринках товарів, цінних паперів, кредитів. Жодний власник не інвестує свого капіталу в розвиток виробництва тих чи інших товарів або у сферу послуг, не врахувавши можливого ризику втрати авансованих ресурсів.

Страхування дуже важливе як для тих підприємств, що вже давно функціонують, так і для новостворених, або тих, що тільки органі-

зовуються і ще не набули достатнього виробничого потенціалу та не нагромадили власних резервних фондів. Страховання не лише забезпечує відшкодування фактичних збитків, зумовлених певною подією. Наявність відповідної страхової угоди дає змогу впевненіше користуватися кредитом, щоб спорудити чи придбати необхідні засоби виробництва, поповнити товарну масу у торговельній мережі тощо. Часто страховання сприяє появі й упровадженню нової техніки та технологій, наукових розробок.

Особливо велику роль може відігравати страховання в аграрному секторі. Тут надзвичайно багато ризиків, зумовлених природними факторами, що призводять до великих втрат. Нині страховий захист сільськогосподарських підприємств, а також фермерських господарств перебуває на дуже низькому рівні. Здійснення аграрної реформи зумовлює потребу серйозного посилення страховання на селі. Цьому має сприяти прийняте рішення про відновлення обов'язкового страховання урожаю зернових культур та цукрових буряків підприємств усіх форм власності з частковим покриттям витрат на страхові платежі за рахунок бюджету.

Ненормальним є становище, коли страховання ризиків ще нерідко ігнорують замовники, підрядчики та всі ті, хто пов'язаний зі спорудженням складних промислових, комунальних і транспортних будівель і споруд.

Перспективним є якомога ширше застосування зарубіжного досвіду страховання втрат від переривання виробництва на час, потрібний для відновлення зруйнованих або пошкоджених страховими випадками об'єктів.

Страховання прямо стосується розвитку міжнародного бізнесу. Україна – держава в центрі Європи. Тут перетинаються транспортні артерії, що сполучають Схід і Захід. Зростає товарообмін інших країн з нашою державою, збільшуються транзитні вантажопотоки. Страховання вантажів, туристів, транспортних засобів, інвестиційних проектів є необхідним компонентом формування нормальних міжнародних відносин.

Цивілізований бізнес не можна уявити без страховання відповідальності партнерів за виконання контрактів, відповідальності товаровиробника за якість продукції та послуг, відповідальності роботодавця перед своїми працівниками, професійної відповідальності працівників за шкоду, завдану споживачам товарів та послуг.

У підвищенні комерційної дисципліни велика роль належить страхуванню юридичних витрат.

Отже, страхування майнових ризиків так само, як і розширення страхування відповідальності, спрямовані на підтримку розвитку комерційної діяльності. Від її стану залежить задоволення потреб споживачів матеріальних благ, наповнення дохідної частини бюджету.

Страхування дає змогу оптимізувати ресурси, спрямовані на організацію економічної безпеки. Раніше вже йшлося про те, що страховий захист є проявом економічної безпеки фізичних і юридичних осіб. Серед багатьох форм страхового захисту страхуванню належить особлива роль. Воно дає змогу досягти раціональної структури коштів, що спрямовуються на запобігання (або оперативне усунення) наслідкам стихії чи іншим чинникам, які перешкоджають діяльності тієї чи іншої особи.

Страхування, маючи великі можливості маневрувати резервами, є важливою ланкою формування всієї системи економічної безпеки. Така роль стає реальною тільки за належного рівня розвитку страхової справи.

Тепер, коли страхуванням в Україні охоплено менш як 10 % страхового поля, регулятивна роль цього економічного важеля ще мало помітна, на відміну, наприклад, від більшості країн Європейського Союзу, США, Японії, де страхуванням охоплені практично всі підприємства й громадяни.

Важко уявити на Заході підприємця, який ризикнув би зайнятися тим чи іншим бізнесом, зігнувавши страхування. Такі дії суперечили б здоровому економічному глузду.

Це особливо важливо для підприємств малого і середнього бізнесу, які мають великі можливості для розвитку і в Україні.

Страхування забезпечує раціональне формування й використання коштів, призначених для здійснення соціальних програм. Світовий досвід довів доцільність нагромадження і використання коштів на соціальні програми страховим методом. Сформовані цим методом ресурси застосовуються як доповнення до державних ресурсів, спрямованих на фінансування освіти, охорони здоров'я, пенсійне забезпечення та деякі, інші соціальні заходи.

Перевага страхового методу формування й використання коштів соціального спрямування полягає ось у чому. Він усуває знеособлення таких коштів, а завдяки цьому – й зрівнялівку в їхньому

розподілі, коли однакові за розміром пенсії одержують головні конструктори та прибиральниці, підвищує відповідальність за якість медичних та інших соціальних послуг.

Створення завдяки страхованню можливостей нагромадити кошти для виплати майбутніх пенсій, придбання житла, оплати витрат на навчання у вищому навчальному закладі сприяє тому, щоб кожний громадянин реалізував свої можливості і задовольнив потреби. У такому разі зменшується навантаження на державний бюджет, а контроль за раціональним використанням коштів переноситься безпосередньо на споживача соціальних послуг і виплат.

Страхові компанії, отримуючи прибуток від інвестиційної діяльності, дістають змогу знижувати тарифи на страхові послуги, збільшувати власні резерви, здійснювати відрахування до бюджету, стимулювати персонал, збільшувати дивіденди своїх акціонерів.

Акумуляовані у страхових компаніях ресурси через систему інвестування сприяють розширенню виробництва або прискоренню виконання інших програм. Це вигідно страхувальникам, страховим компаніям, банкам та іншим підприємницьким структурам і державі в цілому.

Отже, страховання має величезні можливості сприяти економічному й соціальному розвитку країни, задовольняти інтереси щодо захисту майна та доходів як юридичних, так і фізичних осіб.

## **11. Поняття про класифікацію. Її наукове та практичне значення**

Поняття «класифікація» походить від латинського *classis* – розряд, клас. Латинський корінь визначає «квінтесенцію» цього поняття, його найістотніше, найсуттєвіше значення: поділ предметів певної сукупності за спільними ознаками з утворенням системи класів цієї сукупності. Отже, під класифікацією розуміють систему підпорядкованих деякій ознаці понять (класів) у певній галузі знань або діяльності людини, використовувану як засіб для встановлення взаємозв'язків між цими поняттями (класами).

Будуючи таку систему підпорядкованих понять, використовують певні спільні ознаки, притаманні цим поняттям. Вони називаються ознаками класифікації і відіграють вирішальну роль в отриманні результату класифікації. Розрізняють натуральну класифікацію, коли за ознаку класифікації беруть істотні ознаки понять, що класифіку-



ються (скажімо, класифікація за об'єктами страхування), і штучну класифікацію, коли для неї використовуються несуттєві ознаки (наприклад, класифікація в алфавітному порядку).

Залежно від того, з якою метою потрібно виконати натуральну класифікацію, обирають ту чи іншу класифікаційну ознаку.

Страховання як наука, як галузь знань та як сфера бізнесу характеризується багатьма специфічними поняттями. Без класифікації цих понять неможливо виконувати ні теоретичні дослідження, ні практичну роботу в цій галузі. Тому класифікації страхування приділяється пильна увага.

В основу класифікації страхування можна покласти розбіжності у сферах діяльності страхових компаній, у підходах щодо забезпечення страхового захисту майнових інтересів фізичних і юридичних осіб, у визначенні об'єктів страхування, обсягів страхової відповідальності, у формах проведення страхування тощо. У зв'язку з цим можна вирізнити найістотніші класифікаційні ознаки, за допомогою яких класифікують страхування і які мають найбільше значення як у теоретичному, так і в практичному розумінні, а саме:

- історичні ознаки (етапи розвитку страхової справи; час виникнення окремих видів страхування);
- економічні ознаки (інвестиційна складова договору страхування; рід небезпеки; об'єкт страхування);
- юридичні ознаки (вимоги міжнародних угод і внутрішнього законодавства; форма організації страховика; форма проведення страхування).

Отже, розглянувши ймовірні підходи до класифікації страхування на основі найважливіших класифікаційних ознак, доходимо висновку: класифікацію страхування можна визначити як систему поділу страхування за історичними, економічними або юридичними ознаками на сфери діяльності, галузі, підгалузі, види, класи, групи залежно від цілей використання результатів класифікації.

## **12. Ознаки класифікації**

Класифікація за історичними ознаками передбачає виокремлення етапів розвитку страхування (зародки страхування в античному суспільстві; середньовічне страхування у формі взаємодопомоги; страхування в період раннього капіталізму; страхування в сучасному капіталістичному суспільстві) і поділ усієї сукупності страхових

послуг за часом їхнього виникнення (докладніше див. підрозділ 1.2). Така класифікація має швидше теоретичне, ніж практичне значення. Проте слід зауважити, що теоретичні знання історії страхової справи, її витоків, генезису допомагають практикам орієнтуватися в процесах, що відбуваються на страховому ринку, прогнозувати тенденції його розвитку, будувати страхові правовідносини з урахуванням досвіду, нагромадженого за багаторічну історію зарубіжного і вітчизняного страхування.

Класифікація за економічними ознаками передбачає кілька підходів. Найважливішою економічною ознакою для класифікації страхування є наявність або відсутність у договорі страхування інвестиційної складової. З огляду на це у світовій практиці всю сукупність страхових послуг поділяють на дві великі групи.

Перша група об'єднує ті договори страхування, які не лише задовольняють потреби страхувальників у страховому захисті, а й здатні забезпечити їхні інвестиційні інтереси, тобто уможливають нагромадження й капіталізацію страхових внесків. Такі договори охоплюються поняттям «Life assurance» – «страхування життя». Хоча не обов'язково, щоб у конкретному виді страхування йшлося саме про страхування життя. Прикладом подібних договорів є договори індивідуального страхування життя, страхування дітей до повноліття і вступу до шлюбу, страхування додаткової пенсії тощо. Це довгострокові договори страхування, які укладаються на 5, 10, 20, 30 років і більше.

Друга група договорів – це ті договори, які обслуговують потреби виключно у страховому захисті, не торкаючись інвестиційних інтересів страхувальників. Прикладом подібних договорів є договори страхування нерухомого майна, засобів транспорту, фінансово-кредитних ризиків тощо. Вони об'єднуються поняттям «Non-life», або «General insurance» – «не-життя», або «загальне страхування». В українській практиці, термін «не-життя», як правило, не вживається; зазвичай у такому разі використовують термін «ризиковані види страхування», або «види страхування інші, ніж життя», або ж «загальні види страхування».

Класифікація з виокремленням двох зазначених груп, незважаючи на зовнішню простоту, має дуже велике значення і глибокий зміст.

Річ у тому, що фінансове управління компанією, яка здійснює страхування життя, відрізняється від управління компанією, що проводить загальні види страхування. Необхідність збереження довгострокових заощаджень страхувальників за договорами страхуван-

ня життя висуває до страховиків, що здійснюють таке страхування, особливі вимоги. Для них, як правило, передбачається підвищений розмір статутного капіталу. Установлюється особливий порядок формування страхових резервів, які обчислюються окремо за кожним договором страхування з використанням методів актуарної математики. Доходи таких компаній у вигляді внесків за договорами страхування життя не підлягають оподаткуванню.

Довгостроковість зобов'язань за договорами страхування життя позначається на характері інвестиційної політики страховика. Він може дозволити собі значну частку довгострокових вкладень у загальному обсязі власних інвестицій. Це стає можливим завдяки тому, що договори страхування життя укладаються на довгий строк, а обов'язки з виплат страхувальникам, як правило, значно віддалені в часі і, крім того, піддаються досить точному прогнозуванню. А компанії, що провадять загальні види страхування (строк дії яких майже завжди не перевищує року), орієнтовані здебільшого на короткострокові високоліквідні інвестиції. Особливі інвестиційні можливості компаній зі страхування життя роблять унікальним їх становище на ринку капіталу: вони чи не єдині фінансові установи (за винятком пенсійних фондів), які задовольняють потреби економіки в дефіцитному капіталі для довгострокових інвестицій.

З огляду на ці розбіжності, в більшості країн світу заборонено створювати так звані композитні компанії, які б одночасно здійснювали страхування життя і загальне страхування. У країнах Європейського Союзу, наприклад, така заборона діє з 1982 р. Страховий ринок чітко поділений на ринок страхування життя і ринок загального страхування. Відповідним чином будується і статистика.

У нашій країні заборона на створення композитних компаній існує з 1 січня 1997 р. Законодавством України передбачено, що компанії, які отримали ліцензію на страхування життя, не мають права займатися іншими видами страхування, і навпаки.

Іноді практика страхування потребує комплексного страхового захисту майнових інтересів страхувальника. Тоді за одним страховим полісом беруться на страхування кілька різнорідних об'єктів на випадок одних і тих самих страхових подій. У цьому разі доцільніше додержувати класифікації не за об'єктами страхування, а за родом небезпеки. Під родом небезпеки розуміється набір специфічних страхових подій (страхових ризиків), які супроводжують конкретну діяльність страхувальника. Тому в загальному страхуванні виокремлюють, наприклад,

автотранспортне страхування, морське та авіаційне страхування, страхування ядерних, космічних, кредитних ризиків тощо.

Не менш важливою з економічного погляду є класифікація за об'єктами страхування, тобто об'єктами, на які спрямовується страховий захист. Класифікація за об'єктами страхування передбачає виокремлення трьох галузей:

- особистого страхування (об'єкти – життя, здоров'я і працездатність страхувальників або застрахованих);
- майнового страхування (об'єкти – майно в різних його видах: рухомі і нерухомі матеріальні цінності, грошові кошти, доходи);
- страхування відповідальності (об'єкт – відповідальність за шкоду, заподіяну страхувальником житло, здоров'ю, майну третьої особи).

Безперечна перевага такої класифікації полягає в тому, що вона значною мірою наближена до загальноєвропейських стандартів. Це сприяє взаєморозумінню між вітчизняними та іноземними страховими компаніями, що, з огляду на інтернаціональний характер страхового бізнесу, є дуже позитивним.

Іноді існує потреба в класифікації за формою організації (юридичним статусом) страховика. Така класифікація використовується переважно з метою забезпечення державного регулювання страхової діяльності (видача ліцензій, ведення державного реєстру страхових компаній тощо), контролю за страховиками, аналізу розвитку страхового ринку в інституційному і територіальному аспекті. У цьому плані можна виокремити страхування комерційне (в Україні, згідно з чинним законодавством, його здійснюють страхові компанії, створені у формі акціонерних товариств відкритого і закритого типу, повних, командитних товариств, товариств з додатковою відповідальністю; в інших країнах комерційне страхування здійснюють також приватні страхові компанії), взаємне (його здійснюють товариства взаємного страхування), державне (його здійснюють спеціалізовані державні страхові організації).

### **13. Класифікація страхування за об'єктами. Визначення галузей та видів страхування**

Класифікацію за об'єктами з виокремленням галузей, підгалузей і видів страхування можна вважати класичним підходом у теорії та практиці вітчизняного страхування. Вона є найбільш звичною для національних страховиків і дуже важливою з теоретичного погляду.

Закон України «Про страхування» визначає, що об'єктами страхування можуть бути три групи майнових інтересів:

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

За часи існування в колишньому СРСР єдиної державної страхової компанії – Держстраху найбільш розвинутою галуззю було особисте страхування, яке забезпечувало понад 60 % загального щорічного обсягу надходжень страхових премій на користь цієї страхової компанії. Понад 90 % у складі надходжень за особистим страхуванням припадало на премії за довгостроковими договорами страхування життя.

Особливістю цієї галузі порівняно з іншими є те, що об'єкти особистого страхування (життя, здоров'я, працездатність людини) не мають вартісної оцінки. Тому вважається, що в особистому страхуванні не відбувається компенсації матеріальної шкоди, а виплати страховика на користь страхувальника (застрахованого) або його родини мають характер фінансової допомоги.

Особисте страхування поділяється на три підгалузі. Їхнє існування пов'язане з різною тривалістю договорів страхування і різними обсягами страхової відповідальності (переліком подій, на випадок яких проводиться страхування). Підгалуззями особистого страхування є страхування від нещасних випадків, медичне страхування, страхування життя. У рамках цих підгалузей виокремлюються види страхування.

Страхування від нещасних випадків об'єднує короткострокові (як правило, до одного року) види особистого страхування. Обсяг відповідальності за видами, які входять до цієї підгалузі, передбачає виплату страхової суми або її частини в разі: а) смерті застрахованого; б) постійної втрати ним здоров'я (встановлення інвалідності); в) тимчасової непрацездатності. Необхідна умова настання відповідальності страховика – щоб перелічені події були наслідком нещасного випадку, передбаченого договором страхування.

Під нещасним випадком розуміють раптову, короткочасну, не передбачувану та незалежну від волі страхувальника (застрахованої особи) подію, що може призвести до травматичного пошкодження, каліцтва або іншого розладу здоров'я застрахованої особи.

## 14. Системи страхового забезпечення

У страховій справі застосовують кілька систем страховання та франшизи.

У майновому страхуванні найбільш поширеною є система **страхування за дійсною вартістю майна**, що визначається як фактична на день підписання договору. За цією системою страхове забезпечення дорівнює величині збитків, тобто має місце повне покриття збитків страхувальника страховиком.

**Страховання за системою пропорційної відповідальності** передбачає виплату страхового відшкодування, яке розраховується за формулою

$$Q = T \times S/W,$$

де  $Q$  – страхове відшкодування;

$S$  – страхова сума за угодою (договором);

$W$  – вартісна оцінка об'єкта страхування;

$T$  – фактична сума збитків.

Пропорційна система передбачає участь страхувальника у відшкодуванні збитків. Міра повноти відповідальності страховика в покритті збитків застрахованого тим вища, чим менша різниця між вартісною оцінкою об'єкта страхування та страховою сумою.

**Страховання за системою першого ризику** передбачає виплату страхового відшкодування в розмірі збитків, але в межах страхової суми.

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

У разі страхування за цією системою всі збитки в межах страхової суми (перший ризик) відшкодовуються повністю, а збитки, що перевищують страхову суму (другий ризик), страховиком не відшкодовуються зовсім.

**Страховання за системою «дробової частини»** передбачає встановлення двох страхових сум, одна з яких називається **показаною вартістю**. За показаною вартістю страхувальникові, як правило, відшкоднуються збитки від ризику у вигляді дробу або відсотка. Відповідальність страховика за цією системою обмежується розмірами дробу. Отже, страхова сума буде меншою від показаної вартості та її дробової частини. Страхове відшкодування дорівнюватиме збиткам у межах страхової суми.

Якщо показана вартість дорівнює дійсній вартості, то система страхування за дробовою частиною тотожна системі страхування за першим ризиком.

Якщо показана вартість менша від дійсної вартості, то страхове відшкодування розраховується за формулою

$$Q = T \times S/W,$$

де  $Q$  – страхове відшкодування;

$S$  – показана вартість;

$W$  – вартісна оцінка об'єкта страхування;

$T$  – фактична сума збитку.

**Страхування за відновною вартістю** означає, що відшкодування страховиком збитків за застрахований за цією системою об'єкт дорівнює ціні нового майна відповідного виду. Знос майна не враховується. Ця система забезпечує **повний** страховий захист інтересів страхувальника.

З метою підвищення відповідальності страхувальника за дбайливе ставлення до об'єктів страхування в страховій справі практикують розподіл відповідальності між страховиком та страхувальником у покритті збитків.

Особиста участь страхувальника у покритті збитків виражається через франшизу.

**Франшиза** – звільнення страховика від покриття збитків – передбачена підписаним страховим договором. Вона може бути встановлена у відсотках або в абсолютних розмірах стосовно страхової суми, вартісної оцінки об'єкта або розміру збитків.

Розрізняють умовну (інтегральну) та безумовну (ексцедентну) франшизи.

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

Наприклад, якщо страхова сума становить 100 тис. грн, умовна франшиза – 20% від страхової суми, тобто 20 тис. грн, а збитки страхувальника становлять 18 тис. грн, то страховик звільняється від будь-якої компенсації збитків страхувальнику.

Якщо ж за інших рівних умов збитки становлять 60 тис. грн, то страховик відшкодує усі 60 тис. грн, не звільняючись від 20 тис. грн, які в договорі було застережено як умовну франшизу.

*Безумовна франшиза* теж передбачає певне застереження (кляузу) в страховому договорі. Вона за будь-яких умов звільняє страховика від компенсації перших  $X\%$  страхової суми, незалежно від величини збитків. При безумовній франшизі страхове відшкодування завжди дорівнює різниці між збитками та безумовною франшизою. Наприклад, якщо страхова сума дорівнює 100 тис. грн, безумовна франшиза – 20 тис. грн, то при збитках до 20 тис. грн страховик не відповідає перед страхувальником, а збитки становлять, скажімо, 70 тис. грн, то відшкодує тільки 50 тис. грн (70 тис. грн – 20 тис. грн).

Таким чином, франшиза називається *безумовною* тому, що вона (безумовно, незалежно від умов) за будь-яких умов вилучається із зобов'язань страховика, і *умовною*, оскільки вилучається за умови, що збитки не перевищують встановленої величини франшизи.

## 15. Класифікація за родом небезпек

Класифікація джерел небезпеки, небезпечних та шкідливих факторів

Небезпека – це негативна властивість матерії, яка проявляється у здатності її завдавати шкоди певним елементам Всесвіту, потенційне джерело шкоди. Якщо йдеться про небезпеку для людини, то це явища, процеси, об'єкти, властивості, здатні за певних умов завдавати шкоди здоров'ю чи життю людини чи системам, які забезпечують життєдіяльність людей.

Кожна людина відчуває небезпеку інтуїтивно й розуміє значення її по-своєму. Згідно з висновками експертів ООН, більшість людей пов'язують відчуття небезпеки з буденними проблемами й повсякчасними клопатами, а не пов'язують його з побоюванням глобальних катастроф чи міжнародних конфліктів. Захист життя, робочого місця, статку, здоровий 'я, довкілля – основні проблеми безпечного самопочуття людини. Відчуття небезпеки має також глибоко індивідуальний відтінок, який головним чином залежить від:

- а) рівня соціального й духовного розвитку особистості;
- б) ситуації й суспільного устрою, які позитивно чи негативно впливають на світосприйняття громадянина.

При ідентифікації небезпек необхідно виходити з принципу «все впливає попри все», тобто джерелом небезпеки може бути все живе й неживе, а підлягати небезпеці також може все живе й неживе.



Джерелами (носіями) небезпек є:

- природні процеси та явища;
- елементи техногенного середовища;
- людські дії, що криють у собі загрозу безпеки.

Небезпеки існують у просторі й часі й реалізуються у вигляді потоків енергії, речовини та інформації. Небезпеки не діють вибірково, а виникнувши, негативно впливають на все матеріальне довкілля. Причинами, через які окремі об'єкти не страждають від певних небезпек чи ж самі страждають більше, а інші менше, є властивості самих об'єктів.

Перелік можливих небезпек налічує понад 150 найменувань. Щоб проаналізувати, узагальнити та розробити заходи щодо запобігання негативним наслідкам необхідно класифікувати небезпеки, джерела, що породжують їх, та чинники, які безпосередньо призводять до негативного впливу на людину.

Природні джерела небезпеки – це природні об'єкти, явища природи та стихійні лиха, які становлять загрозу для життя чи здоров'я людини (землетруси, зсуви, селі, вулкани, повені, снігові лавини, шторми, урагани, зливи, град, тумани, ожеледі, блискавки, астероїди, сонячне та космічне випромінювання, небезпечні рослини, тварини, риби, комахи, грибки, бактерії, віруси, заразні хвороби тварин та рослин).

Техногенні джерела небезпеки – це передусім небезпеки, пов'язані з використанням транспортних засобів, із експлуатацією підйнятно-транспортного обладнання, використанням горючих, легкозаймистих і вибухонебезпечних речовин та матеріалів, із використанням процесів, що відбуваються при підвищених температурах та підвищеному тиску, з використанням електричної енергії, хімічних речовин, різних видів випромінювання (іонізуючого, електромагнітного, акустичного). Джерелами техногенних небезпек є відповідні об'єкти, пов'язані із впливом на людину об'єктів матеріально-культурного середовища.

До соціальних джерел небезпек належать небезпеки, спричинені низьким духовним та культурним рівнем: бродяжництво, проституція, п'янство, алкоголізм, злочинність тощо. Джерелами цих небезпек є незадовільний матеріальний стан, незадовільні умови проживання, страйки, повстання, революції, конфліктні ситуації на міжнаціональному, етнічному, расового чи релігійному ґрунті.

Джерелами політичних небезпек є конфлікти на міжнаціональному та міждержавному рівнях, духовне гноблення, політичний тероризм, ідеологічні, міжпартійні, міжконфесійні та збройні конфлікти, війни.

І усе ж таки більшість джерел небезпек комбіновані. Ось лише невелика їхня частка:

- природно-техногенні небезпеки – смог, кислотні дощі, пилові бурі, зменшення родючості ґрунтів, виникнення пустель та інші явища, породжені людською діяльністю;
- природно-соціальні небезпеки – химерні етноси, наркоманія, епідемії інфекційних захворювань, венеричні захворювання, СНІД та ін.;
- соціально-техногенні небезпеки – професійна захворюваність, професійний травматизм, психічні відхилення та захворювання, спричинені виробничою діяльністю, масові психічні відхилення та захворювання, зумовлені впливом на свідомість і підсвідомість засобами масової інформації та спеціальними технічними засобами, токсикоманія.

Коли говорять про такі джерела небезпеки, як професійна захворюваність, професійний травматизм тощо, то мають на увазі не захворювання однієї особи, конкретний вид хвороби, травму чи нещасний випадок, а явище в певній галузі, регіоні, країні, який призводить до зменшення продуктивного потенціалу суспільства, соціальної напруженості, підвищення загальної захворюваності населення, а інколи й до соціальних конфліктів, які, у свою чергу, є носіями різного роду небезпечних та шкідливих факторів.

Слід чітко усвідомлювати, що наявність джерела небезпеки ще не свідчить про те, що людині чи групі людей обов'язково винна бути заподіяна якась шкода чи пошкодження. Існування джерела небезпеки свідчить передусім про існування чи можливість утворення конкретної небезпечної ситуації, за якої може бути заподіяна шкода. До матеріальних збитків, ушкодження, здоров'я, смерті чи іншої шкоди призводить конкретний вражаючий фактор.

Під вражаючими розуміють такі чинники життєвого середовища, які за певних умов завдають шкоди як людям, так і системам життєзабезпечення людей, призводять до матеріальних збитків. За своїм походженням вражаючі фактори можуть бути фізичні, зокрема енергетичні, хімічні, біологічні, соціальні та психофізіологічні.

Залежно від наслідків впливу конкретних вражаючих факторів на організм людини виклади поділяються на шкідливі та небезпечні.

Шкідливими прийнято називати такі чинники життєвого середовища, які призводять до погіршення самопочуття, зниження працездатності, захворюваності й навіть до смерті як наслідка захворювання.

Небезпечними називають такі чинники життєвого середовища, які призводять до травм, опіків, обморожень, інших ушкоджень організму чи окремих його органів і навіть до раптової смерті.

Хоча поділ вражаючих факторів на небезпечні та шкідливі досить умовний, бо інколи неможливо віднести який-небудь чинник до тієї чи іншої групи, він ефективно використовується в охороні праці для організації розслідування та обліку нещасних випадків та професійних захворювань, налагоджування роботи, спрямованої на розроблення заходів і засобів захисту працівників, профілактику травматизму та захворюваності на виробництві.

За характером та природою впливу всі небезпечні та шкідливі фактори поділяють на чотири групи: фізичні, хімічні, біологічні та психофілогічні.

**Фізичні:**

- підвищена швидкість руху повітря;
- підвищена чи знижена вологість;
- підвищений чи знижений атмосферний тиск;
- недостатня освітленість;
- конструкції, що руйнуються;
- підвищений рівень статичної електрики та ін.

**Хімічні:**

- хімічні елементи, речовини та сполуки, які перебувають у різному агрегатному стані (твердому, газоподібному, рідкому);
- які різними шляхами проникають в організм людини (через органи дихання, через шлунково-кишковий тракт, через шкірні пори та слизові оболонки);
- які за характером дії виділяють такі речовини (токсичні, наркотичні, подразнювальні, задушливі, сенсibiliзуючі, канцерогенні, мутагенні, такі, що впливають на репродуктивну функцію).

**Біологічні:**

- макроорганізми (рослини та тварини);
- мікроорганізми (бактерії, віруси, рикетсії, спірохети, грибки, найпростіші).

**Психофізіологічні**

- фізичні перевантаження (статичні, динамічні);
- нервово-психічні перевантаження (розумові перевантаження, перевантаження аналізаторів, монотонність роботи, емоційні перевантаження).

Небезпечні та шкідливі фактори дуже часто бувають прихованими, неявними чи ж такими, котрі важко виявити чи розпізнати. Це стосується будь-яких небезпечних та шкідливих факторів та джерел небезпеки, які породжують їх.

Сонячне випромінювання, яке необхідне для існування майже всіх живих організмів на Землі, в тому числі й людини, може бути причиною захворювання шкіри. Приваблива дитяча іграшка може виділяти шкідливі речовини, а пасажир, який мирно куняє в кріслі салону літака, може виявитися терористом. У кожному з цих випадків, як і в усіх інших, коли джерело небезпеки більш очевидне, наприклад, вибухівка, зброя, автомобіль, діючий вулкан, будинок, що руйнується, ми говоримо про наявність джерела небезпеки. Але й це ще не завжди означає наявність небезпечної ситуації, тобто події, за якої створюється реальна можливість прояву небезпеки або ж небезпека проявляється.

Слід також знати, що одне джерело небезпеки може призводити до різного роду небезпечних ситуацій, які породжують різні вражаючі фактори. У свою чергу, вражаючі фактори можуть спричинювати утворення нових небезпечних ситуацій чи навіть джерел небезпеки.

Сучасне життєве середовище, навіть побутове, не кажучи вже про виробниче, містить багато джерел небезпек. Це й електрична мережа та електроапаратура, система водопостачання, медикаменти, отруйні та пожежонебезпечні речовини тощо. А щоб виникла реальна небезпечна ситуація, необхідна причина чи умова своєрідний «пусковий механізм», при якому потенційна небезпека переходить у реальну. Логічним процесом розвитку небезпеки, реалізації потенційної загрози є тріада «джерело небезпеки – причина (умова) – небезпечна ситуація».

## **16. Форми проведення страхування. Принципи добровільного обов'язкового страхування**

Страхування буває обов'язкове і добровільне.

Обов'язкову форму страхування вирізняють такі принципи:

1. Обов'язкове страхування встановлюється законом, відповідно до якого страховик зобов'язаний застрахувати певні об'єкти, а страхувальники – вносити належні страхові платежі. Закон звичайно передбачає:
  - перелік об'єктів які підлягають обов'язковому страхуванню;
  - обсяг страхової відповідальності;
  - рівень або норми страхового забезпечення;
  - порядок встановлення тарифних ставок або середні розміри цих ставок з наданням права їхньої диференціації на місцях;
  - періодичність внесення страхових платежів;
  - основні права страховиків і страхувальників.

Закон, як правило, покладає проведення обов'язкового страхування на державні органи.

2. Суцільне охоплення обов'язковим страхуванням зазначених у законі об'єктів. Для цього страхові органи щорічно проводять по всій країні реєстрацію застрахованих об'єктів, нарахування страхових платежів і їхнє стягування у встановлений термін.
3. Автоматичність поширення обов'язкового страхування на об'єкти, зазначені в законі. Страхувальник не повинен заявляти в страховий орган про появу в господарстві підлягаючого страхуванню об'єкта. Дане майно автоматично включається в сферу страхування. При черговій реєстрації воно буде враховано, а страхувальникові пред'явлені до сплати страхові внески. Так, чинне законодавство встановлює, що будівлі, які належать громадянам, вважаються застрахованими з моменту встановлення на постійне місце і зведення даху.
4. Дія обов'язкового страхування незалежно від внесення страхових платежів. У випадках, якщо страхувальник не сплатив належних страхових внесків, вони стягуються в судовому порядку. У випадку загибелі або пошкодження застрахованого майна, не оплаченого страховими внесками, страхове відшкодування підлягає виплаті з утриманням заборгованості за страховими платежами. На не внесені в термін страхові платежі нараховується пеня.

5. Безстроковість обов'язкового страхування. Вона діє протягом усього періоду, поки страхувальник користується застрахованим майном. Тільки безхазяйне і старе майно не підлягає страхуванню. При переході майна до іншого страхувальника страхування не припиняється. Воно втрачає силу тільки в разі загибелі застрахованого майна.
6. Нормування страхового забезпечення за обов'язковим страхуванням. З метою спрощення страхової оцінки і порядку виплати страхового відшкодування встановлюються норми страхового забезпечення у відсотках від страхової оцінки або в гривнях на один об'єкт.

За обов'язковим особистим страхуванням повною мірою діють принципи суцільного охоплення, автоматичності, нормування страхового забезпечення. Однак воно має строго обговорений термін і цілком залежить від сплати страхового внеску (наприклад, за обов'язковим страхуванням пасажирів).

Добровільна форма страхування побудована на дотриманні таких принципів:

1. Добровільне страхування діє за законом і на добровільних засадах. Закон визначає підлягаючому добровільному страхуванню об'єкти і найбільш загальні умови страхування. Конкретні умови регулюються правилами страхування, розробленими страховиком.
2. Добровільна участь у страхуванні повною мірою характерна тільки для страхувальників. Страховик не має права відмовлятися від страхування об'єкта, якщо волевиявлення страхувальника не суперечить умовам страхування. Цей принцип гарантує укладання договору страхування за першою (навіть усною) волею страхувальника.
3. Вибіркове охоплення добровільним страхуванням, пов'язане з тим, що не всі страхувальники виявляють бажання брати в ньому участь. Крім того, за умовами страхування діють обмеження для висновку договорів.
4. Добровільне страхування завжди обмежене терміном страхування. При цьому початок і закінчення терміну особливо обмовляються в договорі, якщо страховий випадок відбувся в період страхування. Безперервність добровільного страхування можна забезпечити тільки шляхом повторного переукладання договорів на новий термін.

5. Добровільне страхування діє тільки при сплаті разового або періодичних страхових внесків. Вступ у силу договору добровільного страхування обумовлений сплатою разового або першого страхового внеску. Несплата чергового внеску по довгостроковому страхуванню спричинює припинення дії договору.

Страхове забезпечення по добровільному страхуванню залежить від бажання страхувальника. По майновому страхуванню страхувальник може визначати розмір страхової суми в межах страхової оцінки майна. По особистому страхуванню страхова сума за договором встановлюється угодою сторін.

Діючі умови усіх видів страхування вироблені багаторічною практикою його проведення з урахуванням досвіду закордонних країн. Вони постійно удосконалювалися з метою повнішого задоволення інтересів страхувальника. Розвиток страхового ринку і конкуренції між страховиками створюють сприятливий ґрунт для подальшого поліпшення як істотних, так і несуттєвих умов страхування.

## **17. Визначення обов'язкових видів страхування Законом України «Про страхування»**

В Україні здійснюють такі види обов'язкового страхування:

- 1) медичне страхування;
- 2) особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків;
- 3) особисте страхування працівників відомчої (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) та сільської пожежної охорони і членів добровільних пожежних дружин (команд);
- 4) страхування спортсменів вищих категорій;
- 5) страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини;
- 6) особисте страхування від нещасних випадків на транспорті;
- 7) авіаційне страхування цивільної авіації;
- 8) страхування відповідальності морського перевізника та виконавця робіт, пов'язаних із обслуговуванням морського транспорту, щодо відшкодування збитків, завданих пасажиром, бага-

- жу, пошті, вантажу, іншим користувачам морського транспорту та третім особам;
- 9) страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів;
  - 10) страхування засобів водного транспорту;
  - 12) страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за ядерну шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту;
  - 13) страхування працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України), які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади;
  - 14) страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного та санітарно-епідеміологічного характеру;
  - 15) страхування цивільної відповідальності інвестора, в тому числі за шкоду, заподіяну довкіллю, здоров'ю людей, за угодою про розподіл продукції, якщо інше не передбачено такою угодою;
  - 16) страхування майнових ризиків за угодою про розподіл продукції у випадках, передбачених Законом України «Про угоди про розподіл продукції»;
  - 17) страхування фінансової відповідальності, життя і здоров'я тимчасового адміністратора, ліквідатора фінансової установи та працівників Міністерства фінансів України, які визначені ним для вирішення питань щодо участі держави у капіталізації банку;
  - 18) страхування майнових ризиків при промисловій розробці родовищ нафти і газу у випадках, передбачених Законом України «Про нафту і газ»;
  - 19) страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок захворювання на інфекційні хвороби, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб;



- 20) страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів;
- 22) страхування об'єктів космічної діяльності (наземна інфраструктура), перелік яких затверджує Кабінет Міністрів України за поданням Національного космічного агентства України;
- 23) страхування цивільної відповідальності суб'єктів космічної діяльності;
- 24) страхування об'єктів космічної діяльності (космічна інфраструктура), які є власністю України, щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі;
- 25) страхування відповідальності щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її в космічному просторі;
- 26) страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків при перевезенні небезпечних вантажів;
- 27) страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, за переліком, установленим Кабінетом Міністрів України;
- 28) страхування відповідальності власників собак (за переліком порід, визначених Кабінетом Міністрів України) щодо шкоди, яка може бути заподіяна третім особам;
- 29) страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї;
- 30) страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків у випадках та згідно з переліком тварин, установленим Кабінетом Міністрів України;
- 31) страхування відповідальності суб'єктів туристської діяльності за шкоду, заподіяну життю чи здоров'ю туриста або його майну;
- 32) страхування відповідальності морського судовласника;

- 33) страхування ліній електропередач та перетворювального обладнання передавачів електроенергії від пошкодження внаслідок впливу стихійних лих або техногенних катастроф та від протиправних дій третіх осіб;
- 34) страхування відповідальності виробників (постачальників) продукції тваринного походження, ветеринарних препаратів, субстанцій за шкоду, заподіяну третім особам;
- 35) страхування предмета іпотеки від ризиків випадкового знищення, випадкового пошкодження або псування.
- 36) страхування будівельно-монтажних робіт забудовником відповідно до Закону України «Про фінансово-кредитні механізми і управління майном при будівництві житла та операціях з нерухомістю»;
- 37) 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»;
- 38) страхування майна, переданого у концесію;
- 39) страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно довікілью або здоров'ю людей під час зберігання та застосування пестицидів і агрохімікатів;
- 40) страхування цивільної відповідальності суб'єкта господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно третім особам унаслідок проведення вибухових робіт.
- 41) страхування майнових ризиків користувача надр під час дослідно-промислового і промислового видобування та використання газу (метану) вугільних родовищ.

Для здійснення обов'язкового страхування Кабінет Міністрів України встановлює порядок та правила його проведення, форми типового договору, особливі умови ліцензування обов'язкового страхування, розміри страхових сум та максимальні розміри страхових тарифів або методику актуарних розрахунків.

## **18. Класифікація за статусом страхувальника**

Іноді існує потреба у класифікації за формою організації (юридичним статусом) страховика. Така класифікація використовується переважно з метою забезпечення державного регулювання страхової

діяльності (видача ліцензій, ведення державного реєстру страхових компаній тощо), контролю за страховиками, аналізу розвитку страхового ринку в інституційному і територіальному аспекті. У цьому плані можна виокремити страхування комерційне (в Україні, згідно з чинним законодавством, його здійснюють страхові компанії, створені у формі акціонерних товариств відкритого і закритого типу, повних, командитних товариств, товариств з додатковою відповідальністю; в інших країнах комерційне страхування здійснюють також приватні страхові компанії), взаємне (його здійснюють товариства взаємного страхування), державне (його здійснюють спеціалізовані державні страхові організації).

Класифікація за юридичними ознаками передбачає можливість застосування такої класифікаційної ознаки, як форма проведення страхування. За цією ознакою страхування поділяють на обов'язкове і добровільне. Більшість договорів страхування укладається на добровільній основі. Страхувальник має право, але не зобов'язаний укладати договір страхування. Водночас і страховик має повне право відмовитися приймати на себе ті ризики, які він вважає небажаними. Проте в деяких випадках, коли йдеться про потреби суспільства в цілому, ступінь свободи страхувальника і страховика суттєво обмежується. При цьому замість права укласти страховий договір у страхувальника з'являється обов'язок це зробити, а страховик втрачає право відмовити страхувальникові і набуває обов'язку взяти ризик на страхування. Ідеться про обов'язкове страхування, яке встановлюється відповідними законодавчими актами. В Україні існують 33 види обов'язкового страхування, їх перелік визначений у статті 7 Закону України «Про страхування»

## **19. Класифікація страхування за спеціалізацією страховика**

Класифікація за юридичними ознаками, як і за економічними, передбачає кілька підходів. Насамперед – це виокремлення певних класів страхування згідно з міжнародними нормами. Так, згідно з директивами ЄС, з 1 січня 1978 року країни – члени цієї організації використовують класифікацію, яка встановлює 7 класів довгострокового страхування (життя і пенсій) і 18 класів загального страхування.

**Довгострокове страхування (страхування життя і пенсій)**

Клас I. Страхування життя і ренти (ануїтетів) (Life and annuity).

Клас II. Страхування до шлюбу і народження дитини (Marriage and birth).

Клас III. Зв'язане довгострокове страхування життя (Link long term).

Клас IV. Безперервне страхування здоров'я (Permanent health).

Клас V. Тонтини (Tontines).

Клас VI. Страхування виплати капіталу (Capital redemption).

Клас VII. Страхування пенсій (Pension fund management).

**Загальні види страхування**

Клас 1. Страхування від нещасних випадків (Accident).

Клас 2. Страхування на випадок хвороби (Sickness).

Клас 3. Страхування наземних транспортних засобів (Land vehicles).

Клас 4. Страхування залізничного транспорту (Railway rolling stock).

Клас 5. Страхування авіаційної техніки (Aircraft).

Клас 6. Страхування суден (Ships).

Клас 7. Страхування вантажів (Goods in transit).

Клас 8. Страхування від пожеж і стихійного лиха (Fire and natural forces).

Клас 9. Страхування власності інше, ніж передбачене класами 3-8 (Other damage to property).

Клас 10. Страхування відповідальності власників моторизованих транспортних засобів (Motor vehicles liability).

Клас 11. Страхування відповідальності власників авіаційної техніки (Aircraft liability).

Клас 12. Страхування відповідальності власників суден (Liability for ships).

Клас 13. Страхування загальної відповідальності (General liability).

Клас 14. Страхування кредитів (Credit).

Клас 15. Страхування поручительств (застави) (Suretyship).

Клас 16. Страхування фінансових втрат (Miscellaneous financial loss).

Клас 17. Страхування судових витрат (Legal expenses).

Клас 18. Страхування фінансової допомоги (Assistance).

Згідно з цією класифікацією в багатьох країнах ліцензується страхова діяльність. Починаючи з 1996 року, приблизно такий самий підхід до виокремлення класів (вони названі «видами») страхування при видачі страховикам ліцензій практикує державний наглядовий орган у галузі страхування (до 2000 р. – Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю України, а далі – Департамент фінансових установ та ринків

Міністерства фінансів України). Хоча слід зазначити, що окремої класифікації з поділом страхування на «життя» і «не-життя» у нас немає. Перелік видів страхування, на які видаються ліцензії, визначено в статті 6 закону України «Про страхування». Тобто йдеться про класифікацію страхування з офіційного погляду, згідно з вимогами внутрішнього законодавства України. Ця класифікація передбачає такі види страхування:

1. Страхування життя.
2. Страхування від нещасних випадків.
3. Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я).
4. Страхування здоров'я на випадок хвороби.
5. Страхування залізничного транспорту.
6. Страхування наземного транспорту (крім залізничного).
7. Страхування повітряного транспорту.
8. Страхування водного транспорту (морського внутрішнього та інших видів водного транспорту).
9. Страхування вантажів та багажу (вантажобагажу).
10. Страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ.
11. Страхування майна (іншого, ніж передбачено пунктами 5-9).
12. Страхування цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника).
13. Страхування відповідальності власників повітряного транспорту (включаючи відповідальність перевізника).
14. Страхування відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника).
15. Страхування відповідальності перед третіми особами (іншої, ніж передбачена пунктами 12-14).
16. Страхування кредитів (у тому числі відповідальності позичальника за непогашення кредиту).
17. Страхування інвестицій.
18. Страхування фінансових ризиків.
19. Страхування судових витрат.
20. Страхування виданих гарантій (порук) та прийнятих гарантій.
21. Страхування медичних витрат.
22. Інші види добровільного страхування.

Безперечна перевага такої класифікації полягає в тому, що вона значною мірою наближена до загальноєвропейських стандартів. Це сприяє взаєморозумінню між вітчизняними та іноземними страховими компаніями, що, з огляду на інтернаціональний характер страхового бізнесу, є дуже позитивним.

## 20. Поняття про ризик

Поняття про ризик пов'язується з усвідомленням небезпеки, загрози, ненадійності, невизначеності, непевності, випадковості, збитку. На думку дослідників, термін «ризик» походить від латинського слова «resesum» – скеля або небезпека зіткнення з нею. Протягом тривалого часу поняття ризику не лише асоціювалося з багатозначними негативними проявами життєвих ситуацій, а й часто вживалося як їх синонім.

Стан невизначеності можливий у кожній суспільно-економічній ситуації, якщо наперед не можна виявити причинно-наслідкового зв'язку між основними елементами процесу господарської діяльності чи суспільного буття. Невизначеність породжується непередбачуваністю кінцевого результату, який може або збігатися з очікуваним, або бути ліпшим чи гіршим за нього. В умовах невизначеності кінцевий результат можна передбачити лише наближено, узявши одне з потенційно можливих значень. Така невизначеність зумовлюється, як правило, суб'єктивним сприйняттям реальних явищ. Поняття ризику, на противагу поняттю невизначеності, має практичне застосування, а тому його зміст потребує об'єктивного визначення. Отже, потрібний перехід від суб'єктивно сприйнятої непевності, випадковості до об'єктивного поняття ризику, що на ній базується. Єдиний спосіб такого переходу – оцінити непевність (випадковість) кількісними методами, надавши їй реальних числових значень. Звідси випливає: ризиком буде визнано лише таку невизначеність, яку можна оцінити кількісно.

Дати найточнішу кількісну оцінку невизначених величин можна, обчисливши ймовірність їх появи. Ця ймовірність має ту характерну особливість, що вона одночасно як два необхідні компоненти загальної оцінки враховує такі взаємодоповняльні випадковості:

- 1) частоту настання події щодо місця та часу;
- 2) розмір збитку, тобто абсолютну величину від'ємного відхилення фактичного результату від очікуваного.

Отже, показник ризику за своїм змістом – це не лише ймовірність появи непевної (випадкової) події, а й імовірність настання негативного результату.

Залежно від наявних можливостей розрахункової бази, а також характеру випадкових явищ визначаються ймовірності кількох типів:

- а) імовірність математична (апріорна);
- б) імовірність статистична (апостеріорна);
- в) імовірність експертна (естиматична).

Математична ймовірність обчислюється як відношення кількості ситуацій, за яких деяка випадкова подія настала, до кількості ситуацій, за яких вона може настати, за умови, що всі розглядувані ситуації однаково можливі та взаємнезалежні. Застосування цього типу розрахунку ймовірності обмежене, оскільки ситуації, описувані зазначеною математичною моделлю, рідко трапляються на практиці. Статистична ймовірність – це відносна частота появи випадкової події певного виду в сукупності всіх можливих випадкових подій. Обчислення такої ймовірності ґрунтується на законі великих чисел і завдяки практичній доступності та достатній об'єктивності обчислених значень імовірності застосовується найчастіше, передусім в економічній сфері.

Визначення експертної імовірності має здебільшого вимушений характер з огляду на брак необхідної математично-статистичної інформації про випадкові події. Експертне оцінювання ґрунтується на об'єктивних фактах, знаннях і суб'єктивних відчуттях експертів щодо реальної ситуації. Незважаючи на деяку обмеженість результативних можливостей методу експертного оцінювання, він досить широко застосовується в економіці.

Отже, визначити ризик та його ступінь у ситуації непевності можна лише одним із методів обчислення ймовірності появи негативних наслідків непевних подій. Якщо такий метод застосувати не вдається, то результат лишається непевним.

Негативними наслідками непевної події можуть бути не лише прямі втрати (збитки), а й непрямі, скажімо, недоотримана (втрачена) очікувана користь, якої планувалося досягти в процесі господарської діяльності. Звідси випливає такий висновок: ризик – це ймовірність зазнати втрат очікуваної економічної (фінансової) користі або прямих збитків через появу непевної (випадкової) події, що стосується майнового інтересу членів суспільства.

Зауважимо, що поряд із суто науковим визначенням ризику існують інтуїтивні, побутові його тлумачення, коли він асоціюється з небезпекою:

- ризик як «дамоклів меч»;
- ризик як удар долі;
- ризик як виклик власним силам;
- ризик як гра;
- ризик як ранній індикатор безпеки.

Теоретичну та методологічну базу досліджень ризику, обчислень імовірності настання втрат та збитків становить так звана теорія ризику. Як наука ця теорія має два напрямки: перший становить спеціальну частину прикладної математики – стохастичну, завданням якої є обчислення ймовірностей, а другий – спеціальну економічну дисципліну, що вивчає економічний зміст втрат і збитків, які виникають з певною ймовірністю, та методику їх уникнення.

У страховій теорії та практиці поняттям ризику часто охоплюється не лише ймовірність появи непевних (випадкових) подій і збитків, а й самі такі події та об'єкти, на які вони чинять негативний вплив, – носії ризику. Так, ще в 1966 році американська комісія у справах страхової термінології офіційно опублікувала два різні визначення ризику. У першому з них ризик тлумачиться як непевність щодо настання того чи іншого явища в умовах, коли існують дві або більше можливостей перебігу подій, що йому передують. У другому визначенні – як застрахована особа або предмет. При цьому поняття ризику в розумінні кількісної міри непевності застосовують передусім теоретики в наукових дослідженнях, а предметне визначення ризику переважає в практиці страховиків.

## 21. Основні характеристики ризику

**Характеристика ризику** – завершальний етап оцінки ризику, на якому узагальнюються дані попередніх етапів і пов'язаних з ними невизначеностей з метою обґрунтування висновків і рекомендацій, необхідних для управління ризиком.

Об'єктивна необхідність дослідження та вивчення сукупного ризику підприємства пояснюється тим фактом, що будь-яка його операційна, інвестиційна та фінансова діяльність у ринковому середовищі здійснюється виключно в умовах загрози формування негативних (або ж неочікуваних позитивних) фінансово-економічних результатів – скорочення прибутків (формування збитків), падіння ринкової вартості підприємства або, у найгіршому випадку, оголошення неплатоспроможності підприємства з наступною його ліквідацією за процедурою банкрутства.

Це, у свою чергу, дає змогу говорити про існування своєрідних *центрів формування ризиків* (аналогічно до центрів затрат або центрів доходів підприємства), на основі яких можна структурувати три узагальнюючі рівні (напрями) центрів формування ризику.



Формування класифікаційних ознак на основі наведеного вище структурування ризиків підприємства дає змогу виділити такі основні види (групи) ризиків:

- **операційний ризик**, формування якого притаманне господарським операціям, які реалізуються в межах операційної діяльності підприємства;
- **інвестиційний ризик**, формування якого притаманне господарським операціям, які реалізуються в межах інвестиційної діяльності підприємства;
- **фінансовий ризик**, формування якого притаманне господарським операціям, які реалізуються в межах фінансової діяльності підприємства.

## 22. Визначення страхового ризику та його ознаки

Ризики – можлива небезпека втрат, зумовлена певними природними явищами (землетруси, паводки, засуха тощо), випадковими подіями техніко-технологічного характеру (пожежа, аварії, вибухи тощо), кримінальними явищами (крадіжки, розбійницькі напади, шахрайство тощо) та явищами суто економічного характеру, різноманітність котрих досить стрімко зростає у зв'язку з поглибленням суспільного поділу праці, розвитком кредитної системи (порушення ритмічності поставок, кризи неплатежу, інфляція тощо).

Класифікація ризиків може бути досить різноманітною залежно від критерію, покладеного в її основу. З огляду на те, чи готовий суб'єкт взяти на себе відповідальність за страхове відшкодування збитків потерпілим внаслідок настання небажаних, уразливих з погляду економічних (або інших) інтересів подій, розрізняють страхові та нестрахові ризики.

**Страховий ризик** – певна подія, в разі настання якої проводиться страхування. Вона має ознаки ймовірності та випадковості. Страхується той ризик, за яким можна оцінити ймовірність страхового випадку, визначити розмір збитку й обчислити ціну страхової послуги та можливу частку страхового відшкодування.

**Нестрахові ризики** – події, які теж супроводжуються певними втратами для потерпілого, але не підлягають страхуванню, найчастіше у зв'язку з відсутністю бажаних взяти на себе зобов'язання щодо відшкодування збитків, спричинених цими подіями. Це, як правило, ризики, за якими неможливо оцінити ймовірність страхового випадку, визначити розмір збитків та ціну страхової послуги.

З розвитком ринкових відносин зростає ступінь ризику, отже, зростає потреба суспільства в засобах захисту та механізмах обмеження ризику. Страховання компенсує збитки (або частину їх) у грошовій формі, а не відшкодовує товарно-матеріальні цінності, і, таким чином, не може повністю усунути порушень перебігу відтворювального процесу. Але воно послаблює залежність суспільного виробництва та окремого підприємця від непередбачуваних небажаних випадків і являє собою вироблений суспільством механізм боротьби із порушенням економічної рівноваги. Та часткова або повна **компенсація** збитків – не єдина функція страхування. Важливе значення мають **превентивні** (попереджувальні) заходи, спрямовані на запобігання страхового випадку (протипожежні заходи, запобігання дорожньо-транспортним пригодам, епідеміям тощо) та **репресивні**, спрямовані на усунення страхового випадку (боротьба з пожежею, паводком, епідемією і т. ін.).

### 23. Класифікація ризиків у різних видах страхування

Класифікація ризиків суб'єкта господарювання на основі критеріїв визначення центрів формування ризиків наведена в табл. 1.

Таблиця 1

Класифікаційна сукупність ризиків підприємства

Критерій	Види ризиків	Фактори формування
Підконтрольність підприємству (за Г. Марковіцем)	Системний ризик	Ризик, що визначається зовнішніми, незалежними від підприємства, факторами
	Несистемний ризик	Ризик, величина якого визначається факторами, що є специфічними для даного підприємства
Позиціонування у ринковому середовищі (детальна локалізація ризиків)	Операційний ризик	Розміщення активів підприємства та їхня структура
	Кредитний (процентний) ризик	Структура формування пасивів підприємства
	Ринковий ризик	Зміна ринкової позиції підприємства
	Діловий ризик	Організація виробничого процесу (зміна обсягів виробництва або операційної маржі)
	Діловий (операційний) ризик	Коливання абсолютної величини чистого доходу та руху грошових коштів

	Фінансовий ризик	Неспроможність підприємства обслуговувати власні зобов'язання перед третіми особами та ймовірність оголошення підприємства банкрутом
Форма ведення підприємством фінансово-господарської діяльності	Валютний ризик	Притаманний підприємствам, що ведуть фінансово-господарську діяльність у кількох країнах і в своїх розрахунках використовують принаймні дві валюти
	Політичний ризик	Притаманний підприємствам, що ведуть фінансово-господарську діяльність у кількох країнах, і формується внаслідок наявності відмінностей та зміни політичного клімату ведення підприємницької діяльності
Джерело формування портфельного ризику	Систематичний ризик	Частина ризику, що формується під дією виключно загальноринкових факторів
	Активний ризик	Частина ризику, що не може бути пояснена за рахунок загальноринкових факторів

## 24. Методи оцінювання ризику

Існують такі основні методи оцінювання економічного ризику:

- статистичний;
- метод доцільності затрат;
- метод експертних оцінок;
- аналітичний метод;
- метод аналогів.

1. *Статистичний метод* оцінювання ризику полягає у вивченні статистики втрат (негативних наслідків реалізації рішень), які мали місце в аналогічних видах підприємницької діяльності. При цьому можуть використовуватись різні способи оцінювання, в тому числі і дисперсійний аналіз. Основним показником, який розраховується на підставі статистичного методу, є частота втрат, пов'язаних із певним видом діяльності:

$$f = \frac{n'}{n_{\text{заг}}},$$

де  $n'$  – кількість випадків настання втрат у статистичній вибірці,  
 $n_{\text{заг}}$  – загальна кількість випадків, що розглядалися у статистичній вибірці.

На основі методу при проектуванні рішення показник частоти втрат переноситься на прогнозовані дані і розглядається вже як ймовірність настання певного рівня втрат.

На сьогоднішній день статистичний метод застосовується в різних модифікаціях і найбільшої популярності набуває метод статистичного випробування (метод Монте-Карло). Перевагою цього методу є можливість аналізувати і оцінювати різні сценарії розвитку проекту, враховуючи різні фактори в рамках одного підходу. Недоліком цього методу є значний рівень використання ймовірних характеристик, що іноді не задовольняє менеджерів проекту.

2. Метод доцільності затрат, орієнтований на ідентифікацію потенційних зон ризику по проекту. Узагальненим фактором ризику тут вважається перевитрата коштів порівняно із запланованим обсягом. При цьому перевитрати по проекту можуть бути викликані одним із чотирьох факторів або їх комбінації:

- 1) первісна недооцінка вартості проекту;
- 2) зміна меж проектування;
- 3) зміни в продуктивності;
- 4) збільшення первісної вартості проекту.

Врахування таких факторів дозволяє, після розбивки інвестиційного процесу на окремі стадії, оцінити зону ризику, в яку потрапляє проект на кожній стадії і таким чином захистити інвестора від критичного та катастрофічного ризиків, оскільки на кожній стадії інвестор може прийняти рішення про припинення асигнувань по проекту.

Для здійснення аналізу коштів, що вкладаються в інвестиційний процес і, відповідно, піддаються ризику, загальнофінансовий стан фірми інвестора можна поділити на п'ять фінансових областей:

- 1) область абсолютної стійкості з нульовим ризиком, коли мінімальною є величина запасів, затрат, а фірма перебуває в безризиковій зоні;
- 2) область нормальної стійкості – відповідає області мінімального ризику, коли існує нормальна величина запасів і затрат;
- 3) область нестійкого фінансового стану – відповідає зоні підвищеного ризику, коли існує надлишкова величина запасів і затрат;
- 4) область критичного фінансового стану – відповідає зоні критичного ризику, коли на підприємстві має місце затовареність продукцією, низький попит на продукцію фірми;

5) область кризового стану, що відповідає області катастрофічного ризику, коли на підприємстві в наявності надмірна затовареність готовою продукцією, великі запаси і витрати, фірма перебуває на грані банкрутства.

Постійний контроль за фінансовим станом у такий спосіб дає змогу заздалегідь прослідкувати негативні тенденції і тим самим зменшити ймовірність ризику банкрутства на підприємстві.

3. При дослідженні складних систем, до яких входять і фінансові системи, виникають проблеми, які виходять за межі формальних математичних поставок завдань. Тому дуже часто для оцінювання ризику використовують метод експертного оцінювання. Основна ідея цього методу полягає у використанні інтелекту людей та їх здатності знаходити рішення слабо формалізованих завдань.

Методика проведення експертного оцінювання:

- 1) формування мети оцінювання;
- 2) постановка завдання;
- 3) створення групи управління процесом оцінювання;
- 4) опис форми отримання необхідних результатів;
- 5) підбір експертів та визначення їх компетентності.

Підбір експертів повинен здійснюватись таким чином, щоб фахівці, які увійшли в групу, по-перше, були обізнані в специфіці роботи підприємства (об'єкта рішень); по-друге, не були б зацікавлені в результатах оцінювання. Тому, як правило, до групи експертів включають 2–3 фахівців підприємства і 2–3 зовнішніх експертів.

Компетентність експертів об'єктивно визначається ступенем їхньої кваліфікації у певній області знань, шляхом аналізу професійної, наукової та іншої діяльності.

Суб'єктивний метод оцінювання компетентності полягає у взаємному оцінюванні кожним експертом кваліфікації своїх колег і своєї за певною шкалою. Після оброблення результатів опитування встановлюється компетентність експертної групи, яка визначає можливу похибку оцінювання;

- 6) складання анкет опитування;
- 7) вибір методу отримання інформації;
- 8) безпосереднє опитування експертів;
- 9) оброблення результатів і складання звіту для прийняття рішення.

Методи оброблення результатів опитування:

1) метод надання переваг. При використанні цього методу експерти нумерують об'єкти (показники ризику) в порядку їх характерності, при цьому найменш характерний елемент отримує №1. У процесі оброблення результатів розраховують коефіцієнт відносної важливості (характерності)  $j$ -того елемента за такою залежністю:

$$K_j = \frac{\sum_{i=1}^n K_{ij}}{\sum_{j=1}^s \sum_{i=1}^n ij}$$

де  $K_{ij}$  – місце, на яке поставлена характерність  $j$ -того елемента (показника) у  $i$ -того експерта;

$n$  – кількість експертів;

$S$  – кількість елементів, що розглядаються.

Той показник, для якого цей коефіцієнт найбільший і є показник ризику, що, на думку експертів, більшою мірою характеризує об'єкт;

2) метод рангів. При цьому методі експерти оцінюють важливість кожного елемента за шкалою відносної значимості в наперед обумовленому діапазоні: 0–1, 0–10, 0–100.

Цей метод, на відміну від попереднього, дає можливість оцінити не тільки пріоритетність  $j$ -того елемента, а й ступінь його вагомості.

4. В основі аналітичного методу лежить класичне правило ринкової економіки про те, що більший ризик пов'язаний з більшим доходом, тому застосування будь-якого методу з аналітичних менеджер зводить до оцінювання приросту доходу проекту і приросту ризику проекту, тобто граничної корисності.

У рамках аналітичного використовують різні методи, серед яких можна виділити:

- метод аналізу абсолютних і відносних показників;
- метод аналізу чутливості.

Для ілюстрації аналітичних методів розглянемо метод аналізу чутливості моделі, який застосовується в такій послідовності:

1-крок: вибір основного ключового показника, відносно якого здійснюється оцінка чутливості;

2-крок: вибір факторів ризику (вхідних параметрів), які можуть вплинути на ключовий показник, відхиляючи його від очікуваного значення;

3-крок: розрахунок конкретних значень ключового показника на різних етапах здійснення проекту і за різних значень обраних факторів ризику.

Сформовані таким чином потоки надходжень і витрат дають змогу в кожний момент часу розрахувати показники ефективності. При цьому будують діаграми залежності між результуючим показником і змінними вхідними параметрами. Зіставляючи між собою отримані діаграми, можна визначати ті фактори, зміни в яких найбільше впливають на кінцеве значення ключового параметра ( фактори ризику).

Розраховуючи критичні для проекту значення факторів ризику, підприємець (менеджер) виявляє слабкі місця і розробляє програму дій щодо посилення цих слабких місць. Так, якщо ціна на продукцію виявиться критичним фактором, то можна посилити програму маркетингу або знизити вартість проекту. Основним недоліком цього методу є те, що він не всеохоплюючий, оскільки не здатний врахувати всі можливі обставини реалізації. Крім того, він не уточнює ймовірності здійснення альтернативних проектів.

5. Для аналізу ризику, яким може бути обтяжений проект, може стати в пригоді інформація про вплив факторів ризику подібних за сутністю проектів, виконаних раніше. Для цього створюється інформаційна база і на підставі її дослідження роблять узагальнення і приймають рішення щодо проекту. Недоліком цього методу є його описовий характер, а також є, що з часом вплив факторів ризику навіть на подібні проекти може змінитися, так само може змінитись і сам «набір» факторів ризику.

## **25. Управління ризиком у страхуванні**

Протягом багатьох років суспільно-господарською практикою вироблено методи і форми ефективної протидії ризикам та ліквідації їхніх негативних наслідків. Водночас відчувалася потреба системного підходу до вибору форм протидії ризикам як детермінантів їхньої оптимізації. Логічна послідовність у здійсненні ефективніших форм антиризикової діяльності була запропонована багатьма спеціалістами ще на початку ХХ ст. Визначені ними форми обмеження та ліквідації ризиків зводилися до таких дій:

1. Запобігання появі випадкових подій, які формують ризикові ситуації в суспільному житті.
2. Подолання (репресія) випадкових подій, появи яких усе ж не вдалося запобігти.
3. Задоволення потреб, які виникли внаслідок дії ризику (компенсація втрат, збитків).

Наведений троїстий поділ антиризикової діяльності був повсюдно визнаний фахівцями за такий, якому властиві ознаки системності та комплексності. Згодом названі методи антиризикової боротьби були трансформовані у специфічні функції страхування.

Розвиток економічної, страхової науки засвідчив, що антиризикова діяльність має ґрунтуватися на залученні значно ширшого кола інструментів управління. Їхній склад та послідовність застосування визначаються багатьма чинниками, які впливають на господарський процес чи стан суспільного буття.

Найповніша сукупність послідовних заходів антиризикової діяльності, застосування яких має комплексний, системний характер, у сучасній економічній теорії та практиці визначається терміном англомовного походження – «Ризик-менеджмент» (risk management), тобто управління ризиками у його найширшому розумінні. Як система, ризик-менеджмент утворюється з ряду послідовних етапів, які, у свою чергу, складаються з низки різноманітних заходів організаційно-фінансового характеру. Зазначені етапи набувають такого змісту:

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

Аналіз ризику є комплексним етапом, протягом якого передбачається послідовна кваліфікація та квантифікація ризику, а саме:

- діагностика, або ідентифікація, ризиків (кваліфікація);
- оцінювання ризиків кількісними методами (квантифікація);
- визначення послідовності наступних дій на підставі загальної оцінки ризику в даній конкретній ситуації.

Початковим кроком на етапі аналізу ризику є вивчення ситуації з погляду можливості та причин його появи в суб'єкта господарювання – носія ризику. На появу ризиків впливають різні причини, які умовно можна поділити на зовнішні та внутрішні. Зовнішні причини, як правило, виводяться з умов довкілля, розташування господарського суб'єкта на певній території, стану попереджувальної інфраструктури. Суб'єкт не має значного впливу на зовнішні причини. Внутрішні причини – це стан та вид належного суб'єктові майна, характер технології виробництва чи іншої діяльності, а також стан власних засобів безпеки (попередження ризиків). Досить важливою внутрішньою причиною є ступінь усвідомлення суб'єктом господарювання чи іншим носієм потенційного ризику остаточних можли-



вих наслідків появи ризику. Суб'єктивне ставлення до ризику може бути двояким: негативним або позитивним. Негативне ставлення до ризику означає його повне або ж часткове ігнорування. Така позиція суб'єкта у страховій теорії характеризується поняттям аверси ризику і досить часто саме вона є причиною останнього.

Засобами якісного аналізу мають бути виявлені негативні наслідки ризику в усіх сферах діяльності господарського суб'єкта. Так, ризик пожежі може виявити свої наслідки у сфері технологічного процесу, виробничо-господарської діяльності, фінансово-економічній та в соціальній. Проте відбувається це в певній послідовності.

Комплексна діагностика ризиків дає змогу простежити не лише їхній розвиток та сфери поширення, а й негативні наслідки кумуляції таких ризиків, тобто взаємного їх впливу і нагромадження. З метою виконання цього значного за обсягом завдання слід залучати найрізноманітніші джерела інформації та використовувати найдосконаліші методи кваліфікаційного аналізу ризиків. Найважливіші з цих методів такі:

- аналіз спостережень за виробничою діяльністю;
- аналіз свідчень працівників;
- документальний аналіз господарської діяльності;
- аналіз організації об'єкта дослідження;
- аналіз окремих контрольних перевірок.

Слідом за ідентифікацією ризику і визначенням сфери його поширення, виникає потреба кількісно оцінити ризик. Здійснюючи операцію щодо класифікації ризику, необхідно брати до уваги два взаємопов'язані аспекти:

- максимальну величину збитку, який може виникнути за певного ризику;
- імовірність настання події, яка може призвести до максимального збитку.

Кількісне оцінювання ризиків здійснюється з допомогою актуарних розрахунків, виконання яких потребує достатньої статистичної та математичної бази. Кількісна оцінювання ризиків відбиває ступінь їхньої економічної загрози.

Підсумки аналізу якісних та кількісних характеристик ризиків є підставою для визначення стратегії антиризикової діяльності в майбутньому, тобто подальших дій, які зводяться до встановлення контролю над ризиками або фінансування потреб, що виникли внаслідок прояву ризиків.

## 26. Визначення ціни ризику в страхуванні

*Ціна* страхового *ризик*у та інших витрат, адекватних грошовому виразу обов'язків *страховика* по укладанню договору страхування, називається тарифною ставкою.

**Страховий тариф** – брутто-ставка у вартісному виразі або у відсотках з одиниці страхової суми. До складу брутто-ставки входять: нетто-ставка та навантаження (надбавка), яка передбачається для покриття витрат та ведення справи, запобіжних заходів, отримання прибутку і т. п.

Аналіз ризиків дає змогу класифікувати їх на дві великі групи: страхові й нестрахові (не включені до договору страхування). Сукупність страхових ризиків становить обсяг страхової відповідальності за договором страхування, який виражається за допомогою страхової суми договору. Ціна ризику в грошовому виразі оцінюється тарифною ставкою, яка, звичайно, розраховується на 100 грошових одиниць страхової суми або у відсотках до її абсолютної величини (докладніше розрахунок тарифної ставки див. далі).

У практиці діяльності страховика особливо важливо прогнозувати тарифну політику на основі прогнозування тенденцій розвитку ризику. Загальний прогноз може бути зведено до таких напрямів:

- ризикові обставини, пов'язані з освоєнням нових видів сировини, заміни традиційних матеріалів на нові (полімерні, композитні тощо);
- ризикові обставини, зумовлені новими виробничими умовами в промисловості: введенням автоматизованих систем управління технологічними процесами, промислових роботів, роботизованих комплексів тощо;
- ризикова ситуація, пов'язана із змінами в технології промислового цивільного будівництва, зокрема з освоєнням збірних модульних конструкцій, висотного блочного й великопанельного домобудування тощо;
- ризикові обставини, зумовлені впровадженням нових транспортних систем, яким властива висока пропускна чи провізна здатність на різних шляхах сполучення.

Ризикові обставини є умовами дії (реалізації) ризику. На основі аналізу ризикових обставин розраховується страхова премія, виплачувана в страховий фонд. Спеціалісти страхової організації мають

підбирати й вивчати необхідну інформацію, яка характеризує суттєві ризикові обставини та їхню динаміку. В результаті цього аналізу аргументуються висновки, що враховуються через систему скидок та надбавок (накидок) у відсотках або сталих фінансових умах до обчисленої страхової премії для базової сукупності відповідних ризикових обставин.

## **27. Структура страхового тарифу**

Страховий тариф – це ставка страхової премії з одиниці страхової суми або з вартості об'єкта страхування (тобто з повної страхової суми) за визначений період страхування.

Страховик розраховує страхові тарифи, виходячи з того, що страхових премій, обчислених на основі цих тарифів, має бути достатньо, аби, по-перше, він міг виконати свої зобов'язання перед страхувальниками з конкретних видів страхування (тобто провести виплати), а по-друге – покрити витрати на утримання страхової компанії і дістати прибуток. Тому повний страховий тариф (брутто-тариф) включає в себе дві невіддільні частини: нетто-тариф і навантаження.

При розрахунках тарифів спочатку обчислюється нетто-тариф. Саме він забезпечує формування страхового фонду для майбутніх виплат. Тому рівень нетто-тарифу має бути визначений якомога точніше. Якщо нетто-тариф занижений, то страхових премій, зібраних страховиком на базі цього тарифу, не вистачить для покриття ймовірних збитків страхувальників.

Після визначення нетто-тарифу обчислюється навантаження. Необхідність навантаження впливає з того, що страховикові, як і будь-якому суб'єктові підприємницької діяльності, потрібні кошти, які він міг би спрямувати на утримання компанії (у страхуванні традиційно використовується термін «на ведення справи»), включаючи оплату послуг страхових посередників. Крім того, страхова компанія, як і будь-яке інше підприємство, створюється з метою отримання прибутку. Якщо страхові премії надходять страховикові лише на базі нетто-тарифу, то перелічені потреби не матимуть фінансового покриття. У забезпеченні цього фінансового покриття і полягає значення навантаження.

Структура страхового тарифу з погляду співвідношення між нетто-тарифом і навантаженням, включаючи ведення справи і при-

буток, не однакова для різних видів страхування. Існують «дорожчі» і «дешевші» види страхування залежно від того, скільки коштів витрачає страховик на укладання договорів страхування та їх обслуговування. «Дорогі» види страхування характеризуються вищою часткою витрат на ведення справи у структурі страхового тарифу. У вітчизняній практиці більших витрат потребує надання страхових послуг населенню. Відносні витрати на укладання та обслуговування договорів страхування тут, як правило, значно вищі, ніж аналогічні витрати в разі роботи страховика з юридичними особами. Це значною мірою впливає на уподобання страхових компаній у виборі клієнтів, оскільки страхувати корпоративних клієнтів видається вигіднішим.

Якщо нетто-тариф обчислюється спеціалістами з використанням математичних методів на базі теорії ймовірності, то навантаження визначається емпірично, з урахуванням фактичних розмірів витрат на ведення справи, що склалися за попередній період. Витрати на ведення справи можна вважати «умовно-постійними витратами» (якщо страховик проводить нормальну, звичну діяльність), їхній обсяг може бути орієнтиром при плануванні відповідних обсягів надходжень страхових премій для покриття цих витрат. Прибуток у структурі тарифу планується з огляду на середній рівень тарифів на даний вид страхових послуг, а також на обчислені раніше нетто-тариф і витрати на ведення справи.

Якщо страхова компанія матиме на меті отримати дуже великий прибуток від проведення того чи іншого виду страхування, вона змушена буде встановити тарифи на рівні, вищому за середній. У такому разі вона, скоріш за все, не отримає не тільки прибутків, а й взагалі доходів у вигляді страхових премій, оскільки страхувальники не платитимуть занадто високої плати за той вид страхування, який у інших страховиків коштує дешевше. Більше того, страхова компанія втратить двічі, адже за відсутності надходжень страхових премій вона позбавляється можливості використовувати відповідні кошти для отримання інвестиційного доходу. Отже, страхові тарифи, як і ціни на будь-які інші товари і послуги, регулюються попитом і пропозицією.

Зауважимо, що для українських страховиків характерним є попит до завищення страхових тарифів. Причому це завищення формується під впливом усіх складових тарифної ставки, а особливо – витрат на ведення справи і прибутку. У ряді випадків ці структур-

ні компоненти тарифу дорівнюють 40 і навіть 50 відсотків бруто-ставки, що не можна вважати нормальним. Адже при цьому порушується принцип еквівалентності у взаємовідносинах страховика зі страхувальником, страхувальник переплачує за страхування майже вдвічі.

У західних країнах існує протилежна проблема. Конкурентна боротьба спонукає страховиків дедалі зменшувати ставки страхових премій. Іноді страховики взагалі не планують отримання прибутку від страхової діяльності; витрати на ведення справи покривають за рахунок інвестиційних надходжень, страхова премія встановлюється на рівні нетто-премії, а часом навіть і нижче. Занижені страхові премії використовуються як засіб залучення клієнтів. Але слід зазначити, що цей засіб вкрай небезпечний, бо таким чином страхова компанія позбавляє себе можливості сформувати адекватний страховий фонд, тобто нагромадити об'єктивно необхідні кошти для виконання зобов'язань перед страхувальниками. Погіршується фінансовий стан компанії, опиняється під загрозою її платоспроможність. Через це в багатьох Західних країнах органи нагляду за страховою діяльністю ретельно контролюють рівень страхових тарифів з метою недопущення використання страховиками свідомо низьких, демпінгових тарифів.

Проте в ряді випадків установавання ставок премій, нижчих за рівень нетто-премії, цілком прийнятне. Тут ідеться про своєрідну «винагороду» страховикові, який проводить активну інвестиційну політику, має стабільні та значні інвестиційні доходи при збалансованому страховому портфелі і відносно низьких витратах на ведення справи. У цьому разі існує певна можливість знижувати ставку премії до рівня нетто-премії і нижче з урахуванням гарантії покриття дефіциту страхового фонду за рахунок вільних резервів і фінансових надходжень з інших джерел.

Якщо структуру тарифної ставки з добровільних видів страхування визначає сам страховик, то при проведенні обов'язкових видів страхування існують певні обмеження. Постановою Кабінету Міністрів України від 4 червня 1994 року за № 358 «Про удосконалення механізму державного регулювання тарифів у сфері страхування» встановлено, що розрахунки тарифів з обов'язкового страхування в нашій країні проводяться із застосуванням нормативу витрат на ведення страхової справи як складової тарифу.

## 28. Поняття про страховий ринок, умови його формування розвитку

Взаємодія сторін що до укладання страхових угод і досягнень результативності страхових операцій відбувається на страховому ринку.

Об'єктивною передумовою існування страхового ринку є наявність користувачів (замовників) страхової послуги, мають безпосередній страхової інтерес і виконавців, здатних задовольнити їхні потреби.

Страховий ринок – то окрема система організації страхових відносин, коли відбувається купівля-продаж страхових послуг як товару, формуються пропонування й попит ними. Отже, характерні ознаки страхових відносин такі:

- а) сплата грошової суми в разі настання певних подій;
- б) випадковість наступу цих подій;
- в) наявність інтересу (майнового чи немайнового) одного з учасників відносин, захист якого і забезпечується сплатою зазначеної грошової суми;
- г) платність послуги з надання захисту;
- д) наявність спеціально формованих грошових фондів, коштом яких і забезпечується захист.

*Страховий ринок* – це відкрита система, здатна до розширення та звуження, залежна як від загальної економічної ситуації в країні, так і від активності страховика.

В умовах функціонування ринкової економіки, основу якої становить господарська (підприємницька) діяльність з використанням різних форм власності, та механізму державного регулювання відносин у сфері економіки потреба суб'єктів господарської діяльності в захисті своїх майнових прав та охоронюваних законом інтересів від різноманітних ризиків зростає.

Інтерес у створенні адекватного розвинутих економічних відносинам ринку страхових послуг проявляють не тільки суб'єкти господарювання, а й держава, яка зацікавлена у страховому захисті державного майна. Ці питання вирішуються впровадженням в Україні перевірених світовою практикою форм і видів страхування.

Разом з тим на розвиток страхового ринку в Україні негативний вплив справляють:

- відсутність економічної стабільності, сталого зростання виробництва, неплатоспроможність населення та дефіцит фінансових ресурсів;
- значна взаємна заборгованість, накопичення неплатежів і збитковість більшості підприємств;
- неповна і фрагментарна законодавча база, відсутність державних преференцій на страховому ринку, неефективний контроль з боку держави, прояви монополізму;
- високий рівень інфляції (понад 10 відсотків), внаслідок чого здійснення довгострокових (накопичувальних) видів страхування в національній валюті неможливе;
- слабкий розвиток фондового ринку, що не дає змоги використовувати цінних паперів як категорію активів для захищеного розміщення страхових резервів;
- відсутність вторинного ринку страхових послуг, механізмів ефективної взаємодії банківського та страхового сектора економіки, низький рівень розвитку допоміжної інфраструктури страхового ринку;
- неналежний рівень інформації про стан і можливості страхового ринку, довіри населення до страхування.

Серйозну загрозу нормальному функціонуванню страхового ринку України також становить тенденція до монополізації страхового ринку в інтересах окремих міністерств, фінансово-промислових груп або місцевих адміністрацій.

Програмою розвитку страхового ринку України на 2001–2004 роки передбачено, що страховий ринок має розвиватися за такими принципами:

- верховенства права – правове регулювання страхової діяльності;
- системності – узгодження заходів щодо реформування страхового ринку із заходами і планами інших галузей економіки, обґрунтування можливості запровадження обов'язкових видів страхування, що повинно відповідати майновому стану громадян і проводитися паралельно із заходами, спрямованими на підвищення доходів громадян;
- конкурентності – держава гарантує всім страхувальникам і страховикам (вітчизняним та іноземним) вільний вибір видів страхування та однакові можливості у провадженні діяльності, створює сприятливі умови для розвитку страхування з метою забезпечення реалізації права на ефективний страховий захист та вільний вибір страховика;

- стабільності – забезпечення сталого, надійного і привабливого ринку страхових послуг шляхом створення державою зрозумілих та ефективних механізмів і правил його функціонування;
- обмеження присутності держави на страховому ринку – держава поступово відмовляється від проявів монополізму на страховому ринку, не втручається у діяльність страховиків, крім питань оподаткування, формування статутних капіталів, встановлення правил формування, розміщення та обліку страхових резервів, контролю за платоспроможністю страховиків;
- мотивації діяльності страховиків і страхувальників – держава створює умови, за яких фізичні та юридичні особи заінтересовані у страхових послугах, а страхові компанії – в наданні цих послуг,
- довіри – внутрішня рушійна сила розвитку страхового ринку, ґрунтується на моральній та матеріальній відповідальності страховика перед страхувальником, на надійному правовому захисті страхувальника.

## 29. Структура страхового ринку залежно від критерію, покладеного в основу його класифікації

**Страховий ринок** – частина фінансового ринку, де об'єктом купівлі-продажу виступає страховий захист, формуються попит і пропозиція на нього.

Головною функцією страхового ринку є акумуляція та розподіл страхового фонду з метою страхового захисту суспільства.

**Об'єктивна необхідність** виникнення та розвитку страхового ринку зумовлюється наявністю суспільної потреби у страхових послугах та наявністю страховика, здатного їх задовольнити.

Залежно від критерію, покладеного в основу класифікації страхового ринку, розрізняють інституціональну, територіальну, галузеву та організаційну структури.

**Інституціональна структура** ґрунтується на розмежуванні приватної, публічної або комбінованої форм власності, на якій створюється страхова організація. Вона може бути представлена акціонерними, корпоративними, взаємними, державними страховими компаніями. Закон України «Про господарські товариства» регламентує конкретніше використання різноманітних організаційно-правових форм господарських об'єднань.



У *територіальному аспекті* виділяють місцевий (регіональний), національний (внутрішній) та світовий (зовнішній) страхові ринки. *Місцевий* (регіональний) ринок задовольняє страхові інтереси регіону; *національний* – інтереси, що переросли межі регіону і розширились до рівня нації (держави), *світовий* – задовольняє попит на страхові послуги в масштабі світового господарства.

*За галузевою ознакою* виділяють ринки *особистого* та *майнового* страхування. Кожна з названих ланок має свою структуру (сегментацію).

Організаційна структура страхового ринку може бути представлена так.

*Страхове товариство*, або страхова компанія, де відбувається формування страхового фонду і переплітаються індивідуальні, колективні та групові інтереси.

Свої стосунки з іншими страховиками економічно відокремлені страхові товариства будують на основі співстрахування та перестрахування.

Страхові товариства можуть об'єднуватись у *спілки, асоціації, пули* та інші об'єднання для координації діяльності, захисту інтересів своїх членів та здійснення спільних програм, якщо їх утворення не суперечить законодавству України. Вони не мають права займатися страховою діяльністю.

*Товариства взаємного страхування* – юридичні особи – страховики, створені відповідно до Закону України «Про страхування» з метою страхування ризиків цього товариства. Сплата страхового платежу здійснюється за рахунок чистого прибутку, що залишається у розпорядженні членів товариства, крім випадків, передбачених законодавством України.

Кожний член товариства за умови використання ним усіх зобов'язань перед товариством взаємного страхування, незалежно від суми страхового внеску, має право повністю отримати необхідне страхове відшкодування в разі настання страхового випадку.

*Страхові агенти та страхові брокери* – страхові посередники, – через яких страховики здійснюють страхову діяльність. Страхове законодавство визначає їхні функції таким чином:

- консультування;
- експертно-інформаційні послуги;
- підготовка, укладення та супровід договорів страхування (перестрахування), в тому числі щодо врегулювання збитків у частині одержання та перерахування страхових платежів, страхових виплат та страхових відшкодувань відповідно із страховальником або перестраховальником;

- інші посередницькі послуги у страхуванні та перестраховуванні за переліком, встановленим Уповноваженим органом.

*Страхові агенти* – громадяни або юридичні особи, які діють від імені та за дорученням страховика і виконують частину його страхової діяльності (укладання договорів страхування, одержання страхових платежів, виконання робіт, пов'язаних з виплатами страхових сум і страхового відшкодування). Страхові агенти є представниками страховика і діють у його інтересах за комісійну винагороду на підставі договору із страховиком.

*Страхові брокери* – громадяни або юридичні особи, які зареєстровані у встановленому порядку як суб'єкти підприємницької діяльності і здійснюють посередницьку діяльність на страховому ринку за винагороду від свого імені на підставі доручень страхувальника або страховика. Страхові брокери – громадяни, які не мають права отримувати та перераховувати страхових платежів, страхових виплат та виплат страхового відшкодування.

У деяких країнах через страхових брокерів здійснюється переважна більшість усіх видів страхування, в інших – тільки страхування великих, нових та маловідомих ризиків. Найбільшого розвитку інститут брокерів досяг у Великій Британії.

Посередницька діяльність страхових агентів і страхових брокерів на користь іноземних страховиків на території України не допускається, крім договорів перестраховування (див. ст. 30 Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування»).

*Перестраховальні компанії* (перестраховики) – організації, які не виконують прямих страхових операцій, а приймають у перестраховування ризики інших страховиків і можуть передавати частину з них в ретроцесію.

*Перестрахові брокери* – юридичні особи, які здійснюють за винагороду посередницьку діяльність у перестраховуванні від свого імені на підставі брокерської угоди із страховиком, який має потребу у перестраховуванні як посередник.

*Моторне (транспортне) страхове бюро* – юридична особа, яка утримується за рахунок коштів страховиків, котрим дозволено займатися страхуванням відповідальності власників транспортних засобів за шкоду, заподіяну третім особам, та за умовами, передбаченими міжнародними договорами України щодо вказаного виду страхування.

*Спеціальний Уповноважений орган у справах нагляду за страховою діяльністю, який здійснює нагляд з боку держави з метою дотримання вимог учасниками страхового ринку законодавства України про страхування, ефективного розвитку страхових послуг, запобігання неплатоспроможності страховиків та захисту інтересів страхувальників.*

### **30. Учасники страхового ринку та взаємовідносини між ними**

У страхуванні обов'язкова наявність обох сторін – страховика і страхувальника. Страховиком виступає державна, акціонерна чи інша страхова організація. Страхувальниками виступають юридичні особи будь-якої форми власності.

Учасниками відносин на страховому ринку є страхувальники, страховики, страхові агенти, страхові брокери. Страховиками є юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали зі страховиками договори страхування. Страхувальники вправі укладати зі страховиками угоди про страхування третіх осіб, на користь останніх (за страхованих осіб).

Застрахований (посмертний одержувач, вигодонабувач, правонаступник, бенефіціар) – в договорах особистого страхування – особа, на чю користь укладено договори страхування, що має право отримати компенсацію при виникненні страхового випадку чи викупну суму за дострокового розірвання договору. Страховики – юридичні особи будь-якої організаційно-правової форми, передбаченої законодавством РФ, які отримали в встановленому законом порядку ліцензію. Страховики можуть здійснювати страхову діяльність через страхових агентів і страхових брокерів.

Державні страхові компанії – це організації, діяльність яких ґрунтується державній власності.

Акціонерний страхових (товариство з обмеженою відповідальністю) – форма страхової компанії, джерело якої в об'єднанні капіталу кількох економічних суб'єктів.

Товариства взаємного страхування – це об'єднання, в яких кожен засновник одночасно виступає страховиком. Ці некомерційні організації утворюються лише заради страхування своїх членів.

Страховий пул – добровільне об'єднання страховиків, що не є юридичною особою, створене за умов солідарної відповідальності його за

виконання зобов'язань, укладених від його від імені. Діяльність пулу будується з урахуванням співстрахування. Страхові агенти – фізичні чи юридичні особи які діють від імені страховика і за його дорученням відповідно до наданих повноважень.

Страховими агентами юридичних осіб виступають зазвичай бюро шлюбних знайомств, туристські агентства, юридичні консультації та нотаріальні контори, які з послугами основної діяльності оформляють ті чи інші договори страхування.

Посередницькі послуги страхових агентів оплачуються за фіксованими ставками, у відсотках чи проміле від обсягу виконаних робіт. На сьогодні у світовій практиці виділено три основних типи агентських мереж.

*Просте агентство* – має місце в разі, якщо агент укладає договір зі страховою компанією і працює самостійно під наглядом штатних працівників компанії. За кожну укладену угоду страховий агент отримує комісійну винагороду.

*Пірамідальна структура* – страхова компанія укладає договір з генеральним агентом – котра є фізичною особою, яка самостійно формує систему субагентів. Ті, у свою чергу, можуть набирати субагентів. Комісія розподіляється за принципом: чим нижчий рівень субагента, тим менша ставка. Найвища ставка у агента, який укладає договір страхування.

*Багаторівнева мережа* – агентами є самі страхувальники. Страхові брокери – юридичні чи фізичні особи, зареєстровані в установленому порядку як підприємці, здійснюють посередницьку діяльність зі страхування від імені страхувальника або страховика.

Відповідно до існуючого Положення, страхові брокери – юридичні особи можуть надавати своїм клієнтам такі види послуг: пошук і залучення клієнтури до страхування; роз'яснення клієнтові питань, які його цікавлять щодо певних видів страхування; підготовка й оформлення необхідних документів для підписання договору; консультаційні послуги зі страхування; організація послуг аварійних комісарів, експертів з оцінки збитків та визначення розміру виплат; розміщення страхового ризику на вибір клієнта договором співстрахування чи перестрахування; інші послуги.

Згідно із Законом, страхові брокери зобов'язані спрямувати у Федеральну службу Росії з нагляду за страховою діяльністю повідомлення про намір здійснювати посередницьку діяльність зі страхування за 10 днів до початку цієї діяльності.

## **31. Визначення страховиків та страхувальників згідно із законодавством України**

Страхувальниками визнаються юридичні особи та дієздатні громадяни, які уклали із страховиками договори страхування або є страхувальниками відповідно до законодавства України.

Страхувальники можуть укладати із страховиками договори про страхування третіх осіб (застрахованих осіб), які можуть набувати прав і обов'язків страхувальника згідно з договором страхування.

Страхувальники мають право при укладанні договорів страхування призначати громадян або юридичних осіб для отримання страхових сум (страхового відшкодування), а також замінювати їх до настання страхового випадку.

Страхувальник – юридична особа або дієздатний громадянин, які уклали зі страховиком договір страхування.

Страховики можуть здійснювати страхову діяльність через страхових посередників, тобто страхових агентів та страхових брокерів.

Страховиками визнаються юридичні особи, які створені у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств із додатковою відповідальністю згідно з Законом України «Про господарські товариства» з урахуванням особливостей, передбачених цим Законом, а також які одержали у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності. Учасників страхування повинно бути не менше трьох. Страхова діяльність в Україні здійснюється виключно страховиками – резидентами України.

В окремих випадках, установлених законодавством України, страховиками визнаються державні організації, які створені і діють відповідно до цього закону.

Загальна частка іноземних юридичних осіб та іноземних громадян у статутному фонді страховика не може перевищувати 49 відсотків, крім випадку, передбаченого статею 43 цього закону.

Загальний розмір внесків страховика до статутних фондів інших страховиків України не може перевищувати 20 відсотків його власного статутного фонду, в тому числі розмір внеску до статутного фонду окремого страховика не може перевищувати 5 відсотків.

Частка грошових внесків у сплаченому статутному фонді страховика повинна бути не менше 60 відсотків. Допускається сплата грошової частини внесків до статутного фонду страховика цінними паперами, що випускаються державою за їхнього номінальної вар-

тістю в порядку, визначеному Міністерством фінансів України, але не більше ніж 25 відсотків загального розміру статутного фонду.

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

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

Допускається виконання зазначених видів діяльності у вигляді надання послуг для інших страховиків на підставі укладених угод про сумісну діяльність.

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

## **32. Страхові послуги як об'єкт купівлі-продажу на страховому ринку**

Страхові послуги – це особлива форма економічних відносин, яка включає створення спеціального ринку коштів (страхового фонду) для відшкодування збитків, які сталися в результаті стихійних і випадкових дій природи та людини.

Страховий ринок – це особливі соціально-економічне середовище і сфера економічних відношень, де об'єктом купівлі-продажу (товаром) є страхова послуга, формуються попит і пропозиція на неї. Основна мета страхового ринку – забезпечення безперервності процесу суспільного відтворення через продаж специфічної фінансової послуги (страхової гарантії), що здійснює матеріальну компенсацію шкоди (збитку), яка заподіяна майновим інтересам страхувальників у результаті настання подій, що називаються страховими випадками. Страховий ринок можна розглядати і як особливу систему організації грошових відносин із формування і розподілу страхового фонду, щоб забезпечити страховий захист суспільства за допомогою створення структури страхових організацій, які беруть участь у продажу відповідних страхових послуг. Страховий ринок може бути охарактеризований за територіальним і галузевим (видовим) принципом. У територіальному аспекті можна виділити:

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

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

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

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

За галузевою (видовою) ознакою виділяють ринки:

- особистого страхування;
- майнового страхування;
- страхування відповідальності;
- страхування економічних ризиків;
- перестраховування.

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

Ринкова економіка ґрунтується на свободі вибору продавця і покупця. Вільна гра попиту і пропозиції в умовах ринкової економіки стимулює появу таких страхових послуг, що об'єктивно потрібні страхувальнику. Свобода ціноутворення, виражена у тарифних ставках на страхові послуги, створює умови для конкуренції між страховиками.

Страховий ринок представляє всю сукупність економічних відносин, що виникають при купівлі-продажу страхового продукту, і реалізує прямі відношення між страховиком і страхувальником за допомогою наповнення змісту страхової послуги конкретними товарно-грошовими відносинами.

Метою діяльності за умов ринкової економіки є одержання прибутку. При цьому об'єктивна наявність конкуренції, економічною основою якої є розходження в обсязі витрат різних страховиків на реалізацію однакової страхової послуги (її собівартості).

Особливістю ціноутворення у страхуванні є той факт, що ціна страхової послуги складається з таких компонентів:

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

Закон вартості, діючи у ринковій економіці, проявляється у наявності на страховому ринку послуги за ціною, що сформована на основі співвідношення попиту і пропозиції. При цьому очевидно, що ринкова ціна на страхову послугу повинна бути однаковою для всіх страховиків, які діють на цьому ринку.

Тому для завоювання ринку, забезпечення незалежності від конкурентів і збільшення прибутковості страхової діяльності потрібне зниження рівня індивідуальної вартості страхової послуги конкретного страховика щодо її ринкової вартості.

### **33. Роль посередників на страховому ринку**

На страховому ринку України посередники існують з кінця 80-х років, тобто з моменту його виникнення. Посередники – це страхові агенти, фізичні особи, які працювали на умовах трудової угоди чи контракту, а також юридичні особи, для яких страхове посередництво не було виключним видом діяльності (залізничні каси, туристські фірми, ощадбанк тощо). Функції страхових посередників виконували і продовжують виконувати страхові компанії, які продають страхові продукти іноземних страховиків.

Професійні страхові посередники почали з'являтися на страховому ринку в середині 90-х років в особі страхових брокерів, що працювали в інтересах страховиків, забезпечуючи їм перестраховання як на українському, так і на зарубіжних перестраховальних ринках. Основу фахівців страхових брокерських фірм становлять колишні працівники страхових компаній середньої і вищої ланки.

На сьогодні можна з упевненістю зазначити, що з кожним роком зростає довіра населення до страхування як інституту реального захисту майнових та соціальних інтересів громадян. Свідченням цього є постійне збільшення активів страхових компаній, кількість страхових відшкодувань та підписаних угод. Проте потенційні можливості вітчизняного страхування значно більші, і вони потребують свого розвитку. Цьому могла б сприяти масова пропаганда можливостей галузі, консалтингу послуг тощо. Але засобами рекламних акцій це питання не вирішити. Назріла необхідність створити посередницький ринок між страховиками і потенційними клієнтами.

Страховий посередник діє на страховому ринку поряд зі страховальником і страховиком. Страхова індустрія використовує різні типи посередників та їхні комбінації. Посередницькі функції мо-



жуть виконувати: персонал страхових компаній, агенти, брокери, банки, туристські агентства, відділення зв'язку, агентства нерухомості, автосалони тощо.

Професійна компетентність страхових посередників становить суттєвий елемент захисту страхувальників, і тому необхідні заходи, спрямовані на отримання страховими посередниками загальних, комерційних та професійних навичок і знань. Зміст кваліфікаційних вимог у різних країнах неоднаковий. Міжнародне бюро страховиків та перестраховиків (об'єднання національних професійних асоціацій страхових посередників Європейського Союзу) у своїй резолюції від 7 жовтня 1992 р. пропонує встановити програму навчання з мінімальним обсягом 300 годин за період, що становить 18 місяців, з обов'язковим складанням іспитів після курсу навчання.

У тому разі, якщо посередники незадовільно виконують свої обов'язки і, відповідно, їхні клієнти зазнають фінансових втрат, останні мають отримати компенсацію. Надання таких фінансових гарантій вимагається насамперед від брокерів. Загалом вважається, що страхові компанії несуть повну фінансову відповідальність за професійні дії своїх агентів. При цьому постає низка проблем, коли йдеться про агентів, які працюють на кілька компаній. Щодо страхових брокерів існують деякі види гарантій покриття їхньої професійної відповідальності. Найпоширенішим, а в багатьох країнах обов'язковим, є страхування професійної відповідальності страхових брокерів. Існує також вид гарантії у формі банківського депозиту.

В Україні досі немає механізму надання фінансових гарантій з боку страхових посередників. Без високопрофесійних каналів дистрибуції страхових послуг страховим компаніям буде дуже важко вирішити проблему залучення значної кількості клієнтів для підтримки стабільного фінансового стану.

Державні вимоги до збільшення гарантованого капіталу страхових компаній обов'язково призведуть до значного зменшення кількості страхових компаній, що сприятиме переходу частини страховиків на страховий посередницький ринок.

З розвитком та поглибленням відносин на страховому ринку України роль страхових посередників зростатиме, що піде на користь як страхувальникам, так і страховикам. При цьому забезпечуватиметься постійне поліпшення якості страхових продуктів за рахунок налагодження тісних відносин страхових посередників і

страхувальників. Отже, наявність значної кількості страхових посередників дасть можливість активізувати український страховий ринок і наблизити його до Єдиного світового ринку страхування.

### **34. Характеристика основних етапів розвитку страхового ринку України**

Український страховий ринок порівняно з провідними країнами, де він розвивається протягом кількох століть, ще молодий і перебуває у стадії формування. Тому його частка у вітчизняній економіці ще доволі мала.

Поняття «страховий ринок» у пострадянській економіці склалося на початку 90-х років. Саме на цей період припало створення поряд з Держстрахом перших альтернативних страхових організацій.

Зародження й розвиток страхового ринку України – процес, що має багато спільного з аналогічними процесами в інших постсоціалістичних країнах. Проте нашій країні притаманні й деякі специфічні риси.

Із законодавчим упровадженням у колишньому Радянському Союзі деяких елементів ринкової економіки (особливо з появою 1988 року Закону «Про кооперацію») почали створюватися перші страхові кооперативи, їхня частка в загальних обсягах страхування була незначною – не більш як 1 %. Проте існування кооперативів протягом 1988–1989 років мало велике значення, оскільки дало змогу набути першого досвіду роботи в ринкових умовах, посприяло підвищенню кваліфікації кадрів.

Отже, період 1990–1993 років характеризувався бурхливим зростанням кількості страхових компаній за непорядкованого законодавства.

Після виходу у травні 1993 року Декрету Кабінету Міністрів України «Про страхування» (далі – Декрет) та створення восени 1993 року Комітету у справах нагляду за страховою діяльністю почався новий етап розвитку страхового ринку України.

Було впроваджено єдиний державний реєстр страхових компаній і видано ліцензії. Страхову діяльність визначено як виключний вид діяльності. При цьому здійснювати страхову діяльність стало можливим лише за тими видами, які зазначено в ліцензії. Було передбачено обов'язкову звітність страховиків за результатами року. Установлено певну залежність між обсягами максимального зобов'язання та розмірами страхових резервів.

Діяльність страхового ринку протягом 1994–1995 років за умов, визначених Декретом, можна схарактеризувати так.

- По-перше, це посилення спеціалізації роботи страховиків.
- По-друге, це збільшення сфери страхування, поява і розвиток нових його видів. Саме в цей період значного поширення набуває страхування вантажів, особисте страхування від нещасних випадків. Почалося впровадження страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів, відповідальності за виробничими ризиками. Було зроблено перші кроки в медичному страхуванні. Водночас високий рівень інфляції зумовлював популярність так званого змішаного страхування життя з урахуванням інфляції. Проте цей вид страхування не мав достатньої законодавчої та методологічної бази. Тому коли 1995 року припинилася гіперінфляція, численні страхові компанії збанкрутували, і багато їхніх вкладників не отримали належних виплат.
- По-третє, завдяки законодавчому регулюванню страхової діяльності відчутно підвищилася фінансова дисципліна страховиків. Було впроваджено облік резервів, розроблено категорії активів, у межах яких страховики розміщували ці резерви, упорядковано взаємовідносини страховика з його філіями та представництвами, встановлено необхідні форми спеціальної звітності. І найголовніше – розпочався нагляд за страховою діяльністю.

Усе це сприяло зростанню обсягів страхового ринку і розширенню сфери діяльності страховиків.

Отже, у період становлення ринкової економіки в Україні значно зросли обсяги страхового ринку, і він набув якісного розвитку. Сформувалися тенденції до збільшення кількості страхових договорів, кількості страховиків та їхньої спеціалізації за видами страхування, розвитку перестраховальних операцій як на внутрішньому (національному), так і на зовнішньому (світовому) страховому ринку. Особливо слід зазначити, що завдяки належним заходам як на законодавчому рівні, так і на рівні застосування чинників управління й організації страхового ринку страхові резерви почали постійно зростати. А отже, посилилася фінансова надійність страховиків, підвищився рівень гарантій щодо виконання ними взятих зобов'язань.

З ухваленням Закону України «Про страхування» (березень 1996 р.) та перереєстрацією страховиків у 1997 році в Україні почався третій етап розвитку страхового ринку.

Закон установив систему контролю за рівнем платоспроможності страховиків і порядок розрахунку резервів, посилив норми, що регулюють нагляд за страховою діяльністю, упорядкував види обов'язкового страхування.

У травні 1999 року Верховна Рада України ухвалила в першому читанні Проект Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування»», де було передбачено законодавчу реалізацію змін, намічених Програмою. У 2000 році до Верховної Ради було також подано законопроект щодо врегулювання питань обов'язкового державного страхування.

Зазначені законопроекти передбачили й заходи з підвищення платоспроможності страховиків. Так, із цією метою, як передбачалося Програмою, було створено й зареєстровано об'єднання страховиків у вигляді Моторного, Морського, Авіаційного бюро, а також відповідний гарантійний фонд з експортно-імпортних ризиків. На виконання Програми було прийнято відповідну Постанову Уряду щодо діяльності аварійних комісарів і розгорнуто їхню підготовку в Україні. Також значно зросла участь України в міжнародних організаціях, посилювалися контакти з міжнародним страховим ринком. На жаль, не вдалося реалізувати намічений у Програмі захід щодо розвитку системи взаємного страхування та співстрахування. Причиною стало те, що, з одного боку, ці види діяльності недостатньо висвітлювалися (міжнародний досвід, переваги і т. ін.), а з іншого – наш вітчизняний споживач ще не був готовий до цих форм страхового бізнесу.

Не вдалося виконати також один із найістотніших пунктів Програми: на страховому ринку не знайшло належного йому місця соціальне страхування – у пенсійному, медичному, страхуванні від нещасних випадків і т. ін. Закони, які приймалися щодо соціального страхування, не передбачали жодної участі страхових компаній у виконанні відповідних програм. Водночас ігнорування в соціальному страхуванні страхового ринку призвело до того, що законодавство із соціального страхування стало дуже важко впровадити. Його основний тягар лягав на бюджет та доходи підприємств.

Було ухвалено необхідні законодавчі акти на виконання положення Програми щодо аудиту засновників страхових організацій. Почалася державна реорганізація страхових посередників, у тому числі й іноземних, розпочалася робота з уніфікації страхових продуктів.

Завдяки посиленню Ліги страхових організацій України в 1998 році вдалося налагодити систему public relations. Почали виходити

нові періодичні видання з питань страхування. Стали регулярно проводитися навчання, у тому числі й за участю іноземних фахівців.

У 1999 році було створено Асоціацію актуаріїв. Відповідні підрозділи ЛСОУ почали регулярно виконувати аналітично-методичні функції.

У цілому перша Програма дала змогу комплексно підійти до подальшого розвитку страхового ринку в усіх головних аспектах і напрямках, хоча окремі її позиції так і не було втілено в життя. Отже, упровадження цієї Програми сприяло розвитку страхового ринку як системи, усі ланки якої становлять єдине ціле.

За 2001 рік страховики України зібрали 3031 млн грн страхових премій з добровільних і обов'язкових видів страхування, що в 1,4 разу перевищує показники 2000 року. З урахуванням офіційного рівня інфляції обсяги ринку страхових послуг зросли цілком реально. Проте частка страхових платежів у всьому ВВП ще невелика (1,3 %), що значно менше не лише, ніж у розвинутих країнах Європи, а й у Росії, Польщі, Угорщині.

Із загальної суми страхових премій, отриманих українськими страховиками протягом 2001 року, на добровільні види страхування припадало 88,4 %, а частка (в %), страхових надходжень за окремими галузями страхування розподілилася так: майнове страхування – 73,3; страхування відповідальності – 8,0; особисте страхування – 7,1, зокрема 0,5 – зі страхування життя.

### **35. Перспективи розвитку страхового ринку України**

В умовах економічної і фінансової кризи знижується активність на страховому ринку. Для її активізації необхідною умовою є стабільність гривні, завершення процесів приватизації в основних галузях народного господарства. В принципі захистити можна тільки власника і в умовах нормального функціонування фінансової системи. В умовах стабілізації економіки, зміни форм власності та механізму управління в державному секторі економіки потреба суб'єктів господарської діяльності у захисті своїх майнових інтересів та інтересів працівників від різноманітних ризиків зростає. Держава також зацікавлена в страховому захисті державного майна та підвищенні соціально-економічної захищеності громадян України.

Вирішення цих питань шляхом впровадження в Україні перевірених світовою практикою форм і видів страхування та здійснення заходів передбачено. Програмою розвитку страхового ринку на 2001–2004 рр.

Ця Програма розроблена з метою реалізації державної політики у сфері страхування і відповідно до статті 14 Закону України «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України».

У Програмі враховано законодавче розмежування сфер діяльності страхування та загальнообов'язкового державного соціального страхування і передбачено не тільки шляхи реформування ринку страхування, а визначено можливі напрями взаємодії та участі страховиків в обслуговуванні загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Страховання – одна з галузей економіки, в якій останніми роками спостерігається зростання основних показників. За підсумками 2001 року, загальний розмір статутного фонду усіх страховиків становив 1 036,8 млн грн і порівняно з аналогічним показником за станом на 2000 р. зріс на 525,8 млн.грн. Величина сформованих страхових резервів на кінець 2001 року досягла 1184 млн грн, що на 225,2 млн грн перевищує аналогічний показник 2000 року (у 1,2разу). Балансовий прибуток страховиків досяг 2 269,3 млн грн. Загальна валова сума страхових внесків, одержаних українськими страховиками протягом 2001 року, дорівнювала 3031 млн грн, що на 142 % більше, ніж у 2000 році. Як і в попередні роки, протягом 2001 року спостерігалось перевищення в 2 рази темпів надходження страхових премій над темпами інфляції.

Страховий ринок України має досі не використані резерви. В державі застраховано лише близько 10 % ризиків, тоді як у більшості розвинутих країн цей показник досягає 90 – 95 %. Частка українського страхового ринку в загальноєвропейському обсязі страхових послуг становить лише 0,05 %, і це при тому, що в Україні проживає 7 % населення Європи.

Існуюча структура страхового ринку України не сприяє зміцненню соціального захисту громадян та забезпеченню внутрішніх інвестицій. Українські страховики передають іноземним страховикам (перестраховикам) до 90 % страхової премії під час страхування авіаційних і морських ризиків, ризиків здоров'я людей, які від'їжджають за кордон, до 60 % – за «автокаско», до 50 % – під час страхування великих майнових ризиків.

Страхова галузь забезпечує перерозподіл лише 0,9 % валового внутрішнього продукту (цей показник у розвинутих країнах становить 8 – 12 %), що свідчить про потенційні можливості її подальшого розвитку та про те, що страховий ринок не акумулює значного обсягу інвестиційних ресурсів та не справляє відчутного впливу на процес перерозподілу валового внутрішнього продукту.

Розвиток страхового ринку України потребує розв'язання проблем зі страхування життя, пенсійного медичного страхування та страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів.

Страхування життя як надійне джерело інвестиційних ресурсів становить на ринку страхових послуг найменшу частку (0,66 %), тоді як у країнах з розвинутою економікою цей показник дорівнює 30 – 40 %. Нормативно-правова база (з точки зору термінів і форм страхування) не сприяє розвитку цього виду страхування. Щороку питома частка платежів із страхування життя в загальній структурі платежів зменшується в 2 рази. Лише 12 страховиків України мають ліцензію на проведення операцій із страхування життя, а реально цим питанням займаються тільки 6 страховиків. Внаслідок нелегальної діяльності іноземних страховиків із страхування життя Україна за оцінками експертів втрачає щороку 80 – 100 млн дол. США.

Слабкий розвиток та недосконалість таких соціально важливих видів страхування, як пенсійне і медичне страхування, стримує розвиток страхового ринку.

Законом України «Про страхування» встановлено обов'язкове страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів. Однак проведення цього виду страхування стримується відсутністю у відповідних законодавчих актах норм, які регулювали б це питання (у той час, коли в Україні внаслідок дорожньо-транспортних пригод щороку гине близько 5 тис. осіб, а ще 40 тис. отримує травми). Лише незначна частка власників транспортних засобів (2,1 %) залучена до обов'язкового страхування цивільної відповідальності.

Негативний вплив на розвиток страхового ринку в Україні справляють:

- відсутність економічної стабільності, сталого зростання виробництва, неплатоспроможність населення та дефіцит фінансових ресурсів;

- значна взаємна заборгованість, накопичення неплатежів і збитковість більшості підприємств;
- неповна і фрагментарна законодавча база, відсутність державних преференцій на страховому ринку, неефективний контроль з боку держави, прояви монополізму;
- високий рівень інфляції (понад 10 %), внаслідок чого здійснення довгострокових (накопичувальних) видів страхування в національній валюті неможливе;
- слабкий розвиток фондового ринку, що не дає змоги використовувати цінних паперів як категорії активів для захищеного розміщення страхових резервів;
- відсутність вторинного ринку страхових послуг, механізмів ефективної взаємодії банківського та страхового сектора економіки, низький рівень розвитку допоміжної інфраструктури страхового ринку;
- неналежний рівень інформації про стан і можливості страхового ринку, довіри населення до страхування.

Серйозну загрозу нормальному функціонуванню страхового ринку України також становить тенденція до монополізації страхового ринку в інтересах окремих міністерств, фінансово-промислових груп або місцевих адміністрацій.

Перспективи розвитку страхової галузі потребують докорінних змін у системі підготовки та забезпечення кадрами учасників страхового ринку. Збільшення обсягу страхових платежів до 3,5 – 4 % валового внутрішнього продукту в 2005 році потребуватиме додаткового збільшення чисельності працюючих на ринку страхування до 50 тис. спеціалістів, залучення до роботи висококваліфікованих спеціалістів (менеджерів, актуаріїв, брокерів, страхових експертів, фінансових аналітиків, бухгалтерів, юристів та ін.), добре обізнаних з теорією та передовою технологією страхування. У зв'язку з цим необхідно:

- визначити кваліфікаційні вимоги до працівників – страховиків та страхових посередників;
- проводити науково-дослідну роботу з підвищення кваліфікації персоналу страховиків і страхових посередників.

У разі позитивної тенденції розвитку економіки обсяги надходження страхових платежів збільшуватимуться протягом 2001 – 2005 років. Буде забезпечено зростання частки добровільного страхування з одночасним збільшенням масштабів обов'язкового страхування.



Найшвидші темпи прогноуються для розвитку майнового страхування та страхування відповідальності. Зростання попиту на страхові послуги, активна державна підтримка страхування, розвиток інфраструктури ринку страхування сприятиме підвищенню інвестиційного потенціалу страхового ринку за рахунок збільшення розміру страхових резервів.

### **36. Страховий маркетинг**

Незважаючи на ряд позитивних зрушень в останні п'ять років, зростання класичного страхового ринку України усе ще страждає відсутністю в широкій аудиторії страхової культури і довіри до страхування. Запровадження з 1 квітня 2005 р. обов'язкового страхування відповідальності власників автотранспорту не змінило ситуації: майже 60% населення поставилися до нововведення негативно, вважаючи його додатковим податком або черговим «обдурюванням».

Проблема негативного ставлення до страхування носить комплексний соціально-психологічний та інформаційний характер, тому очікувати її рішення на державному рівні за допомогою механізму обов'язкового страхування, як мінімум, безпідставно. Сьогодні провідні компанії України намагаються ефективно вирішувати цю проблему через впровадження діючого механізму страхового маркетингу.

Страховий маркетинг – це система взаємодії страховика і страхувальника, спрямована на взаємне врахування інтересів і потреб. Комплекс страхового маркетингу, як і маркетингу взагалі, включає:

- проведення маркетингових досліджень, сегментацію і позиціонування щодо їх результатів;
- розробку нових чи адаптацію існуючих страхових продуктів (послуг) з урахуванням вимог ринку;
- формування конкурентних цін (тарифів) на страхові продукти;
- формування ефективної системи збуту (розподілу) страхових продуктів, управління цією системою;
- здійснення заходів щодо просування страхових продуктів (реклама, акції Фосстис);
- проведення комунікаційної PR-політики.

Проведення ринкових досліджень не дарма займає перше місце в переліку інструментів маркетинг-мікс. Загальновідома істина,

що сучасна компанія виробляє те, що може продати, а не навпаки. Маркетингові дослідження покликані з'ясувати, чого ж саме потребують споживачі, який продукт (послуга) буде затребуваний ринком, щоб бути конкурентоздатним і прибутковим для компанії, якими якостями він повинен володіти і за якою ціною продаватися.

Актуальність відповідей на ці питання в страховій компанії ще вища, ніж у торговому чи виробничому підприємстві. Справа в тому, що страхові послуги – це послуги латентного (схованого) попиту, більше того – в умовах українських реалій попит на страхування найчастіше є негативним. Як наслідок, залучення й утримання клієнтів – це високозатратний процес (і в плані часу, і щодо фінансів та зусиль персоналу компанії). Крім того, тільки масовість забезпечує страховій компанії прибуток – виплати не повинні перевищувати розміру зібраних платежів, інакше компанія просто розориться. Тому «право на помилку» в роботі з клієнтами чи виведення нового продукту на ринок у страхової компанії набагато менше, ніж у підприємств іншої сфери. Маркетингові дослідження є «відправною точкою», вони покликані вивчити потенційну клієнтуру з метою виділення таких споживчих груп, залучення яких у страхову компанію як страхувальників принесе страховику достатній прибуток у довгостроковій перспективі та впевненість, що співробітництво з ними можна розвивати.

Нині пропонуються різні підходи до проведення маркетингових досліджень.

Не всі стандартні і загальновідомі інструменти ринкових досліджень придатні для страхової компанії. Справа в тому, що, як показують дослідження сучасних маркетологів-практиків, дуже складно вважати достовірними і спиратися на думки, що не є устояними і «народжуються» тільки в процесі цільового опитування.

При проведенні польових маркетингових досліджень дуже добре зарекомендувала себе техніка «перехресних питань» в анкетах. Вона полягає в тому, щоб аналогічні питання ставилися як клієнтам, так і продавцям, які безпосередньо працюють з ними (страховикам). Це допомагає зрозуміти, чи правильну техніку ми застосовуємо при роботі з нашою клієнтською аудиторією. Наприклад, можна поставити запитання: «Під впливом яких факторів, на ваш погляд, найчастіше страхують свій автомобіль клієнти – фізичні

особи?» Аналогічне по суті запитання: «Який фактор найрішучіше вплинув на ваше рішення застрахувати свій автомобіль?» ставить клієнту. Потім результати порівнюються, а в рекомендаціях страховикам озвучується, на які з перелічених факторів клієнти реагують у першу чергу.

Про специфіку проведення ринкових досліджень у маркетингу можна розмірковувати ще дуже довго. Замість цього приведемо приклад такого дослідження з уже згаданого страхового продукту – страхування.

Хочеться сподіватися, що розроблений алгоритм, проілюстрований прикладом, може допомогти маркетологам українських страхових компаній більш системно і якісно організувати свою роботу з проведення маркетингових досліджень.

Програма маркетингу складається з чотирьох елементів: продуктової стратегії, цінової стратегії, стратегії просування, стратегії збуту (розподілу).

Розглянемо їх з урахуванням специфіки галузі страхування.

Продуктова стратегія. Особливості такого товару, як страхова послуга, полягають у тому, що усвідомлення проблеми в страховому захисті у споживача або виражено слабо, або його немає зовсім. В той час страхова послуга володіє високим ступенем корисності для споживачів (всіх або окремо вибраних страхових сегментів). Виділяються чотири унікальні характеристики послуг: невідчутність, невіддільність, непостійність якості, небереженість.

Основне завдання страхової компанії – продавець послуги – показати клієнтам свій товар, пояснити страхувальнику, за що він сплачує кошти. Страхова компанія повинна орієнтувати свою продуктову стратегію на:

- задоволення сучасних потреб страхувальника;
- відмінність своїх страхових продуктів від аналогічних і цікавість для великої кількості споживачів;
- простоту і зручність для продажу й обслуговування;
- високий ступінь незвичайності.

**Цінова стратегія.** Компанія розглядає свої страхові продукти за рівнем прибутковості або ступенем участі в утворенні прибутку:

- продукти основного асортименту, які забезпечують формування основної частини прибутку компанії, користуються підвищеним попитом (страхування житлових приміщень від усіх ризиків, промислових підприємств від вогню і води);

- продукти додаткового асортименту або продукти підтримки, містять складові, що доповнюють основний асортимент, щоб не змушувати споживача звертатися до іншої страхової компанії (поліс цивільної відповідальності власників авто, а також різноманітне страхування, розраховане на молодих людей, які ще не страхувалися раніше).

Залежно від ступеня врахування індивідуалізації ринку компанія застосовує середні тарифи, диференційовані тарифи, індивідуальні тарифи з гнучкою системою знижок і пільг.

**Стратегія просування.** Основні програми стратегії просування передбачають застосування раціональної (предметної) реклами та емоційної або асоціативної реклами. Предметна реклама інформує, звертається до розуму потенційного покупця, наводить аргументи, щоб переконати його. Тому реклама страхових послуг повинна бути конкретною, з використанням продуманих аргументів та цифрових даних.

Емоційна, або асоціативна, реклама спирається на асоціації потенційного споживача. Викликає характерні емоції та формує певне ставлення. Вона звертається до почуттів, діє на підсвідомість.

**Стратегія збуту (розподілу).** Головні принципи, які мають перебувати в полі зору служби маркетингу і яким має відповідати штатна мережа з реалізації страхових продуктів, полягають у тому, що штатний реалізатор (у широкому розумінні) є повноважним представником страховика, і, як правило, саме з його роботою та наданою ним інформацією клієнти приймають рішення щодо укладання договору страхування та надання переваги тому чи іншому страховикові.

Страхові компанії повинні застосовувати чотири основні канали реалізації своїх страхових продуктів: 1) офісний метод реалізації, коли клієнт самостійно прибуває чи запрошується до офісу страховика; 2) через відокремлені підрозділи та агентську мережу, які відшуковують клієнта й працюють із ним за межами головного офісу; 3) через об'єднання страховиків; 4) брокерське посередництво; 5) нестрахових посередників (банки, туристські фірми, кредитні спілки, автосалони та ін.).

### 37. Функції маркетингу страховика

Страховик насамперед на підставі даних попередніх маркетингових досліджень обирає варіанти можливих стратегічних напрямів своєї діяльності. Для аналізу очікуваної ефективності їх реалізації він за кожним із варіантів формує свою маркетингову політику. Як

правило, ця політика містить у собі низку передумов, застережень та намірів щодо остаточних показників. Вони, у свою чергу, залежать від реальних можливостей страховика чи поставленої мети.

Маркетингова політика традиційно поділяється на такі основні види, хоча на практиці це залежить від конкретної ситуації і рішення страховика:

- 1) орієнтована на вибір потенційного страхувальника, тобто на пошук окремих категорій громадян, умовно відібраних за певними ознаками – за видом трудової діяльності; відношенням до майна; регіоном проживання (наприклад, орендарі, власники автотransпортних засобів, вантажоперевізники, працівники ризикових професій тощо);
- 2) орієнтована на окремі види страхування чи груп страхових продуктів – медичне, нещасних випадків, надання пакету страхових послуг тим, хто від'їжджає за кордон, тощо, або за порівняльною вартістю страхових продуктів, сервісним обслуговуванням під час їхньої реалізації, розслідуванні; страхової події та виплат; страхових відшкодувань, забезпеченні асистансом, супроводженням ризику (наприклад, при страхуванні вантажоперевезень залізницею);
- 3) орієнтована відносно конкретних каналів реалізації, наприклад, поширення страхових полісів на підприємствах, відібраних за певними груповими ознаками (транспортно-експедиційні, туристські тощо).

При цьому на тій чи іншій стадії проведення маркетингових досліджень обов'язково потребують вирішення питання суб'єктивного ставлення клієнта до страхування як інституту соціального захисту чи запропонованих йому конкретних страхових продуктів (цей фактор має істотне значення особливо в сучасний період формування ринкових відносин у нашому суспільстві). Адже найпривабливіший страховий продукт не буде реалізовано, якщо потенційний клієнт не усвідомлює потреби в ньому або якщо витрати на страхування з різних причин не віднесені ним навіть до переліку другорядних. Ці питання об'єднуються поняттям формування споживчого попиту (культури страхування).

Отже, у сфері діяльності служби маркетингу доцільно виокремити такі об'єкти першочергової уваги:

- 1) страхове поле (категорія потенційних клієнтів страховика та об'єктів страхування);

- 2) якісні показники страхових продуктів;
- 3) канали реалізації страхових продуктів;
- 4) формування споживчого попиту.

### **38. Страхові договори, порядок їх підготовки й укладання**

Договір страхування є правовим документом, який опосередковує процес надання страхової послуги страховиком страхувальникові.

При укладенні договору страхування відносини клієнта та страхової компанії будуються за такою схемою.

Відносини починаються з того, що клієнт подає за формою, встановленою страховою компанією, письмову заяву, в якій має довести як свій інтерес в об'єкті страхування, так і волевиявлення до укладання договору страхування. Заява містить перелік питань, на які страхувальник має відповісти чесно та якомога точніше. Подану заяву страховик може прийняти або відхилити залежно від змісту наведеної в ній інформації.

Отримавши заяву, страховик проводить андеррайтинг, тобто вирішує питання щодо прийняття цього об'єкта на страхування. Андеррайтинг – це комплексна діяльність страховика з ідентифікації, аналізу, оцінювання ризиків та визначення можливості страхування, вибору оптимального страхового покриття, перевірки відповідності ризиків збалансованості страхового портфеля.

Договір страхування укладається в письмовій формі. У ст. 981 Цивільного кодексу України визначено, що в разі недодержання письмової форми договору страхування такий договір недійсний. Законодавством визначені реквізити, які повинні міститися в договорі страхування:

- назва документа;
- назва та адреса страховика;
- прізвище, ім'я, по батькові або назва страхувальника та застрахованої особи, їх адреси та дати народження;
- прізвище, ім'я, по батькові, дата народження або назва вигодонабувача та його адреса;
- зазначення об'єкта страхування;
- розмір страхової суми за договором страхування іншим, ніж договір страхування життя;

- розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат за договором страхування життя;
- перелік страхових випадків;
- розміри страхових внесків (платежів, премій) і строки їх сплати;
- страховий тариф;
- строк дії договору;
- порядок зміни і припинення дії договору;
- умови здійснення страхової виплати;
- причини відмови у страховій виплаті;
- права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору;
- інші умови за згодою сторін;
- підписи сторін.

Законодавство встановлює певні зобов'язання як для страхової компанії, так і для страхувальника під час укладання і дії договору страхування.

Згідно з чинним законодавством, страховик зобов'язаний:

- ознайомити страхувальника з умовами та правилами страхування;
- протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхового відшкодування страхувальнику;
- при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату (страхове відшкодування) у передбачений договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування;
- відшкодувати витрати, понесені страхувальником у разі настання страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору;
- за заявою страхувальника в разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості майна переукласти з ним договір страхування;
- тримати в таємниці відомості про страхувальника та його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки страховика.

Обов'язки страхувальника:

- своєчасне внесення страхових платежів;
- при укладанні договору страхування надати інформацію страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінювання страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
- повідомити страховика про інші чинні договори страхування щодо цього об'єкта страхування. Згідно зі ст. 989 Цивільного кодексу України, якщо страхувальник не повідомив страховикові про те, що об'єкт уже застрахований, новий договір є недійсним;
- вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих унаслідок настання страхового випадку;
- повідомити страховикові про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені й інші обов'язки страхувальника.

Отже, дія договору страхування вимагає від сторін – страхувальника і страховика – дотримуватися встановлених норм, які вказують на їхні права й обов'язки.

### 39. Визначення страхової компанії

**Страхова компанія** – це юридична оформлена одиниця підприємницької діяльності, яка бере на себе зобов'язання страховика і має на це відповідну ліцензію.

**Страховик** – юридична особи (акціонерне, повне, командитне товариство або товариство з додатковою відповідальністю), що одержала у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності.

В Україні, як і в багатьох інших державах, основу страхової системи становлять компанії у вигляді акціонерних товариств.

Акціонерне страхове товариство (корпорація) – це тип компанії, яка створюється і діє зі статутним капіталом, поділеним на певну кількість часток – акцій. Оплачена акція дає право її власникові на участь в управлінні товариством і отримання частини прибутку у формі дивідендів.

У самій основі акціонерного товариства закладені переваги цього виду компанії. Акціонерна форма нагромадження статутного капіталу дає змогу залучати до страхової індустрії багатьох юри-



дичних і фізичних осіб, зацікавлених вигідно розмістити свої інвестиції. Страхова індустрія за умови обґрунтованого державного регулювання має всі можливості для отримання прибутку на одиницю акціонерного капіталу на рівні, не нижчому від середнього за всіма галузями бізнесу. У разі несприятливих наслідків діяльності конкретного страховика втрата відносно невеликих внесків до компанії не потягне за собою банкрутства самих акціонерів.

Акціонерні товариства бувають закритого і відкритого типу. В Україні у страховій індустрії переважають акціонерні товариства закритого типу. Це пояснюється кількома мотивами.

По-перше, створення відкритих акціонерних товариств тривалий час стримувалося низькими вимогами до розміру статутного фонду страховика і відсутністю розвинутого ринку цінних паперів.

По-друге, як уже зазначалося, українське законодавство не передбачає можливості створення страхової компанії у вигляді ТОВ.

По-третє, статус закритого товариства дає змогу контролювати поширення акцій серед певної категорії учасників страхової компанії, що може відповідати інтересам засновників.

По-четверте, процедура створення закритого акціонерного товариства істотно спрощена, що дає змогу економити час і кошти.

Перспективнішими для страхової індустрії є відкриті акціонерні товариства. Це компанії, що орієнтуються на великі обсяги страхових послуг. Вони потребують пошуків коштів у багатьох власників, які здебільшого не схильні до активної участі в керівництві компанією. Залучати кошти таких осіб вдається завдяки продажу компаніями акцій на фондовому ринку. Нині вживаються заходи щодо збільшення статутного фонду, стимулювання й прискорення організаційного оформлення продажу і купівлі акцій та інших цінних паперів. Тому є всі підстави очікувати, що акціонерні товариства відкритого типу незабаром посядуть і утримуватимуть провідне місце на страховому ринку.

За територією обслуговування компанії можна поділити на місцеві, регіональні, національні та транснаціональні. На жаль, нині практично немає статистики укладених договорів кожною компанією в межах області. Ліцензії майже всім компаніям видані з правом здійснення діяльності на території всієї країни. Тому важко виокремити страховиків, які діють лише в межах певного регіону.

Досвід країн Європейського Союзу показує, що на вищому етапі свого розвитку страхування об'єктивно потребує виходу за межі

країни. Це вигідно страховиків – ризики територіально розосереджуються, зростає обсяг продажу полісів, а отже, можливість одержати прибуток. Певні переваги очікують і на страхувальників: вони отримують страхові послуги нерідко вищої якості і за порівняно нижчу плату та в необхідному регіоні.

Відповідно до Угоди про співробітництво і партнерство України з країнами ЄС з червня 1999 року іноземні інвестори дістали право організувати страхові компанії або їх філії на території нашої держави. Страхова діяльність дозволена виключно резидентам України. Ними можуть бути і компанії, створені й зареєстровані в Україні іноземними інвесторами.

Однією з головних умов підвищення конкурентоспроможності вітчизняних страховиків є нарощування фінансового і кадрового потенціалу компаній, створення механізму стимулювання попиту на страхові послуги, посилення боротьби з фінансовими махінаціями, а також створення клімату довір'я до страховиків, надання страховикам можливостей здійснювати ефективну інвестиційну діяльність. У попередніх розділах уже зазначалося, що страхування є об'єктивно необхідним атрибутом ринкової економіки. Від його розвитку виграють фізичні та юридичні особи, більше доходів отримує бюджет. Отже, тривале відставання в розвитку страхової індустрії може відчутно гальмувати розвиток ринкової економіки в цілому.

Порядок створення нових або реорганізації існуючих страхових компаній регулюється як загальними законами (про підприємницьку діяльність, реєстрацію та ліцензування юридичних осіб, виконання грошово-валютних операцій, рух цінних паперів і т. ін.), так і законодавством, що стосується особливостей страхової діяльності.

Процес створення страхової компанії можна поділити на два етапи: формування юридичної особи і надання їй статусу страховика. Безперечно, ці етапи тісно взаємозв'язані, що відбивається в установчих документах, розмірі статутного фонду, визначенні сфер діяльності тощо.

Юридичні особи (крім банків) мають бути зареєстровані в адміністраціях за місцем розташування. Компанія, котра отримала реєстраційне посвідчення як підприємницька структура, може виконувати певні фінансові операції, пов'язані з формуванням статутного фонду, підготовкою офісу, розміщенням тимчасово вільних грошових коштів. Але на цьому етапі компанія ще не є страховиком. Вона набуває такого статусу тільки після внесення її до Державного реєстру страховиків та видачі їй ліцензії на право здійснення певних видів страхування.

## **40. Поняття про страхову систему як частину сфери послуг**

Автоматизація страхової справи залежить насамперед від зміни форм взаємодії машини і користувача. На початковому етапі використання ЕОМ переважно вирішувалися завдання, що формували дані про результати діяльності страхової організації за звітний період. ЕОМ використовувалися в режимі пакетного оброблення, затримувалося прийняття рішення та виключалася робота страхувальників з клієнтами в реальному масштабі часу. Становище змінилося, коли значна частина комп'ютерів у страхових компаніях, що використовувалися, були задіяні в розподіленій обчислювальній системі. Очевидна перевага розподілених систем – принципово вища надійність, необхідна надлишковість інформації. Під надійністю будемо розуміти здатність системи виконувати свої функції відмови окремих елементів апаратури і неповної доступності даних.

Основою підвищеної надійності розподілених систем є обґрунтована надлишковість інформації. Надлишковість даних страхової компанії, що зберігаються, проявляється в тому, що в розподілених базах деякі набори даних можуть дублюватися на декількох серверах, так що при відмові одного з них дані все одно залишаються доступними. Для філіалів страхової компанії, крім надійності та надлишковості, розподілені системи дають можливість сумісно використовувати інформаційні, програмні та технічні ресурси, які забезпечують засоби зв'язку з іншими філіалами, а також гнучкість розподілу робіт по всій системі.

Розподілені системи в страховій діяльності будуються на основі автоматизованих робочих місць спеціалістів, що з'єднувалися каналами зв'язку в обчислювальні мережі багатопроцесорних комп'ютерів і багатомашинних обчислювальних комплексів. Автоматизовані робочі місця оснащуються персональними комп'ютерами та прикладними програмами, які призначаються для забезпечення окремих функцій (розрахунок заробітної плати, облік страхових полісів) або блоків функцій, наприклад, бухгалтерських операцій, інвестицій та ін. Усі автоматизовані робочі місця під'єднуються до потужнішого серверу. В таких умовах забезпечується багатокористувацька робота з різними чи одними й тими самими програмами та наборами даних. Це дає змогу усунути надлишковість та суперечли-

вість даних, а також втрати та спотворення. Практикується робота для користувачів з числа співробітників компанії по паролу, тобто дозволяється працювати тим, хто має відповідні повноваження.

Поява подібних систем, які здійснюють страхування в галузі фінансово-кредитної діяльності, пояснюється насамперед тим, що ці системи потенційно мають краще співвідношення «продуктивність – вартість». Технічний прогрес привів до появи дешевих та потужних персональних комп'ютерів та високошвидкісних засобів зв'язку. Страховим компаніям стало вигідним закуповувати декілька комп'ютерів середнього класу і зв'язувати їх у мережу, що в ринкових умовах забезпечує швидке технічне оснащення заново створюваних організацій. Широке використання розподілених обчислювальних систем у страховій справі визначає характер самих прикладних завдань та організацію їх вирішення. Співробітники, відділи, філіали страхової компанії, окремі споживачі інформації (агенти, брокери), як правило, розташовані на деякій території. Ці користувачі достатньо автономно вирішують свої завдання, а тому зацікавлені у використанні власних обчислювальних ресурсів. Але вирішувани ними завдання тісно взаємопов'язані, тому їх обчислювальні засоби повинні поєднуватися в єдину систему. Адекватним рішенням у такій ситуації є лише використання обчислювальних мереж (локальних, глобальних).

Використання обчислювальних систем в страховій діяльності забезпечує підвищення ефективності роботи за рахунок скорочення термінів обробки інформації, збільшення аналітичних можливостей, що відбивається насамперед на збільшенні прибутків компанії. Саме завдяки впровадженню автоматизованих інформаційних систем і технологій в страховій справі забезпечується конкурентоспроможність страхових послуг, збільшується частка компанії на страховому ринку. Ці переваги пояснюються певними причинами.

Отримуючи легкий і повніший доступ до інформації, співробітники приймають обґрунтовані рішення за рахунок високої достовірності та оперативності. Наявність мережі зменшує потребу страхових компаній в інших формах передачі інформації, наприклад за допомогою телефону та пошти. Таким чином досягається не тільки обґрунтованість висновків, підвищення точності і достовірності результатів, але й зменшення затрат часу, трудових та вартісних затрат для прийняття рішення, покращується обслуговування клієнтів страхових компаній. Не менш важливим є можливість сумісного

використання дорогої апаратури. Декілька користувачів можуть сумісно використовувати модем, комп'ютер-серверу, інше обладнання. У користувача створюється ілюзія, що ці ресурси під'єднані безпосередньо до комп'ютера, оскільки для їхнього використання непотрібні додаткові зусилля. Мережі надають страховій компанії свободу у виборі місць територіального розміщення їхніх філій, тобто дозволяють компаніям використовувати не тільки філій, а й робочі місця страхувальників і спеціалістів там, де вони найефективніші для виконання страхових операцій. Немаловажне значення має широке використання страхувальниками переносних (мобільних) персональних комп'ютерів (notebook).

#### **41. Характеристика особливостей різних видів страхових компаній**

У багатьох країнах світу страхова справа розглядається як окрема галузь економічної діяльності. До неї входять різноманітні за формами власності, видами страхування організації-страховики, посередницькі та інформаційно-консультаційні структури. Головне місце у страховій галузі належить страховикам.

Страховик – це організація, котра згідно з отриманою ліцензією бере на себе за певну плату зобов'язання в разі настання страхового випадку відшкодувати страхувальникові чи особам, яких він назвав, завданий збиток або виплатити страхову суму.

Сукупність страховиків, що функціонують у певному економічному середовищі, утворює страхову систему, її головне завдання – надання страхових послуг.

За формою власності страховики можуть бути державними і приватними.

За характером роботи страховики поділяються на три групи:

- 1) такі, що страхують життя;
- 2) здійснюють інші види страхування;
- 3) надають виключно перестраховальні послуги.

Державні (публічні) страховики створюються, як правило, від імені уряду, який ними й керує.

Наприкінці ХХ ст. діяльність страхових компаній набула глобального масштабу. Страхові компанії нагромадили величезні інвестиційні ресурси, що мало значний вплив на макроекономічні пропорції розвитку багатьох розвинутих країн. Роль страхових ком-

паній на фінансовому ринку визначається тим, що вони можуть зосередити великі кошти для подальшого їхнього інвестування. Страхові компанії як посередники мають такі можливості акумулювати й професійно інвестувати капітал, які недоступні для окремих інвесторів. З цієї причини рівень розвитку страхової системи впливає на загальний рівень розвитку фінансової системи і на інвестиційну безпеку в цілому, тому дослідження особливостей функціонування страхових компаній є актуальним.

Страхові компанії – один з найважливіших видів спеціальних небанківських кредитно-фінансових установ. Для них характерною є особлива форма залучення коштів – продаж страхових полісів. При розміщенні коштів страхові компанії конкурують з іншими кредитними установами. Головна стаття їх активів – облігації промислових компаній, акції, державні цінні папери. Страхові компанії поділяються на дві групи: страхові компанії, що здійснюють страхування населення, та компанії, які проводять страхування майна. Найбільшого поширення набули компанії першого типу. Вони продають страхові поліси, які дають можливість отримати компенсацію у разі смерті, хвороби тощо.

Як правило, щорічне надходження коштів до страхових компаній у вигляді страхових премій та доходів від активних операцій набагато перевищує суму виплат володарям полісів. Це дає змогу цим компаніям збільшувати інвестиції у високодохідні довгострокові цінні папери, насамперед в облігації промислових компаній та в заставні під нерухомість.

У 60–90-і роки ХХ ст. помітно знизилася частка банків, а частка страхових компаній, пенсійних фондів та інвестиційних компаній значно виросла. Підвищення значення страхових компаній на грошовому ринку свідчить про те, що відбулися важливі зміни в структурі кредиту західних країн.

Посилення ролі страхових компаній призвело до загострення конкурентної боротьби за заощадження довгострокового характеру між різними кредитно-фінансовими інститутами. Комерційні банки монополізували операції залучення коштів на поточні рахунки, але ці кошти мають велику мобільність і тому вкладення їх у довгострокові зобов'язання пов'язані з великим ризиком. Компанії страхування життя мають перевагу перед банками, оскільки в них є найбільші можливості для дострокового інвестування, а вкладникам вигідніше зберігати свої заощадження в страхових компаніях.

З іншого боку, незважаючи на конкуренцію між страховими компаніями та іншими кредитно-фінансовими установами, часто вони виступають як єдина сила в системі фінансово-промислових груп капіталу, оскільки поєднання інтересів цих установ розвивається не тільки через особисті контакти, а й через спільне фінансування промислових компаній. Для цього страхові компанії використовують різні форми і методи купівлі акцій і облігацій на ринку цінних паперів. Зокрема, у другій половині ХХ ст. виникла тенденція придбання цінних паперів страховими компаніями безпосередньо в торговельно-промислових корпораціях. Оскільки страхові компанії продовжують користуватися при купівлі нових емісій цінних паперів послугами інвестиційних банків, між банками і страховими компаніями формується взаємозалежність. Страхові монополії прагнуть купити прибуткові цінні папери корпорацій, а інвестиційні банки – одержати комісійні від їх розміщення. Це приводить до ще більшого поєднання інтересів за допомогою встановлення особистих контактів і спільної участі.

Завдяки цьому в економічно розвинених країнах страхові компанії перетворилися в найважливіший канал фінансування економіки (у США вони зосередили 70% облігацій нефінансових корпорацій, у Канаді – більше 40%), і ця тенденція характерна для більшості країн.

Особливість інвестиційної політики страхових компаній полягає в тому, що акумульовані капітали належать індивідуальним страховальникам і лише тимчасово знаходяться в розпорядженні страхової компанії. Відповідно, інвестиційний портфель таких компаній має насамперед відповідати вимогам надійності, а вже потім – прибутковості.

Цим зумовлена певна консервативність інвестиційної політики страхових компаній – в економічно розвинутих країнах саме вони є основним покупцем державних цінних паперів, що забезпечує для держави стабільне розміщення державних позик, а для страхових компаній – інвестиції в надійні цінні папери.

Великі страхові компанії, вкладаючи резерви в облігації, мають можливість використовувати специфічні стратегії (зарубіжні кредити у валюті тощо), недоступні дрібному й середньому інвесторові. Тому основні капіталовкладення в облігації здійснюють насамперед великі страхові компанії, оскільки дрібним інвесторам досить важко одержати реальний прибуток на ринку корпоративних облігацій. До

того ж великі інвестори мають можливість точніше проаналізувати фінансовий стан емітента й передбачити перспективи змін курсу його облігацій, ніж непрофесійні учасники ринку.

В Україні страхові компанії поки що не стали активним інституційним інвестором на фінансовому ринку. Вітчизняні страхові компанії не є активними інвесторами на ринку корпоративних облігацій з причини низького рівня розвитку українського ринку облігацій в цілому, поширеності непублічних емісій та цільових облігацій. На відміну від світових тенденцій, коли страхові компанії вкладають капітал переважно в конвертовані облігації, вітчизняні страхові компанії охоче інвестують свої резерви в цінні папери з більш високим ризиком, зокрема в акції. Оскільки інвестиційний потенціал страхових компаній значний, а страхова галузь розвивається динамічно, подальше зростання обсягу інвестування активів страхових компаній в акції могло б сприяти загальній активізації розвитку українського фондового ринку та забезпечити інвестиційну безпеку держави. Але в цілому, незважаючи на перспективність інвестиційної діяльності українських страхових компаній на ринку акцій, обсяг таких інвестицій поки що залишається відносно невеликим.

## **42. Відмінності страховиків за приналежністю**

В основу класифікації страхування можна покласти розбіжності у сферах діяльності страхових компаній, у підходах щодо забезпечення страхового захисту майнових інтересів фізичних і юридичних осіб, у визначенні об'єктів страхування, обсягів страхової відповідальності, у формах проведення страхування тощо. У зв'язку з цим можна вирізнити найістотніші класифікаційні ознаки, за допомогою яких класифікують страхування і які мають найбільше значення як у теоретичному, так і в практичному розумінні, а саме:

- історичні ознаки (етапи розвитку страхової справи; час виникнення окремих видів страхування);
- економічні ознаки (інвестиційна складова договору страхування; рід небезпеки; об'єкт страхування);
- юридичні ознаки (вимоги міжнародних угод і внутрішнього законодавства; форма організації страховика; форма проведення страхування).

Класифікація за історичними ознаками передбачає виокремлення етапів розвитку страхування (зародки страхування в античному



суспільстві; середньовічне страхування у формі взаємодопомоги; страхування в період раннього капіталізму; страхування в сучасному капіталістичному суспільстві) і поділ усієї сукупності страхових послуг за часом їх виникнення (докладніше див. підрозділ 1.2). Така класифікація має швидше теоретичне, аніж практичне значення. Проте слід зауважити, що теоретичні знання історії страхової справи, її витоків, генезису допомагають практикам орієнтуватися в процесах, що відбуваються на страховому ринку, прогнозувати тенденції його розвитку, будувати страхові правовідносини з урахуванням досвіду, нагромадженого за багаторічну історію зарубіжного і вітчизняного страхування.

Класифікація за економічними ознаками передбачає кілька підходів. Найважливішою економічною ознакою для класифікації страхування є наявність або відсутність у договорі страхування інвестиційної складової. З огляду на це у світовій практиці всю сукупність страхових послуг поділяють на дві великі групи.

Перша група об'єднує ті договори страхування, які не лише задовольняють потреби страхувальників у страховому захисті, а й здатні забезпечити їхні інвестиційні інтереси, тобто уможливають нагромадження й капіталізацію страхових внесків. Такі договори охоплюються поняттям «Life assurance» – «страхування життя». Хоча не обов'язково, щоб у конкретному виді страхування йшлося саме про страхування життя. Прикладом подібних договорів є договори індивідуального страхування життя, страхування дітей до повноліття і вступу в шлюб, страхування додаткової пенсії тощо. Це довгострокові договори страхування, які укладаються на 5, 10, 20, 30 і більше років.

Друга група договорів – це ті договори, які обслуговують потреби виключно у страховому захисті, не торкаючись інвестиційних інтересів страхувальників. Прикладом подібних договорів є договори страхування нерухомого майна, засобів транспорту, фінансово-кредитних ризиків тощо. Вони об'єднуються поняттям «Non-life», або «General insurance» – «не-життя», або «загальне страхування». В українській практиці, термін «не-життя», як правило, не вживається; зазвичай у такому разі вживають термін «ризиковані види страхування», або «види страхування інші, ніж життя», або ж «загальні види страхування».

Загальне страхування включає всі ті види страхування, які не підпадають під ознаки договорів страхування життя. Договори за-

гального страхування є короткостроковими. Стандартний термін їх дії – рік (саме з огляду на цей термін обчислюють страхові тарифи для більшості видів загального страхування). Іноді вони можуть укладатися навіть на кілька днів, наприклад, при страхуванні вантажів – на період транспортування, а при страхуванні туристів, що виїждять за кордон, – на період перебування там. Отже, тут немає змоги протягом тривалого часу нагромаджувати страхові премії. Та й самі страхові премії порівняно з договорами страхування життя мають зовсім інший економічний зміст. Вони, як правило, сплачуються одноразово і становлять невеличкий відсоток від страхової суми. Вони не нагромаджуються, не розглядаються страхувальниками як інвестовані кошти і не повертаються страхувальникам по закінченні дії договору страхування. Договори загального страхування, таким чином, призначені лише для забезпечення компенсації збитків внаслідок страхових подій.

Класифікація з виокремленням двох зазначених груп, незважаючи на зовнішню простоту, має дуже велике значення і глибокий зміст.

Не менш важливою з економічного погляду є класифікація за об'єктами страхування, тобто об'єктами, на які спрямовується страховий захист. Класифікація за об'єктами страхування передбачає виокремлення трьох галузей:

- особистого страхування (об'єкти – життя, здоров'я і працездатність страхувальників або застрахованих);
- майнового страхування (об'єкти – майно в різних його видах: рухомі і нерухомі матеріальні цінності, грошові кошти, доходи);
- страхування відповідальності (об'єкт – відповідальність за шкоду, заподіяну страхувальником житло, здоров'ю, майну третьої особи).

Ця класифікація довгий час була основною в теорії і практиці вітчизняного страхування. Не втратила вона свого значення і тепер, хоча застосовується здебільшого в теоретичному аспекті.

Класифікація за юридичними ознаками, як і за економічними, передбачає кілька підходів. Насамперед це – виокремлення певних класів страхування згідно з міжнародними нормами. Так, згідно з директивами ЄС, з 1 січня 1978 року країни – члени цієї організації використовують класифікацію, яка встановлює 7 класів довгострокового страхування (життя і пенсій) і 18 класів загального страхування.

Безперечна перевага такої класифікації полягає в тому, що вона значною мірою наближена до загальноєвропейських стандартів. Це сприяє взаєморозумінню між вітчизняними та іноземними страховими компаніями, що з огляду на інтернаціональний характер страхового бізнесу є дуже позитивним.

Іноді існує потреба у класифікації за формою організації (юридичним статусом) страховика. Така класифікація використовується переважно з метою забезпечення державного регулювання страхової діяльності (видача ліцензій, ведення державного реєстру страхових компаній тощо), контролю за страховиками, аналізу розвитку страхового ринку в інституційному і територіальному аспекті. У цьому плані можна виокремити страхування комерційне (в Україні, згідно з чинним законодавством, його здійснюють страхові компанії, створені у формі акціонерних товариств відкритого і закритого типу, повних, командитних товариств, товариств з додатковою відповідальністю; в інших країнах комерційне страхування здійснюють також приватні страхові компанії), взаємне (його здійснюють товариства взаємного страхування), державне (його здійснюють спеціалізовані державні страхові організації).

Класифікація за юридичними ознаками передбачає можливість застосування такої класифікаційної ознаки, як форма проведення страхування. За цією ознакою страхування поділяють на обов'язкове і добровільне. Більшість договорів страхування укладається на добровільній основі. Страхувальник має право, але не зобов'язаний укладати договір страхування. Водночас і страховик має повне право відмовитися від прийняття на себе тих ризиків, які він вважає небажаними. Проте в деяких випадках, коли йдеться про потреби суспільства в цілому, ступінь свободи страхувальника і страховика суттєво обмежується. При цьому замість права укласти страховий договір у страхувальника з'являється обов'язок це зробити, а страховик втрачає право відмовити страхувальникові і набуває обов'язку взяти ризик на страхування. Ідеться про обов'язкове страхування, яке встановлюється відповідними законодавчими актами. В Україні існують 33 види обов'язкового страхування, їх перелік визначений у статті 7 Закону України «Про страхування».

Отже, розглянувши ймовірні підходи до класифікації страхування на основі найважливіших класифікаційних ознак, доходимо висновку: класифікацію страхування можна визначити як систему поділу страхування за історичними, економічними або юридичними ознаками на сфери діяльності, галузі, підгалузі, види, класи, групи залежно від цілей використання результатів класифікації.

### **43. Особливості діяльності страховиків за спеціалізацією**

Класифікація за юридичними ознаками, як і за економічними, передбачає кілька підходів. Насамперед це – виокремлення певних класів страхування згідно з міжнародними нормами. Так, згідно з директивами ЄС, з 1 січня 1978 року країни – члени цієї організації використовують класифікацію, яка встановлює 7 класів довгострокового страхування (життя і пенсій) і 18 класів загального страхування.

Довгострокове страхування (страхування життя і пенсій)

Клас I. Страхування життя і ренти (ануїтетів) (Life and annuity).

Клас II. Страхування до шлюбу і народження дитини (Marriage and birth).

Клас III. Зв'язане довгострокове страхування життя (Link long term).

Клас IV. Безперервне страхування здоров'я (Permanent health).

Клас V. Тонтіни (Tontines).

Клас VI. Страхування виплати капіталу (Capital redemption).

Клас VII. Страхування пенсій (Pension fund management).

Загальні види страхування

Клас 1. Страхування від нещасних випадків (Accident).

Клас 2. Страхування на випадок хвороби (Sickness).

Клас 3. Страхування наземних транспортних засобів (Land vehicles).

Клас 4. Страхування залізничного транспорту (Railway rolling stock).

Клас 5. Страхування авіаційної техніки (Aircraft).

Клас 6. Страхування суден (Ships).

Клас 7. Страхування вантажів (Goods in transit).

Клас 8. Страхування від пожеж і стихійного лиха (Fire and natural forces).

Клас 9. Страхування власності інше, ніж передбачене класами 3-8 (Other damage to property).

Клас 10. Страхування відповідальності власників моторизованих транспортних засобів (Motor vehicles liability).

Клас 11. Страхування відповідальності власників авіаційної техніки (Aircraft liability).

Клас 12. Страхування відповідальності власників суден (Liability for ships).

Клас 13. Страхування загальної відповідальності (General liability).

Клас 14. Страхування кредитів (Credit).

Клас 15. Страхування поручительств (застави) (Suretyship).

Клас 16. Страхування фінансових втрат (Miscellaneous financial loss).

Клас 17. Страхування судових витрат (Legal expenses).

Клас 18. Страхування фінансової допомоги (Assistance).

Згідно з цією класифікацією в багатьох країнах ліцензується страхова діяльність. Починаючи з 1996 року приблизно такий самий підхід до виокремлення класів (вони названі «видами») страхування при видачі страховикам ліцензій практикує державний наглядовий орган у галузі страхування (до 2000 р. – Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю України, а далі – Департамент фінансових установ та ринків Міністерства фінансів України). Хоча слід зазначити, що окремої класифікації з поділом страхування на «життя» і «не-життя» у нас немає. Перелік видів страхування, на які видаються ліцензії, визначено в статті 6 закону України «Про страхування». Тобто йдеться про класифікацію страхування з офіційного погляду, згідно з вимогами внутрішнього законодавства України. Ця класифікація передбачає такі види страхування:

1. Страхування життя.
2. Страхування від нещасних випадків.
3. Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я).
4. Страхування здоров'я на випадок хвороби.
5. Страхування залізничного транспорту.
6. Страхування наземного транспорту (крім залізничного).
7. Страхування повітряного транспорту.
8. Страхування водного транспорту (морського внутрішнього та інших видів водного транспорту).
9. Страхування вантажів та багажу (вантажобагажу).
10. Страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ.
11. Страхування майна (іншого, ніж передбачено пунктами 5–9).
12. Страхування цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника).
13. Страхування відповідальності власників повітряного транспорту (включаючи відповідальність перевізника).
14. Страхування відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника).
15. Страхування відповідальності перед третіми особами (іншої, ніж передбачена пунктами 12–14).

16. Страховання кредитів (у тому числі відповідальності позичальника за непогашення кредиту).
17. Страховання інвестицій.
18. Страховання фінансових ризиків.
19. Страховання судових витрат.
20. Страховання виданих гарантій (порук) та прийнятих гарантій.
21. Страховання медичних витрат.
22. Інші види добровільного страхування.

Безперечна перевага такої класифікації полягає в тому, що вона значною мірою наближена до загальноєвропейських стандартів. Це сприяє взаєморозумінню між вітчизняними та іноземними страховими компаніями, що з огляду на інтернаціональний характер страхового бізнесу є дуже позитивним.

#### **44. Порядок створення, функціонування та ліквідації страхових компаній**

Страхові організації переважно утворюються в два етапи. На першому відбувається утворення компанії як юридичної особи, її реєстрація в місцевих органах влади і реєстрація першого випуску акцій. На другому етапі відбувається експертиза бізнес-плану та правил страхування, на підставі чого компанія реєструється як страховик і отримує ліцензію на право здійснення страхової діяльності.

У зв'язку з тим, що страховики переважно існують в формі колективних підприємств, їх утворення розпочинається з організації ініціативної групи котра виступає засновником товариства. Членів такої групи повинно бути не менше трьох (юридичних або фізичних осіб). Після досягнення домовленості між собою про утворення компанії вони проводять перші, так звані «установчі» збори, на котрих приймається рішення утворити страхову компанію, затвердити її назву і статут, адресу, величину статутного фонду і призначити директора та головного бухгалтера. На цих же зборах підписується установча угода про заснування компанії.

Після зборів керівні особи компанії відкривають в банку тимчасовий рахунок і розпочинають продаж акцій. Після того, як не менше половини акцій буде продано і за них надійдуть кошти, страхову компанію реєструють в райдержадміністрації або виконкомі міської чи районної в місті ради депутатів. На підставі постанови про реєстрацію обласне управління статистики видає свідоцтво про

реєстрацію компанії з необхідними кодами. Тепер компанія реєструється як платник податків і внесків з усіх видів обов'язкового соціального страхування та виготовляє печатку і штамп. Після цього рахунок в банку міняється на постійний і завершується продаж акцій. Коли перша оголошена емісія закінчена, здійснюється її реєстрація в Державній комісії з цінних паперів і фондового ринку в Києві.

Для другого етапу страхова компанія розробляє правила страхування і страхові тарифи, а також бізнес-план на 3 або 5 років діяльності. Ці документи, а також установчі документи, список акціонерів, копія реєстраційного свідоцтва та свідоцтва про реєстрацію першого випуску акцій, довідки банків або висновки аудиторів про підтвердження розмірів сплаченого статутного фонду, інформація про керівників страхової компанії та їх освіту представляють в Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг України. Спеціалісти комісії перевіряють документацію на відповідність чинному законодавству, після експертизи заносять компанію в Єдиний державний реєстр страховиків України і видають їй відповідні ліцензії. Тільки після цього компанія набуває прав страховика і може розпочинати діяльність.

Як і інші господарські суб'єкти, страхові компанії можуть ліквідуватися (повністю припинити діяльність), реорганізуватися (зливатися з іншими або приєднуватися до інших) та сануватися (оздоровлюватися, тобто зміцнювати фінансовий стан). Повна ліквідація може здійснюватися згідно з рішенням акціонерів або ухвали господарського суду (у випадку банкрутства).

Одночасно з прийняттям рішення про ліквідацію компанії призначається ліквідаційна комісія, котра керує процесом закриття підприємства. Вона складає перелік діючих договорів страхування і визначає зобов'язання згідно них, виявляє усіх дебіторів і кредиторів та здійснює розрахунки з ними. Для цього використовуються наявні грошові кошти, а при необхідності продається майно компанії. Після розрахунків з застрахованими і кредиторами сплачуються усі належні податки та збори і здійснюються розрахунки (розподіл коштів) з акціонерами. Наприкінці цих робіт складається завершальний (ліквідаційний) баланс, котрий підтверджується аудитором, в міліцію здаються печатки і штампи, а в реєструючий орган подається заява з проханням виключити компанію з реєстру підприємств та організацій України.

Процедура реорганізації компанії шляхом приєднання або злиття з іншою відбувається дещо по-іншому. Їй передують досягнення домовленості між учасниками процесу реорганізації про умови злиття чи приєднання, зміну структури компанії, розподіл посад та інше. Після цього одна з компаній, як правило, слабша або менша, ліквідується. За рахунок її статутного фонду купуються (отримуються) акції компанії, котра залишається. Їй же передаються страхові резерви і відповідальність за діючими договорами від ліквідованої компанії.

Законом України «Про страхування» (редакція 2001 р.) передбачено також реорганізацію страховика згідно рішення органів нагляду за страховою діяльністю. Така реорганізація можлива шляхом:

- перетворення в страхового посередника;
- об'єднання кількох страховиків в одну компанію з визначенням порядку передачі страхових зобов'язань за умови, що на це погодяться власники страховиків;
- залучення до числа учасників страховика інших страховиків (у тому числі іноземних страховиків) за умови здійснення ними розрахунків згідно зобов'язань та боргів страховика, строк сплати яких уже настав.

#### **45. Особливість і роботи товариств взаємного страхування**

Товариство взаємного страхування є юридичною особою-страховиком, створене відповідно до Закону України «Про страхування» з метою страхування ризиків членів цього товариства.

Члени товариства взаємного страхування є учасниками цього товариства (далі – члени товариства).

Страховальниками товариства взаємного страхування можуть бути члени цього товариства – юридичні особи та дієздатні громадяни, якщо це передбачено його установчими документами.

Відповідальністю товариства взаємного страхування є зобов'язання щодо виплати страхових сум та страхових відшкодувань членам цього товариства в разі настання страхових випадків. При цьому загальні зобов'язання товариства взаємного страхування визначаються як сума зобов'язань щодо страхових ризиків усіх членів цього товариства, страхування яких передбачено договором між ними. Відповідно до цього страховою сумою є сума, в межах якої про-



вадяться виплати у разі настання страхових випадків для кожного з членів товариства.

Страховим платежем (внеском, премією) члена товариства є кошти, внесені ним до товариства взаємного страхування у розмірах, визначених керівним органом товариства як плата за страхування своїх страхових ризиків у цьому товаристві. Сплата страхового платежу здійснюється за рахунок чистого прибутку, що залишається в розпорядженні члена товариства, крім випадків, передбачених законодавством України. Страховий платіж члена товариства на кожну конкретну дату його внесення може не відповідати страховому ризику цього члена за умови, що сума загальних внесків усіх членів товариства забезпечує можливість створення необхідних страхових резервів, що відповідають загальним зобов'язанням товариства взаємного страхування.

Рішення про розмір та терміни сплати страхового внеску кожного окремого члена товариства визначається в порядку, встановленому керівним органом товариства взаємного страхування залежно від фінансового становища кожного члена товариства відповідно до умов, визначених в укладеному між членами товариства та товариством взаємного страхування договорі.

Кожний член товариства за умови виконання ним усіх зобов'язань перед товариством взаємного страхування незалежно від суми страхового внеску має право отримати повністю необхідне страхове відшкодування в разі настання страхового випадку.

Члени товариства укладають з товариством взаємного страхування договір страхування, в якому об'єкти страхування, страхові суми, порядок їх виплати та порядок внесення страхових платежів визначаються з урахуванням особливостей кожного члена товариства. В договорі страхування може передбачатися внесення одним з членів товариства повністю або частково платежів за інших членів. У разі ліквідації одного із страхувальників – члена товариства або його виходу із складу цього товариства договір між іншими його членами не втрачає чинності.

Члени товариства на підтвердження приєднання до договору страхування отримують сертифікат, порядок видачі якого встановлює Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг.

Правила страхування розробляються товариством взаємного страхування і включаються до договору, зазначеного у пунктах 5 і 6 цього Положення.

Товариство взаємного страхування формує загальні страхові резерви для виплати ним майбутніх страхових сум та страхових відшкодувань за зобов'язаннями всіх його членів.

Після виплати страхової суми або страхового відшкодування розмір резерву повинен бути відновлений і відповідати страховим зобов'язанням. Товариство взаємного страхування у порядку, встановленому договором, зазначеним у пункті 5 і 6 цього Положення, забезпечує внесення додаткових платежів своїми членами для відновлення розміру резерву.

Умови виходу з товариства взаємного страхування передбачаються в його установчих документах. Кожному члену товариства в разі його виходу із товариства повертається частина його внеску на умовах, передбачених статтею 27 Закону України «Про страхування».

#### **46. Перспективи діяльності нерезидентів на страховому ринку України**

Зарубіжні страхові компанії, маючи великий досвід роботи і сучасні технології, можуть створити для українських колег високі стандарти якості, які стимулюватимуть їх до вдосконалення страхових продуктів і параметрів страхового захисту, впровадження універсальних програм, нарощування статутного капіталу, активів, резервів тощо.

У той же час це серйозний виклик національному страховому ринку, оскільки створюється абсолютно нове конкурентне середовище, – підкреслив Президент ЛСОУ Олександр Філонюк на засіданні Комітету Верховної Ради з питань фінансів і банківської діяльності. – Ще незміцнілому ринку буде складно конкурувати з іноземними страховиками, які мають досвід роботи десятки, а то й сотні років. ЛСОУ занепокоєна тим, що в результаті може відбутися реструктуризація страхового ринку, в якому основні позиції займуть багато-профільні компанії з іноземним капіталом.

Президент ЛСОУ наголосив, що ситуація ускладнюється також відсутністю міждержавних угод та правових і законодавчих норм, які могли б регулювати діяльність філій іноземних страхових компаній

на території України. Експансія іноземних страховиків пов'язана з ризиком появи в Україні компаній з низьким рейтингом або навіть тих, що займаються псевдострахуванням. Враховуючи, що в Україні немає досвіду контролю за роботою філій іноземних компаній, а також обмежений доступ до міжнародних баз даних особливої гостроти набуває питання державного нагляду за діяльністю компаній-нерезидентів.

ЛСОУ рішуче вимагає створення рівних умов для діяльності на страховому ринку для українських компаній і нерезидентів. До філій зарубіжних компаній мають бути пред'явлені такі самі вимоги, що й до українських страхових організацій, діяльність яких регламентована відповідно до Закону України «Про страхування». Ліга наполягає на тому, щоб нерезиденти, які відкривають свої філії, не були зареєстровані в офшорних зонах або країнах, у яких немає державного нагляду за сегментом страхування.

## **47. Інфраструктура страховика та її характеристика**

Значну роль у перерозподілі грошових коштів на фінансовому ринку України покликані відігравати у майбутньому страхові компанії та організації, що належать до найбільших інституціональних інвесторів. У сукупності вони утворюють страховий ринок країни. Макроекономічний аналіз свідчить, що Україна до 2000 року матиме високі темпи розвитку такого виду фінансово-економічної діяльності, як страхування. З його допомогою, як переконує світовий досвід, можна успішно вирішувати проблеми соціального розвитку.

Процес становлення інфраструктури страхового ринку на сучасному етапі відбувається нерівно. Поряд зі становленням і зміцненням одних страхових компаній спостерігається розпад, банкрутство чи відкликання ліцензії в інших.

Лідерами серед регіонів за сумою зібраних платежів за всіма видами страхування (крім страхування життя) є страхові організації, зареєстровані у м. Києві та Київській області (61%), Донецькій (9,6), Дніпропетровській (6,7) та Одеській (5,1) областях. Серед страхових організацій лідируюче положення стабільно займають НАСК «Оранта», ВАТ УСК «Гарант-авто» (Київ), УАСК «АСКА» (Донецьк). Із страхування життя 71% страхових платежів зібрано одним страховиком – АТЗТ «Інто»

(Одеса) [78]. У сфері вітчизняного страхування переважають компанії з відносно невеликими можливостями щодо прийняття ризиків. Така тенденція гальмує збільшення масштабів надання відповідних послуг, що знижує довіру клієнтів до страховальників (табл. 2).

Таблиця 2

**Рейтинг регіонів зі кількістю зібраних платежів**

Західний	Східний	Центральний	Південний
11,4 %	30,5 %	35,7 %	22,4 %
Вінницька Хмельницька Львівська Ів.-Франківська Тернопільська Чернівецька Закарпатська Волинська Рівненська	Сумська Харківська Донецька Луганська Дніпропетровська Полтавська	Київська Житомирська Черкаська Чернігівська Кіровоградська	АР Крим Одеська Миколаївська Херсонська Запорізька м. Севастополь

Відставання рівня страхування від світових стандартів перешкоджає активному залученню в економіку регіонів іноземних інвестицій, які могли б бути дуже вигідними для інвестиційно привабливих областей. Удосконалення інфраструктури страхового ринку потребують насамперед ті області, які мають найменшу питому частку на страховому ринку: Кіровоградська, Волинська, Чернівецька, а особливо Херсонська – єдина область, що не має жодної зареєстрованої страхової організації.

Проблеми, з якими стикаються страхові компанії, спричинені об'єктивними та суб'єктивними факторами. До об'єктивних належать такі: наявна, хоч і керована, інфляція, економічний спад, що триває; жорстка конкуренція, яка іноді набуває потворних форм; відносно високий рівень безробіття, що провокує поживлення кримінальних елементів; використання застарілих, які містять значний відсоток ризику, економічно «брудних» технологій; недосконалі законодавчі акти тощо. Суб'єктивні фактори – це «захоплення» страховими компаніями ринку, що не узгоджується з рівнем їхньої реальної платоспроможності; недостатньо високий професіоналізм кадрів; відносно вузький діапазон ризиків, які страхуються (однорідний страховий портфель); відсутність практики перестраховування.

Нинішній етап переходу до ринкової економіки потребує жорсткого додержання дисциплінарних процедур, які ще недостатньо розроблені та слабо функціонують. Необхідно створити професійні стандарти як для рівнів страхування (страхування – перестраховування – ретроцесія), так і для ієрархії службових функцій (агент – брокер – андерайтер). Державна служба нагляду повинна створювати в регіонах своєрідний фільтр, який не допускати на страховий ринок «ефемерних» і «тіньових» компаній. Тільки після врахування і усунення вищезначених проблем може йти мова, особливо на рівні регіонів, про вдосконалення страхового ринку та його ринкової інфраструктури.

Необхідно вирішити проблему збільшення місткості національного страхового ринку, об'єднання розрізаних страхових фондів компаній. Ця проблема може бути розв'язана завдяки розвитку такої його складової, як перестраховування. Перспективи розвитку перестраховування в Україні пов'язані з розвитком страхових посередників (їхню діяльність регламентує тільки Постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.96 № 111523 «Про порядок впровадження діяльності страховими посередниками»), створенням їхніх центральних та регіональних об'єднань. Аналізуючи ситуацію, яка склалася на страховому ринку, необхідно відзначити, що на ньому відсутня інфраструктура страхового посередницького ринку (СПР).

Проблемою на шляху становлення інститутів цього сегмента слід вважати відсутність державної концепції та програми створення інституту страхових посередників; ігнорування ролі страхового посередника в підвищенні якості страхових послуг; відсутність страхової культури як у населення, так і в керівників підприємств і фірм; негативне ставлення суспільства до посередництва в цілому і до страхування безпосередньо. В основі створення інфраструктури СПР повинні лежати такі принципи: самофінансування, професіоналізм, демократичність, аполітичність, толерантність, порядність.

## **48. Організаційна структура страхової компанії**

Під структурою компанії розуміють насамперед зв'язки, що існують між різними частинами організації для досягнення її мети. Це поділ роботи на окремі завдання, що виконуються керівництвом, галузевими та функціональними управліннями (департаментами), відділами, секторами й іншими підрозділами центрального офісу та регіональної мережі компанії.

Організаційна структура набирає таких форм, як поділ праці, створення спеціалізованих підрозділів, ієрархія посад, внутрішньо-організаційні процедури.

Структура управління компанією може будуватися за такими принципами.

**Принцип лінійного підпорядкування.** Це означає, що вищі керівники наділяються правом давати розпорядження підлеглим співробітникам з усіх питань, що впливають з їхньої діяльності. Наприклад, указівки керівника страхової компанії є обов'язковими для всього персоналу. Такий порядок, коли підлеглим структурам доводиться вирішувати справи виключно через «верхи», забезпечує відповідний рівень контролю за діями структурних підрозділів компанії. Проте в разі додержання лише функції лінійного підпорядкування центральний апарат, і особливо керівництво, перевантажуються розглядом порівняно дрібних питань. Внаслідок цього управління втрачає оперативність, найкваліфікованіші працівники відволікаються від опрацювання перспективних, глобальних проблем розвитку компанії.

**Принцип функціонального підпорядкування.** Право давати розпорядження надається щодо виконання конкретних функцій, незалежно від того, хто їх виконує. Наприклад, головний бухгалтер може дати вказівки з обліку матеріальних і грошових цінностей, що перебувають у розпорядженні будь-якого підрозділу компанії.

Носій функцій може отримувати вказівки від кількох керівників відділів чи інших функціональних підрозділів і має, у свою чергу, звітувати перед ними про виконання тих чи інших видів робіт. Це не поширюється на дисциплінарну відповідальність. Накласти стягнення або матеріально заохотити працівника може керівник компанії або та особа, якій делеговані ці права.

**Принцип лінійно-штабного підпорядкування.** Це, здебільшого, «мозкові» центри (штаби), які виконують консультативні функції в процесі стратегічного планування, підготовки рішень з інших найважливіших питань роботи компанії. До них, крім штатних працівників, нерідко залучають консультантів і експертів з вузів, наукових лабораторій та інших установ. Такі фахівці опрацьовують ті чи інші питання та подають керівництву свої висновки і пропозиції. Консультанти не наділяються правом давати розпорядження працівникам компанії.

Страхові компанії, формуючи свої організаційні структури, застосовують усі три принципи. Важко уявити, наприклад, На-

ціональну акціонерну страхову компанію (НАСК) «Оранта» без урахування можливостей раціонального поєднання лінійного та функціонального підпорядкування підрозділів, їхньої співробітників. Що ж до принципу лінійно-штабного підпорядкування, то він у багатьох компаніях довго недооцінювався.

Найбільшою страховою організацією в Україні за низкою параметрів і досі лишається НАСК «Оранта». Структура цього страховика досить складна. Вона охоплює чотири рівні управління: центральний офіс (Правління компанії), обласні (Київську і Севастопольську міські) дирекції, міські та районні відділення й філії. Ця компанія – наступниця колишнього Укрдержстраху. До 1994 року вона мала свої відділення в усіх районах України. Згодом зі складу НАСК «Оранта» виокремилися як самостійні юридичні особи деякі обласні дирекції. Так утворилися відкриті акціонерні товариства «Крим-Оранта», «Оранта-Дніпро», «Оранта-Донбас», «Оранта-Лугань», «Оранта-Січ». Останніми роками НАСК «Оранта» відкрила низку філій і відділень в областях, де функціонують названі щойно самостійні страховики.

Філія страховика – це відокремлений підрозділ, що не є юридичною особою. Він може мати власну назву, яку дозволяється використовувати згідно з Положенням про філію, має окремий баланс та здійснює страхову діяльність за видами, на які страховик отримав ліцензії Міністерства фінансів України (або раніше – Укрстрахнагляду) і право на здійснення яких було надано філії загальними зборами учасників страховика. Таке право може бути надане повністю або з обмеженнями. Нині на страховому ринку працює понад 1000 філій та відділень страхових компаній. Зі світової практики відомі три системи організації роботи страхових компаній з філіями. Кожна з них має свої переваги і недоліки. Вибір тієї чи іншої системи роботи з філіями залежить від конкретних обставин.

**Централізована система.** Вона передбачає прийняття всіх рішень, що стосуються андерайтингу та відшкодування збитків, на рівні центрального офісу (головної контори). Тут підписуються поліси, здійснюються розрахунки, пролонгуються поліси. На філії покладаються видача бланків, отримання і перевірка анкет на страхування та покриття збитків. Ці документи пересилаються до центрального офісу для прийняття рішень. Переваги цієї системи полягають у тому, що вона потребує менше висококваліфікованих

фахівців, скорочуються витрати на ведення справи. До недоліків слід віднести те, що працівники філій мають малі перспективи для кар'єри, на прийняття рішень витрачається багато часу, причому рішення не завжди враховують місцеві умови.

**Децентралізована система.** За цієї системи більшість рішень, що стосуються укладення договорів і відшкодування збитків, приймаються у філії. Філія самостійно поновлює договори і веде облік. Звичайно, що рішення філії мають узгоджуватися з політикою, яку проводить компанія в цілому. Перевагою є те, що у філії працює більш кваліфікований персонал, ніж при централізованій системі, клієнти мають можливість оперативно отримати більше послуг. До недоліків можна віднести недостатній обсяг роботи для кваліфікованих працівників, ускладнення щодо перестрахування ризиків.

**Регіональна система.** За такої системи серед філій виокремлюються головні для регіону. У них зосереджується група фахівців з андеррайтингу, оцінювання та відшкодування збитків. Вони обслуговують потреби декількох філій, що працюють у регіоні. Це компромісний варіант, де враховуються переваги і недоліки централізованої і децентралізованої систем.

У філіях зосереджується великий обсяг інформації про поліси, страхові внески, відшкодування збитків, заробітну плату, комісійні винагороди. Для опрацювання цієї інформації використовуються комп'ютери. Існує тісний зв'язок між філіями і головним офісом. Завдяки високій швидкості роботи факсів, комп'ютерів, принтерів, ксероксів, електронної пошти прискорилося оформлення страхових послуг. Відпала потреба в рутинній ручній роботі, яку виконували різні службовці.

Представництво страховика – це відокремлений підрозділ останнього, який не є юридичною особою, діє згідно з Положенням про представництво, не маючи права безпосередньо продавати страхові поліси, а також здійснювати будь-яку підприємницьку діяльність. Представництво виконує функції і завдання, які сприяють організації та здійсненню статутної діяльності страховика, виступає від імені страховика і фінансується ним. Представництва можуть бути створені на території як України, так і іноземних держав. Вони мають такі завдання: збирання інформації, реклама, пошук клієнтів страховика в своєму регіоні або країні, виконання репрезентативної функції, надання консультацій.

У деяких країнах (наприклад, у Росії) існують також агентства страхових компаній, які надають представницькі послуги, виконую-



чи водночас деякі операції, пов'язані з підготовкою проектів страхових договорів, обстеженням наслідків страхових випадків.

Про створення чи ліквідацію філій і представництв страхова компанія в 10-денний термін інформує Міністерство фінансів України. Страховик несе повну відповідальність за діяльність його відокремлених підрозділів.

Створення регіональної мережі – справа досить витратна. З певним розвитком посередницьких структур компаніям, можливо, стане вигідніше користуватися послугами страхових агентів і брокерів, щоб підтримувати необхідні зв'язки з віддаленими від центрального офісу страхувальниками.

Зарубіжний досвід показує, що останніми роками структури управління спрощуються. Так, у Великій Британії є чималі, за нашими мірками, компанії, які мають усього два-три структурні функціональні підрозділи. Багато компаній практикують періодичне переміщення співробітників з одного підрозділу до іншого. Це сприяє підвищенню їхньої кваліфікації, допомагає оволодіти знаннями з ведення справи й на інших ділянках роботи компанії. Працівники сприймають такі заходи позитивно, як один із способів боротьби із закостенінням організаційної структури. Організаційна структура страхової компанії вдосконалюється в декілька етапів.

Перший передбачає вивчення всіх переваг і недоліків існуючої системи управління. Тут слід з'ясувати, на яких саме видах робіт позначається дефіцит потужностей компанії, а на яких є зайві ресурси. Доцільно порівняти структуру своєї компанії зі структурами аналогічних за профілем вітчизняних і зарубіжних страховиків. При цьому порівняння має бути не суто механічним, а враховувати можливість застосування критеріїв мотивованої організації праці, запропонованих американським психологом та економістом Херцбергом (докладніше див.: Ефимов С. Л. Организация управления страховой компанией: теория, практика, зарубежный опыт. – М., 1995). Ці критерії зводяться ось до чого.

Будь-які дії мають бути усвідомленими.

Більшість людей відчують радість від роботи, за яку вони відповідають. Вони прагнуть бути причетними до наслідків діяльності, мати контакти з колегами. Дії кожного працівника мають бути важливими для когось конкретно.

Кожний на робочому місці прагне показати, на що він здатний. Фахівець не погодиться на те, щоб з питань, з яких він най-

компетентніший у даній організації чи підрозділі, рішення приймалися без його участі.

Кожний прагне побачити себе в наслідках праці. Результати роботи повинні мати своїх справжніх творців, а не бути знеосіб-леними. Нерідко керівники присвоюють лише собі позитивні наслідки роботи компанії, а недоліки переадресовують своїм підлеглим. Це створює напруженість у колективі.

Кожний має власний погляд на те, як можна поліпшити свою роботу, її організацію. Працівник має намір реалізувати свою мету і не боїться санкцій. Він сподівається на те, що до нього поставляться зацікавлено. Тому в компаніях слід стимулювати приплив нових ідей.

Людам подобається відчувати свою значущість. Керівництво компанії має постійно дбати про те, щоб кожний працівник усвідомлював, наскільки важлива саме його праця для загального успіху.

Кожна людина прагне успіху. Успіх – це реалізована мета. Мета має бути відпрацьована в колі співробітників так, щоб досягнення її піддавалось вимірюванню за рівнем і термінами виконання.

Успіх без визнання призводить до розчарування.

За тим, яким способом, у якій формі і з якою швидкістю працівники дістають інформацію, вони оцінюють, яка їхня реальна значущість в очах безпосереднього керівництва і менеджерів взагалі.

Підлеглим не подобається, щоб рішення про зміни в їхній роботі і на робочих місцях керівники приймали без їхнього відома, без урахування їхніх знань і досвіду.

Кожному виконавцеві потрібна (навіть більше ніж керівникові) інформація про якість власної праці, причому оперативна, щоб він міг коригувати свої дії.

Для всіх нас контроль з будь-якого боку неприємний. Кожна робота виграє від максимально можливого ступеня самоконтролю. Більшість людей у процесі роботи прагнуть здобути нові знання. Підвищені вимоги, додають шанс для подальшого розвитку, сприймаються з більшим бажанням, ніж занижені.

Будь-яка особистість реагує негативно, коли її зрослі завдяки наполегливій праці досягнення тягнуть за собою підвищення навантаження, особливо за відсутності відповідних змін в оплаті праці та інших формах стимулювання.

Має бути вільний простір для ініціативи щодо поліпшення роботи та виявлення індивідуальної відповідальності працівників протягом усього ланцюжка «витрати – результати».

Докладний аналіз за переліченими критеріями дасть багатий ґрунт для висновків і пропозицій щодо потреби внесення змін до організаційної структури компанії.

На другому етапі опрацьовується проект створення (для нових компаній) або вдосконалення організаційної структури компанії. Важливу інформацію для опрацювання містять матеріали, отримані на першому етапі роботи, а також стратегічні наміри компанії щодо її подальшого розвитку. Проект має передбачати можливість забезпечення його реалізації фінансовими, трудовими та іншими ресурсами.

На завершальному, третьому, етапі впроваджується нова організаційна структура компанії. Ця робота має бути виконана з мінімальними витратами часу на пристосування до неї як персоналу компанії, так і споживачів її послуг. Не завжди всі структурні підрозділи починають діяти з моменту відкриття компанії. Мають рацію ті компанії, які поступово, в міру ресурсного забезпечення і готовності до надання відповідних послуг, доводять фактичну структуру до проектної.

## **49. Принципи структури управління страховою компанією**

Органи управління страховою компанією визначаються залежно від того, на яких засадах створено організацію. На українському страховому ринку переважна більшість страхових компаній має статус акціонерного товариства.

Згідно із Законом України «Про господарські товариства», найвищим органом управління акціонерним товариством є загальні збори акціонерів. Їх скликають засновники компанії після фундаментальної підготовчої роботи.

До компетенції загальних зборів акціонерів належать:

- затвердження статуту компанії і всіх змін до нього, включаючи розмір статутного фонду;
- прийняття рішення щодо виду, кількості та вартості акцій, що підлягають продажу або викупу;
- затвердження річного звіту, зокрема розподіл прибутків і порядок покриття збитків компанії;
- обрання наглядової ради, ревізійної комісії, голови та членів правління товариства;

- прийняття в разі потреби рішення про зміну статусу акціонерного товариства (із закритого на відкрите або навпаки);
- прийняття рішення про ліквідацію товариства.

Наглядова рада обирається з числа акціонерів у кількості від трьох до дев'яти осіб. Цей орган контролює стан справ у компанії в період між загальними зборами акціонерів. За наявності певних повноважень, наданих загальними зборами акціонерів, наглядова рада може приймати рішення про призначення і відкликання голови та членів правління, затверджувати річний звіт, вирішувати ряд інших важливих питань, що не є виключною прерогативою загальних зборів.

У деяких компаніях за прикладом західноєвропейських страховиків створюється Рада директорів. До її складу входять керівники, обрані загальними зборами акціонерів, що мають повноваження, визначені статутом. До складу Ради залучаються також директори з числа керівників компанії, окремих інфраструктур останньої і зовнішні директори – здебільшого радники або провідні акціонери (директори без портфеля). Вони часто мають незалежний і добре аргументований погляд з питань, що розглядаються Радою директорів. Завдяки цьому рішення зазначеного органу стають більш обґрунтованими та позитивно впливають на роботу компанії.

Правління страхової компанії є виконавчим органом, який керує роботою компанії згідно з повноваженнями, визначеними статутом компанії і положенням про правління. Робота правління має будуватися з додержанням принципу колегіальності. Спектр питань, які вирішуються правлінням, дуже широкий. Це планування діяльності, розставлення відповідальних кадрів, у тому числі затвердження генерального директора або головного менеджера компанії (у переважній більшості товариств ця посада окремо не вводиться, а її функції виконує голова правління), а також кошторису, інвестиційної політики компанії.

Голова правління може виконувати водночас функції і голови Ради директорів. Дозволяється також поєднувати в одній особі посади голови правління і головного менеджера. Якщо такого поєднання немає, то функції голови правління здебільшого обмежуються організацією міжнародних контактів і координацією взаємодії компанії з органами влади тощо.

Президент – це посада, яка за ієрархією йде після голови правління. Важлива особливість: якщо президент є одночасно і головним менеджером, то за рангом він може бути вищим за голову правління.

Залежно від того, на кого покладені функції управління оперативною діяльністю компанії – голову правління чи президента, – призначаються їхні заступники або віце-президенти. Їхня кількість і розподіл обов'язків визначаються потребами кожної компанії.

У західних країнах оперативне керівництво компанією, як правило, здійснює головний менеджер. На нього покладаються дуже важливі функції, насамперед такі: організація виконання рішень загальних зборів акціонерів, наглядової ради, ради директорів та правління компанії, внесення пропозицій щодо планів діяльності компанії, затвердження функціональних обов'язків посадових осіб. Можна прогнозувати, що зі збільшенням обсягів роботи й українські страховики частіше вводитимуть цю посаду до штатного розкладу.

При керівних органах компанії є секретаріат, на який покладаються важливі функції з контролю за виконанням їхніх рішень. Секретар ради веде облік акціонерів, а також книгу протоколів засідань цього органу. У багатьох компаніях, які переймають повчальний зарубіжний досвід менеджменту, чергове засідання наглядової ради, Ради директорів або правління розпочинається з інформації про остаточну редакцію попередніх рішень і стан їхнього виконання. При секретаріаті є група працівників, які встановлюють зв'язки з громадськістю, інформуючи її про діяльність компанії.

Ревізійна комісія – контрольний орган страховика, який відстежує виконання статуту, рішень загальних зборів акціонерів, додержання чинного законодавства. Останніми роками ревізійні комісії контактують з аудиторами, що дає змогу підвищувати професійний рівень перевірок і висновків.

Уже йшлося про те, що ефективність діяльності компанії залежить насамперед від можливостей добору талановитих, чесних керівників, які знаються на страховій справі. Але такі особи повинні мати належно забезпечені мотиви до продуктивної праці. І в розвинутих країнах відповідні мотиви створюються.

Таких працівників усіляко заохочують: крім достатньо високої заробітної плати, вони мають ще й інші блага. Наприклад, у США, коли відповідальний працівник страховика звільняється, виходячи на пенсію, йому виплачують вихідну допомогу в розмірі трирічної заробітної плати. А оскільки середній річний заробіток відповідального працівника страхової галузі перевищує 40 тис. доларів, то зрозуміло, яку відчутну матеріальну підтримку одержує такий пенсіонер.

У Німеччині керівний склад компанії нагороджують найбільш престижними автомобілями. У Великій Британії увійшла в практику оплата за рахунок компанії сімейних турне.

Робити такі щедрі подарунки керівникам і відповідальним працівникам компаній українські страховики ще не мають матеріальної змоги. Зауважимо, що нині середня страхова компанія в ЄС збирає за рік понад 110 млн євро страхових премій. Це близько 20 % загального обсягу страхових премій, зібраних в Україні.

Спільним у практиці багатьох країн є виділення для штатного керівного складу певної кількості (приблизно до 5 %) акцій своєї компанії. Вони можуть бути передані безплатно, зі знижкою до номінальної ціни або в борг. Це стимулює керівний персонал до ефективної роботи компанії. Такий спосіб заохочення працівників із додержанням чинного законодавства прийнятний і для України.

Дієвим стимулом, що не потребує значних грошових витрат, є своєчасна і, за можливістю, об'єктивна рейтингова оцінка діяльності страховиків.

## **50. Функції та роль філій і представництв страховика**

Страховики мають право створювати на території України та за її межами, з правами відокремлених підрозділів страховиків, представництва, а також філії, що здійснюють свою діяльність тільки на території України відповідно до чинного законодавства України. Філія не є суб'єктом господарювання. Статею 58 ГК визначено, що відкриття суб'єктом господарювання філій (відділень), представництв без створення юридичної особи не потребує їх державної реєстрації. При створенні відокремлених підрозділів страховики зобов'язані в десятиденний термін з дня прийняття рішення про створення філії (представництва) подати до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг (далі – Держфінпослуг) відповідні відомості.

Дані про відокремлені підрозділи суб'єктів господарювання додаються до її реєстраційної справи та включаються до Єдиного державного реєстру в порядку, визначеному законом. Підприємство (юридична особа) зобов'язане погоджувати питання про розміщення відокремлених підрозділів підприємства з відповідними органами місцевого самоврядування в установленому законодавством порядку. Отже, виходячи з вищевикладеного, відокремлені підрозділи не мають статусу юридичної особи.

Згідно з Положенням №13, відокремлені підрозділи у своїй діяльності повинні керуватися Положенням про філії (представництво), що затверджується загальними зборами учасників. Положення про філію (представництво) містить відомості про те, що філія

(представництво) не є юридичною особою, повну та скорочену назву, а також дані про мету та функції, керівництво та порядок ліквідації. Положення про філію (представництво) не може суперечити чинному законодавству та Положенню №13.

Філія страховика (далі – філія) – це відокремлений підрозділ страховика, який не є юридичною особою, може мати власну назву, яка повинна використовуватися згідно з Положенням про філію, має відокремлений баланс та здійснює страхову діяльність за видами, на які страховик одержав ліцензії від Держфінпослуг і право на проведення яких було надане філії загальними зборами учасників страховика у повному обсязі або з обмеженнями.

Отже, філія страхової компанії має право укладати договори страхування з юридичними та фізичними особами, але тільки на підставі довіреності юридичної особи (головного підприємства). Довіреність видається на право здійснення господарської діяльності окремою особою (наприклад, директором). У довіреності обов'язково зазначають види страхування, які може здійснювати філія, а також максимальну суму відповідальності (ліміт відповідальності). Ця максимальна сума відповідальності не може перевищувати ліміту відповідальності юридичної особи (головного підприємства).

Діяльність філій страховиків здійснюється в межах видів діяльності, віднесених до компетенції філії, за умови додержання нормативів страхових зобов'язань, установлених для філії.

З метою дотримання вимог законодавства України про страхування, ефективного розвитку страхових послуг, запобігання неплатоспроможності страховиків та захисту інтересів страхувальників Держфінпослуг (її органи на місцях) здійснює державний нагляд за страховою діяльністю.

Якщо у страховиків виявлено правопорушення, Держфінпослуг видає приписи про їхнє усунення, а в разі невиконання приписів – зупиняє або обмежує дію ліцензій цих страховиків до усунення виявлених порушень або приймає рішення про відкликання ліцензій.

## **51. Об'єднання страховиків та їхні функції**

**Об'єднання страховиків** – спілки, асоціації та інші об'єднання для координації діяльності страховиків, захисту інтересів своїх членів та здійснення спільних програм. Мають бути зареєстровані в установленому порядку як юридичні особи і не можуть безпосередньо займатися страховою діяльністю. Серед функціонуючих

об'єднань страховиків вагоме місце посідають бюро України, Моторне (транспортне) страхове бюро України, Ядерний страховий пул України, які утримуються за рахунок внесків страхових компаній.

Стаття 13 ЗУ «Про страховання». Об'єднання страховиків.

Страховики можуть утворювати спілки, асоціації та інші об'єднання для координації своєї діяльності, захисту інтересів своїх членів та здійснення спільних програм, якщо їх утворення не суперечить законодавству України. Ці об'єднання не можуть займатися страховою діяльністю.

Об'єднання страховиків діють на підставі статутів і набувають прав юридичної особи після їхньої державної реєстрації. Орган, що здійснює реєстрацію об'єднань страховиків, у десятиденний строк з дня реєстрації повідомляє про це Уповноважений орган.

Страховики, яким дозволено займатися страхованням відповідальності власників транспортних засобів за шкоду, заподіяну третім особам, та за умовами, передбаченими міжнародними договорами України щодо зазначеного виду страхування, зобов'язані утворити Моторне (транспортне) страхове бюро, яке є юридичною особою, що утримується за рахунок коштів страховиків.

Моторне (транспортне) страхове бюро є єдиним об'єднанням страховиків, які здійснюють обов'язкове страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів за шкоду, заподіяну третім особам. Участь страховиків у Моторному (транспортному) страховому бюро є умовою здійснення діяльності щодо обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів.

Основні завдання Моторного (транспортного) страхового бюро:

- виконання страхових зобов'язань із зазначеного в цій статті виду обов'язкового страхування за страховиків – його членів у разі їх неплатоспроможності;
- виплати із централізованих страхових резервних фондів у межах, передбачених умовами здійснення зазначеного в цій статті виду обов'язкового страхування, компенсацій за шкоду, заподіяну життю й здоров'ю потерпілих у дорожньо-транспортних подіях, що сталися з вини водіїв невстановленого транспорту; коли винуватець загинув і не мав чинного договору такого обов'язкового страхування; в інших випадках та на умовах, установлених Кабінетом Міністрів України;



- забезпечення пільгового страхування для окремих категорій автовласників за рахунок коштів централізованих страхових резервних фондів у випадках та на умовах, установлених Кабінетом Міністрів України.

Страховики, які мають дозвіл на страхування відповідальності операторів ядерних установок за шкоду, що може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту, зобов'язані утворити ядерний страховий пул, який має бути юридичною особою, що утримується за рахунок коштів страховиків.

## **52. Необхідність та зміст державного регулювання страхової діяльності**

Специфічність страхування як економічної категорії, обумовлюється трьома основними ознаками: випадковим характером настання руйнівної події, надзвичайністю нанесеного збитку (шкоди) в натуральному і грошовому відношенні та об'єктивною необхідністю запобігання і подолання наслідків вказаної події і відшкодування матеріальних чи інших втрат.

Страховий захист може бути забезпечений лише за умови, якщо суспільство має відповідні кошти для запобігання і відшкодування матеріальних втрат. Звідси виникає об'єктивна необхідність обособлення для цієї мети частини валового національного продукту, тобто формування страхового фонду, який являє собою резервний запас матеріальних і грошових засобів для забезпечення неперервності процесу суспільного відтворення і надання допомоги людям на випадок настання надзвичайних подій.

Страховий фонд створюється в результаті перерозподілу валового національного продукту. На практиці існує три форми організації страхового фонду, в яких суб'єктами власності на його ресурси виступають держава, окремий виробник чи страховик (спеціалізована страхова компанія).

Страхування є економічною категорією, яка представляє собою сукупність особливих замкнутих перерозподільчих відносин між його учасниками з приводу формування за рахунок грошових внесків цільового страхового фонду, призначених для відшкодування надзвичайної шкоди підприємству, організація, надання грошової допомоги громадянам. Разом з тим страхування висту-

пає, з одного боку, засобом захисту виробництва, підприємництва, майна, добробуту людей, а з іншого – як вид діяльності, що приносить прибуток.

Страховання має такі характерні риси, які виділяють його з інших економічних категорій:

- наявність двох сторін: страховика і страхувальника;
- цільове призначення створюваних грошових фондів та їх витрати лише на покриття втрат у завчасно обумовлених випадках;
- замкнутість перерозподільних відносин між учасниками страхування;
- часовий і міжтериторіальний розподіл ресурсів;
- еквівалентність відносин, тобто поверненість платежів, оскільки вони призначені для виплат спільноти страхувальників.

Економічна сутність страхування проявляється в його функціях, які обумовлюють суспільне призначення даної категорії. Страховання виконує такі основні функції:

- 1) ризикову, оскільки страхування пов'язане з ризиковим характером виробництва. В рамках дії ризикової функції здійснюється перерозподіл грошової форми власності серед учасників страхування у зв'язку з наслідками випадкових страхових подій;
- 2) попереджувальну. Значна частина перерозподільних відносин пов'язана з функціонуванням попереджувальних заходів зменшення страхових ризиків. Разом з тим організація цих відносин часто залежить від рівня захищеності майна і життя страхувальників, від настання страхової події;
- 3) заощаджувальну. Довгострокові види страхування є засобом накопичення населенням коштів до настання певної події в їх житті аж до закінчення строку страхування.

Сучасні економісти відзначають, що страхування як економічна категорія включає такі основні елементи: ризикові обставини, ситуація ризику, вартість (оцінка) об'єкта страхування, страхова подія, страхова сума, страховий внесок, страховий випадок, витрати (збиток) страхувальника, страхова виплата.

Збільшення попиту на страховий захист зумовило перехід до продажу страхових полісів з подальшим відшкодуванням збитків, які спочатку здебільшого продавались товариствами взаємного страхування.

Найбільш інтенсивно всі форми і види страхування розвивалися в ХХ ст. і воно стає невід'ємним атрибутом ринкової економіки

при нерівномірному розвитку страхового бізнесу в окремих країнах і континентах.

Революційні події в жовтні 1917 р. внесли і відповідні зміни у ведення страхової справи, оскільки в 1918 р. вона була оголошена державною монополією. Всі страхові операції здійснювалися Головним управлінням державного страхування при Міністерстві фінансів з єдиними правилами і тарифами по кожному виду страхування. За роки радянської влади страхова справа розвивалася нерівномірно, оскільки державна власність становила до 94% вартості майна, що перебувало на балансах господарських формувань.

Держстрах СРСР по суті був монополістом у страхуванні. Починаючи з 1991 року, після припинення існування СРСР, Україна стала самостійно вирішувати всі питання організації страхової діяльності. 1991–1996р. – це період створення і прийняття перших законодавчих актів по регулюванню діяльності на страховому ринку. Страховий ринок України функціонував на базі нормативних документів, що регламентують діяльність господарчих товариств узагалі, не з огляду на особливості даної сфери. 7 березня 1996 року Верховна Рада України прийняла Закон «Про страхування». Необхідність прийняття цього закону була очевидна, оскільки старе страхове законодавство вже не могло ефективно регулювати діяльність страхових організацій та інших учасників страхового ринку. У період становлення ринкової економіки страховий ринок в Україні значно збільшив свої обсяги і досяг якісно нового рівня розвитку. Кінець 90-х років характеризувався збільшенням кількості страхових договорів, стабілізацією кількості страховиків і їхньою спеціалізацією за видами страхування, розвитком перестраховальних операцій. Проте розвиток страхової справи ще сильно відстає від рівня країн з ринковою економікою навіть в умовах незалежної держави, що зумовлює необхідність проведення глибоких економічних реформ, складовою частиною яких повинна бути ефективна система страхування фізичних і юридичних осіб.

### **53. Шляхи наближення законодавчої нормативної бази зі страхування до міжнародних стандартів**

Розвиток світової економіки і міжнародних економічних відносин, входження України до системи світових господарських зв'язків та перебудова національної економіки потребують розвитку стра-

хового ринку України з урахуванням світового досвіду відповідно до національних особливостей, що зумовлює проведення наукового дослідження міжнародного ринку страхування та вироблення рекомендацій щодо використання світового досвіду в галузі страхування для подальшого розвитку національного страхового ринку в період переходу до ринкової економіки.

Аналіз сутності страхування в ринковій економіці свідчить про необхідність розвитку страхування та його величезну роль як надійного механізму захисту підприємств різних форм власності та громадян від можливих ризиків, зростання яких останнім часом спостерігається в усьому світі як важливого чинника стабільності суспільного виробництва, неперервності та безперебійності процесу відтворення, ефективного засобу реалізації інвестиційної політики держави.

Історичний аналіз становлення національного ринку страхування, комплексне системне дослідження його сучасного стану та структури свідчать про якісні зміни, що відбуваються останнім часом у розвитку страхування в Україні. Спостерігається стійка тенденція збільшення частки страхування в загальному обсязі валового внутрішнього продукту. Темпи зростання страхування перевищують темпи зростання валового внутрішнього продукту. Спостерігається збільшення обсягів страхових послуг, перевищення темпів зростання обсягів страхових резервів над темпами зростання страхових платежів, збільшення обсягів сплачених статутних фондів та інші позитивні тенденції. За умов спаду виробництва промислової й сільськогосподарської продукції, негативного впливу інфляційних процесів розвиток страхового ринку України протягом перехідного періоду порівняно з іншими галузями національної економіки характеризується високими темпами зростання.

Процеси ринкової трансформації економіки України потребують здійснення адекватних заходів, спрямованих на забезпечення соціального захисту населення, та впровадження нових методів з урахуванням світового досвіду відповідно до особливостей національної системи. Вивчення досвіду медичного страхування та пенсійного забезпечення у країнах із ринковою економікою, аналітично-порівняльне дослідження реформ системи соціального забезпечення у країнах із перехідною економікою Центральної та Східної Європи, Латинської Америки дозволяють, враховуючи зарубіжний досвід та національні особливості, виробити шляхи впровадження медичного й пенсійного страхування в Україні. Першочергового вирішення

потребує питання вдосконалення законодавчої та нормативної бази, зокрема прийняття законів, що регламентували б права та обов'язки ринкових суб'єктів та визначили механізми здійснення медичного й пенсійного страхування.

## **54. Тенденції збільшення обсягів статутного фонду страховиків**

Порядок створення нових або реорганізації існуючих страхових компаній регулюється як загальними законами (про підприємницьку діяльність, реєстрацію та ліцензування юридичних осіб, виконання грошово-валютних операцій, рух цінних паперів і т. ін.), так і законодавством, що стосується особливостей страхової діяльності.

Процес створення страхової компанії можна поділити на два етапи: формування юридичної особи і надання їй статусу страховика. Безперечно, ці етапи тісно взаємозв'язані, що відбивається в установчих документах, розмірі статутного фонду, визначенні сфер діяльності тощо.

Юридичні особи (крім банків) мають бути зареєстровані в адміністраціях за місцем розташування. Компанія, котра отримала реєстраційне посвідчення як підприємницька структура, може виконувати певні фінансові операції, пов'язані з формуванням статутного фонду, підготовкою офісу, розміщенням тимчасово вільних грошових коштів. Але на цьому етапі компанія ще не є страховиком. Вона набуває такого статусу тільки після внесення її до Державного реєстру страховиків та видачі їй ліцензії на право здійснення певних видів страхування.

Дозволяється формування статутного фонду страховика цінними паперами, що випускаються державою, за їх номінальною вартістю в порядку, визначеному Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України, але не більше ніж 25 % загального розміру статутного фонду. Забороняється використовувати для його формування векселі, кошти страхових резервів, кошти, які одержані в кредит, позику та під заставу, і вносити нематеріальні активи Джерелами статутного фонду, залежно від організаційно-правової форми, можуть виступати: акціонерний капітал, внески членів товариств взаємного страхування, бюджетні кошти, кошти держави, довгостроковий кредит, внески приватних осіб. Враховуючи специфіку страхової діяльності, держава законодавчо закріпила вимоги щодо мінімального роз-

міру статутного фонду страхових організацій на етапі їх створення. Мінімальний розмір статутного фонду страховика, який займається видами страхування іншими, ніж страхування життя, встановлюється в сумі, еквівалентній 1 млн євро, а страховика, який займається страхуванням життя, – 1,5 млн євро за валютним обмінним курсом валюти України. Це пов'язано з тим, що на початковому етапі у страховій компанії немає інших засобів для виконання зобов'язань за договорами страхування, а надходжень страхових внесків ще не недостатньо, щоб можна було їх розглядати як основне джерело фінансових ресурсів. Достатній страховий капітал дає змогу страховій організації швидше адаптуватися до умов ринку, здійснювати страхування середніх і великих ризиків, вистояти в конкурентній боротьбі. Якщо власний капітал перевищує статутний, то це означає, що діяльність страхової компанії прибуткова. Основним джерелом фінансових ресурсів діючої страхової компанії виступають залучені кошти. Ними є сукупна вартість реалізованих на ринку страхових продуктів – обсяг страхових премій за укладеними і діючими договорами страхування, який набуває форми страхового фонду, саме його подальший рух і розподіл, його оптимальна і збалансована структура, показники динаміки за видами страхування і за операціями визначають пропорції і результати страхової діяльності окремо взятої страхової організації і страхового ринку в цілому.

### **55. Функції, права та обов'язки Комітету в справах нагляду за страховою діяльністю**

Законом України «Про страхування» було визначено єдиний орган державної виконавчої влади, що здійснює відповідний нагляд: Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю – Укрстрахнагляд, утворений 17 вересня 1993 року. Укрстрахнагляд був центральним органом державної виконавчої влади, який підпорядковувався Кабінетові Міністрів України. За своїм статусом Комітет мав ранг Державного комітету України.

У процесі адміністративної реформи Указом Президента України «Про зміни в структурі центральних органів виконавчої влади» від 15 грудня 1999 року за № 1573/99 функції Укрстрахнагляду було покладено на Міністерство фінансів України.

Законом України «Про страхування» визначено такі основні функції органу нагляду:

- 1) ведення єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) та державного реєстру страхових та перестрахових брокерів;
- 2) видача ліцензій на здійснення страхової діяльності;
- 3) контроль за платоспроможністю страховиків щодо виконання ними страхових зобов'язань перед страхувальниками;
- 4) установлення правил формування, розміщення та обліку страхових резервів;
- 5) проведення перевірок страховиків та страхових посередників щодо дотримання ними законодавства про страхову діяльність і достовірності їх звітності;
- 6) розроблення нормативних і методичних документів з питань страхової діяльності, що віднесена цим Законом до компетенції органу нагляду за страховою діяльністю;
- 7) узагальнення практики страхової діяльності, розроблення та подання в установленому порядку пропозицій щодо розвитку й удосконалення законодавства України про страхову діяльність;
- 8) участь у здійсненні заходів, спрямованих на підвищення кваліфікації кадрів для страхової діяльності;
- 9) участь у міжнародному співробітництві і сфері страхування та перестраховування.

У рамках цих основних функцій орган нагляду за страховою діяльністю має такі конкретні завдання:

- видача ліцензій страховикам на право здійснювати страхову діяльність та перевірка щодо додержання ними видів страхування і перестраховування, передбачених ліцензіями;
- планові, тематичні та комплексні перевірки щодо правильності застосування страховиками законодавства України про страхову діяльність та достовірності їх звітності;
- методичне забезпечення (згідно зі своєю компетенцією) роботи страховиків;
- розроблення проектів актів законодавства з питань страхової діяльності та рекомендацій для захисту фінансових інтересів страховиків і страхувальників;
- прийом нормативних актів з питань страхової діяльності;
- аналіз додержання об'єднаннями страховиків чинного законодавства;
- контроль за платоспроможністю страховиків згідно зі взятими страховими зобов'язаннями;

- забезпечення дослідницько-методологічної роботи з питань страхової діяльності та підвищення ефективності державного страхового нагляду;
- установлення правил формування й розміщення страхових резервів, а також (за погодженням з Мінстатом) правил їхнього обліку та показників звітності;
- розроблення та контроль за дотриманням єдиних методологічних засад бухгалтерського обліку і звітності, а також форм статистичної звітності для страховиків;
- аналіз стану та тенденцій розвитку страхової діяльності в Україні, узагальнення практичного досвіду страховиків;
- організація заходів щодо професійної підготовки та перепідготовки фахівців зі страхової діяльності, а також роботи круглих столів, нарад, семінарів, конференцій з питань страхової діяльності;
- налагодження міжнародного співробітництва в галузі страхової діяльності, вивчення, узагальнення й поширення світового досвіду в цій справі, виконання міжнародних договорів України з питань страхування;
- інформаційно-роз'яснювальна робота через пресу, телебачення та інші засоби масової інформації з питань страхової діяльності;
- розгляд пропозицій та запитів громадян з питань, що належать до його компетенції;
- управління майном, яке перебуває в загальнодержавній власності і належить підприємствам, установам й організаціям, які входять до сфери його управління;
- інші функції з управління майном, передбачені чинним законодавством.

Законом України «Про страхування» визначено основні права органу страхового нагляду:

- 1) у межах своєї компетенції одержувати від страховиків установлену звітність про страхову діяльність, інформацію про їхній фінансовий стан, а також інформацію від підприємств, установ і організацій, у тому числі банків і громадян, необхідну для виконання власних функцій;
- 2) перевіряти правильність застосування страховиками законодавства України про страхову діяльність, достовірність їхньої звітності за показниками, що характеризують виконання договорів страхування; не частіш як один раз на рік призначати (з визначенням аудитора) додаткову обов'язкову аудиторську перевірку;



- 3) у разі виявлення порушень страховиками чинного законодавства України про страхову діяльність видавати їм приписи про усунення цих порушень, а в разі невиконання приписів зупинити або обмежувати дію ліцензій цих страховиків до усунення виявлених порушень чи приймати рішення про відкликання ліцензій та виключення з державного реєстру страховиків (перестраховиків). Спори про відкликання ліцензії розглядає суд або арбітражний суд. Дія ліцензії після її відкликання поновлюється в порядку, передбаченому статтями 38 і 39 Закону «Про страхування»;
- 4) звертатися до арбітражного (нині господарського) суду з позовом про скасування державної реєстрації страховика як суб'єкта підприємницької діяльності у випадках, передбачених статтею 8 Закону України «Про підприємництво». Крім того, орган державного нагляду має право:
- одержувати від кожного страховика встановлену звітність про страхову діяльність та інформацію про його фінансовий стан, а від підприємств, установ, організацій, банків і громадян – інформацію, необхідну для виконання покладених на цей орган функцій;
  - створювати комісії та робочі групи для проведення перевірок діяльності страховиків;
  - заслуховувати на колегії доповіді керівників страховиків з питань їхньої діяльності;
  - одержувати безоплатно від органів державної виконавчої влади інформацію та статистичну звітність, необхідну для виконання покладених на орган нагляду завдань;
  - звертатися до арбітражного суду з позовом про скасування державної реєстрації страховика у випадках, передбачених чинним законодавством.

У складі Мінфіну створено департамент фінансових установ та ринків. Останній, на відміну від Укрстрахнагляду, не може самостійно подавати до Кабінету Міністрів України як суб'єкта законодавчої ініціативи проекти законодавчих актів.

Департамент забезпечує проведення Мінфіном державної політики стосовно не лише страхування, а й державних лотерей, фінансових установ і ринків.

Департамент узагальнює практику застосування законодавства з питань, які належать до його компетенції, розробляє пропо-

зиції щодо вдосконалення законодавства та вносить їх на розгляд керівництва Міністерства. У межах своїх повноважень Департамент організовує виконання нормативно-правових актів і здійснює систематичний контроль за їх реалізацією.

Основні завдання Департаменту у справах нагляду за страховою діяльністю такі:

- розроблення пропозицій з основних напрямів розвитку страхової і посередницької діяльності у страхуванні та перестраховуванні; проведення заходів щодо забезпечення розвитку страхової справи та здійснення державного нагляду за страховою діяльністю;
- регулювання в межах своїх повноважень взаємовідносин страховиків зі страхувальниками, а також страхових брокерів зі страхувальниками і страховиками;
- проведення роботи із вдосконалення методів фінансової діяльності страховиків;
- участь за дорученням керівництва Міністерства у міжнародних заходах з питань страхування й посередницької діяльності у страхуванні та перестраховуванні.

## **56. Методи державного регулювання страхової діяльності**

Державне регулювання страхування, як і економіки загалом, є науково обґрунтованим самозахистом суспільного ладу від властивих механізму ринкової економіки тенденцій, що саморуйнуються, які зумовлені наявністю позитивних зворотних зв'язків. Визначальними структурними ознаками ринкової економіки є:

- основні форми власності;
- спосіб координації господарських економічних інтересів.

Комплекс прямих методів регулювання середовища функціонування страхового бізнесу включає нормативно-правове забезпечення страхової діяльності та застосовування щодо цього дій органів центральної виконавчої влади (ліцензійна політика, регулювання норм платоспроможності страховика). До комплексу непрямих методів регулювання страхової діяльності можна віднести: методи інвестиційної, фіскальної, грошово-кредитної та валютної політики (формування, розміщення та облік страхових резервів, участь іноземних інвесторів у статутному фонді страховика, оподаткування страхової діяльності, прибутків від інвестування та розміщення

тимчасово вільних коштів та від інших фінансових операцій, валюта страхування, формування статутного фонду). Добір та поєднання конкретних інструментів державного регулювання страхової діяльності в умовах перехідної економіки, на думку автора, має містити такі складові і залежить, насамперед від тих завдань, які вирішує держава на тій чи іншій стадії регулювання.

Координація – це механізм впливу соціально-економічної системи на дії господарюючих суб'єктів відповідно до пріоритетних цілей цієї системи. Такий вплив здійснюється як адміністративними, так і економічними засобами, на пріоритетну користь останніх. Тобто регулювання фінансово-господарського механізму у сфері страхування з боку держави направлено на реалізацію головної сучасної цілі суспільного ладу – стабілізацію економіки держави за допомогою організаційного, юридичного, фінансового та мотиваційного впливу на суб'єктів фінансово-господарських відносин.

Державне регулювання страхування можна представити на рис. 1.

У зв'язку із зазначеними етапами можна визначити об'єкт державного регулювання страхової галузі – система соціально-економічних відносин з приводу організації захисту від ризиків та здійснення страхового бізнесу за допомогою об'єднання коштів суб'єктів цих відносин. Суб'єктом державного регулювання виступає держава в особі її різноманітних інститутів.

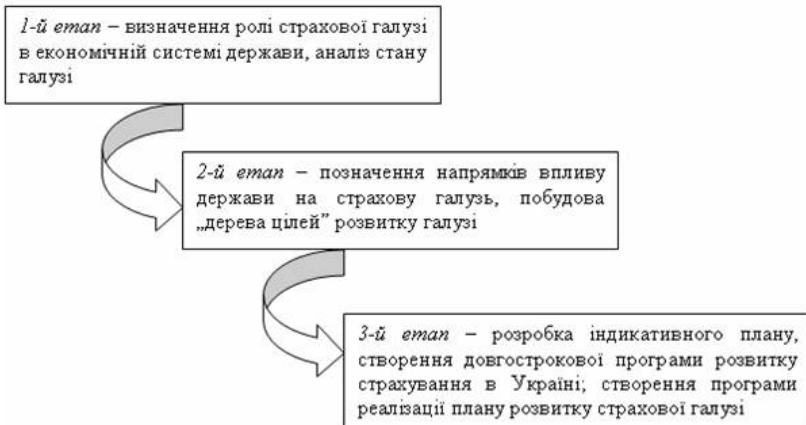


Рис. 1. Етапи державного регулювання страхової діяльності в Україні

Правові основи страхування визначаються Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування» від 04.10.2001 р., Кодексом професійної етики страховиків, а також низкою інших законів і підзаконних актів.

Страховання як бізнес у кожній державі має корпоративну форму. Тому майже всі країни світу ввели монополію резидентів на проведення страхових операцій, крім перестраховання. Законодавче регулювання страхового бізнесу перш за все передбачає захист інтересів громадян своєї країни.

Вітчизняні дослідники, вивчаючи світовий досвід систем державного регулювання страхової діяльності, виділяють три її типи.

*Ліберальний (м'який) тип* передбачає, що операції по страхуванню хоча й підлягають ліцензуванню, проте нагляд за діяльністю страхових компаній відносно слабкий (характерно для Великобританії).

*Авторитарний (жорсткий) тип* – це коли кожний конкретний вид страхування проходить процедуру ліцензування і повинен відповідати певній системі вимог щодо правил страхування, фінансово-господарській діяльності страхової компанії; конкуренція між страховиками чітко регламентується (характерно для Німеччини).

*Змішаний тип* використовує в певній мірі два зазначених підходи – виважена система регламентації діяльності страхових компаній поєднується з досить гнучкими підходами, які дають можливість забезпечити достатній рівень конкуренції (характерно для Франції).

На наш погляд, система державного регулювання страхової діяльності, що існує в Україні, за ступенем впливу на розвиток ринку та за методами, що при цьому застосовуються займає проміжне положення між німецькою та французькою. На кожний конкретний вид страхування страхова компанія повинна отримати ліцензію. Законодавчі та нормативні акти встановлюють чіткі вимоги до платоспроможності страховиків (розміру Статутного капіталу, кількості, порядку формування, нормам відрахування та порядку розміщення страхових та вільних резервів тощо). Разом з тим держава гарантує захист інтересів страхових компаній, а також забезпечує умови вільної конкуренції в здійсненні страхової діяльності. Не дозволяється (за винятком страхування життя та обов'язкових видів страхування) будь-яке централізоване регулювання розмірів страхових тарифів, страхових сум, страхових виплат та інших умов договорів страхування, якщо вони не суперечать законодавству України. Не припускається також втручання з боку держави та інших структур у роботу страхових компаній, за винятком здійснення своїх повноважень органами державного нагляду.

Роль держави в регулюванні страхової діяльності досить значна і, на наш погляд, повинна зводитись до такого:

- встановлення норм та вимог до функціонування страхових компаній;
- використання фінансового механізму в регулюванні страхової справи;
- контролю за виконанням суб'єктами страхового ринку чинного законодавства України;
- визначенню обов'язкових видів страхування.

Отже, здорова макроекономічна і структурна державна політика є суттєвою передумовою стабільності системи страхування й запобігання серйозним викривленням страхового ринку.

## **57. Умови і порядок ліцензування страхової діяльності**

Під **ліцензуванням страхової діяльності** розуміють видачу, переоформлення та анулювання ліцензій, видачу дублікатів ліцензій, ведення ліцензійних справ, яке здійснюється Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг (далі – Комісія).

Отримання ліцензії (документа державного зразка, який засвідчує право фінансової установи здійснювати страхову діяльність із конкретного виду страхування протягом визначеного строку у умови виконання ліцензійних умов) можна умовно поділити на дві стадії. Перша – виконання всіх вимог нормативно-правових актів України, які регулюють страхову діяльність, зокрема, Закону про страхування та Розпорядження про ліцензійні умови. Друга – безпосереднє отримання ліцензій, їх переоформлення, отримання дублікатів та їх анулювання.

Перед тим як переходити до розгляду цих двох стадій щодо провадження страхової діяльності, слід зазначити, що предметом безпосередньої діяльності страховика може бути лише страхування, перестраховування і фінансова діяльність, пов'язана з формуванням, розміщенням страхових резервів та їх управлінням.

Зазначимо, що слова «страховик», « страхова компанія », « страхова організація » та похідні від них можуть використовувати в назві лише ті юридичні особи, які мають ліцензію на здійснення страхової діяльності.

Ліцензії на конкретний вид обов'язкового страхування видаються, якщо страховик має досвід здійснення добровільного страхуван-

ня не менше ніж два роки, якщо інше не передбачено законодавством (під досвідом слід розуміти наявність упродовж усього зазначеного періоду чинної ліцензії і чинних договорів страхування). На підтвердження вимог цього пункту надаються відповідні копії договорів страхування. З огляду на цю вимогу страховики, які тільки розпочинають свою діяльність, можуть отримали ліцензії лише на добровільні види страхування, а по завершенні двох років практичної діяльності, а не з моменту державної реєстрації, намагатися отримати ліцензії на обов'язкові види страхування. Також страховик та його відокремлені підрозділи мають бути забезпечені комп'ютерною технікою і програмним забезпеченням та комунікаційними засобами, що відповідають установленим вимогам, до речі, яким саме – не уточнюється. Ці вимоги не встановлені Законом про страхування, однак передбачені Розпорядженням про ліцензійні умови.

При дотриманні перелічених вимог щодо провадження страхової діяльності страховик подає до Комісії такий пакет документів для отримання ліцензії:

- заяву про видачу ліцензії, в якій зазначаються відомості про особу страховика (найменування, місцезнаходження, банківські реквізити, ідентифікаційний код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України (далі – ЄДРПОУ)), перелік видів страхування, на проведення яких страховик має намір одержати ліцензію, перелік правил страхування для кожного виду добровільного страхування, дату подання заяви, підпис керівника страхової організації, скріплений печаткою. У разі наявності в страховика відокремлених підрозділів у заяві зазначається або до заяви подається їхній перелік із зазначенням місцезнаходження відокремленого підрозділу, номерів телефонів, E-mail, прізвища, імені, по батькові, освіти керівника і головного бухгалтера;
- копію свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності або копію довідки про внесення до ЄДРПОУ, засвідчену нотаріально або органом, який видав оригінал документа;
- копії установчих документів, засвідчені в установленому законодавством порядку, які мають містити дані про обраний юридичною особою вид підприємницької діяльності та інформацію щодо розміру статутного фонду страховика. Установчі документи юридичних осіб, які не є відкритими акціонерними товари-

ствами, мають містити інформацію про розподіл часток статутного капіталу між засновниками (учасниками) із зазначенням розподілу часток у відсотках, їх кількості та грошового розміру. Зауважимо, що законодавство чітко не вимагає, який саме статутний документ має містити такі дані – статут чи установчий договір;

- довідки банків або висновки аудиторських фірм (аудиторів), що підтверджують формування та розмір сплаченого статутного фонду;
- довідку про фінансовий стан засновників страховика, підтверджену аудитором (аудиторською фірмою), якщо страховик створений у формі повного чи командитного товариства або товариства з додатковою відповідальністю та акціонерного товариства;
- правила (умови) страхування, які мають бути пронумеровані, прошнуровані, засвідчені підписом відповідальної особи і печаткою страховика. Правила необхідно викладати державною мовою, змістовно, граматично та логічно. У разі наявності заявник зобов'язаний виправити в Правилах страхування граматичні та стилістичні помилки. За умов проведення страховиком зовнішньоекономічних операцій страхування (перестраховання) правила страхування перекладаються англійською чи іншою мовою. Тексти таких перекладів слід завіряти відповідно до вимог законодавства. До Правил страхування додатково встановлюються такі вимоги:
- назва Правил страхування має містити слово «добровільного»;
- поняття, що використовуються у Правилах страхування, мають відповідати вимогам відповідних нормативно-правових актів. У разі потреби застосування понять, невизначених у відповідних нормативно-правових актах, слід дати їх тлумачення. Не допускається в тексті Правил страхування, договорів (полісів):
- подвійне тлумачення одних і тих самих положень, протиріч або неузгодженості між пунктами;
- застосування речень (фраз, фразеологічних зворотів), що призводять до неоднозначного розуміння змісту;
- використання законодавчо визначених понять в іншій інтерпретації;

- порушення граматичних та синтаксичних правил, що призводять до спотворення змісту.  
При оформленні Правил страхування не допускається:
- друкування різними шрифтами (крім випадків виділення в тексті окремих положень) та шрифтом, меншим за 12 пунктів у форматі Word;
- подання неякісних ксерокопій, зокрема подання ксерокопій підписів уповноважених осіб та/або відсутність оригіналу підпису уповноваженого актуарія.

У разі внесення змін та/або доповнень до Правил страхування страховик у десятиденний термін повідомляє про це Комісію та надсилає (разом із супровідним листом) два примірники відповідних змін та/або доповнень до правил страхування для реєстрації. Зміни та/або доповнення до Правил страхування вважаються чинними з дня їх реєстрації у Комісії.

**Підстави для прийняття рішення про відмову у видачі ліцензії:**

- недостовірність даних у документах, поданих заявником для отримання ліцензії. У разі відмови у видачі ліцензії на підставі виявлення недостовірних даних у документах, поданих про видачу ліцензії, заявник може подати до Комісії нову заяву про видачу ліцензії не раніше ніж через три місяці з дати прийняття рішення про відмову у видачі ліцензії;
- невідповідність заявника, згідно з поданими документами, Ліцензійним умовам. У разі відмови у видачі ліцензії на підставі невідповідності заявника цим Ліцензійним умовам, фінансова установа може подати до Комісії нову заяву про видачу ліцензії після усунення причин, що стали підставою для відмови у видачі ліцензії;
- невідповідність документів, що додаються до заяви, вимогам чинного законодавства України.

Заявник може в судовому порядку оскаржити рішення про відмову у видачі ліцензії.

За видачу ліцензії щодо кожного виду страхування, за оформлення ліцензії, за видачу дубліката ліцензії справляється плата в розмірі, установленому нормативно-правовими актами Комісії. Плата за видачу ліцензій сплачується одноразово з розрахунку за кожний рік користування ліцензією у порядку, встановленому нормативно-правовими актами Комісії. На сьогодні він Комісією не встановлений, і страховики відповідно до Постанови Кабінету



Міністрів України «Про встановлення та внесення плати за видачу ліцензії на проведення конкретного виду страхування» від 11 липня 2002 р. за № 1005 сплачують плату в розмірі 20 неоподаткованих мінімумів доходів громадян. Якщо заявник протягом 30 календарних днів із дня направлення йому повідомлення про прийняття рішення про видачу ліцензії не подав документа, що підтверджує внесення плати за видачу ліцензії, або не звернувся для отримання оформленої ліцензії, Комісія має право скасувати рішення про видачу такої ліцензії.

## **58. Санкції до страхових компаній за результатами перевірок Укрстрахнагляду**

Законом України «Про страхування» було визначено єдиний орган державної виконавчої влади, що здійснює відповідний нагляд: Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю – Укрстрахнагляд, утворений 17 вересня 1993 року. Укрстрахнагляд був центральним органом державної виконавчої влади, який підпорядковувався Кабінетові Міністрів України. За своїм статусом Комітет мав ранг Державного комітету України.

Законом України «Про страхування» визначено такі основні функції Комітету:

- 1) ведення єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків);
- 2) видача ліцензій на здійснення страхової діяльності;
- 3) контроль за платоспроможністю страховиків щодо виконання ними страхових зобов'язань перед страхувальниками;
- 4) установлення правил формування, розміщення та обліку страхових резервів;
- 5) розробка нормативних і методичних документів з питань страхової діяльності, що віднесена цим Законом до компетенції Комітету у справах нагляду за страховою діяльністю;
- 6) узагальнення практики страхової діяльності, розробка і подання у встановленому порядку пропозицій щодо розвитку й удосконалення законодавства України про страхування діяльність;
- 7) участь у здійсненні заходів, спрямованих на підвищення кваліфікації кадрів для страхової діяльності.

У рамках цих основних функцій Укрстрахнагляд виконує такі конкретні завдання:

- видачу ліцензій страховикам на право здійснювати страхову діяльність та перевірку щодо додержання ними видів страхування і перестраховування, передбачених ліцензіями;
- перевірку щодо правильності застосування страховиками законодавства України про страхову діяльність та достовірності їх звітності;
- методичне забезпечення (згідно зі своєю компетенцією) роботи страховиків;
- розроблення проектів актів законодавства з питань страхової діяльності та рекомендацій для захисту фінансових інтересів страховиків і страхувальників;
- прийом нормативних актів з питань страхової діяльності;
- аналіз додержання об'єднаннями страховиків чинного законодавства;
- контроль за платоспроможністю страховиків згідно зі взятими страховими зобов'язаннями;
- забезпечення дослідницько-методологічної роботи з питань страхової діяльності та підвищення ефективності державного страхового нагляду;
- установлення правил формування й розміщення страхових резервів, а також (за погодженням з Мінфіном та Мінстатом) правил їх обліку та показників звітності;
- розробку та подання до Мінфіну і Мінстату пропозицій про впровадження єдиних методологічних засад бухгалтерського обліку і звітності, а також форм статистичної звітності для страховиків;
- аналіз стану і тенденцій розвитку страхової діяльності в Україні, узагальнення практичного досвіду страховиків;
- організацію заходів щодо професійної підготовки та перепідготовки фахівців зі страхової діяльності, а також роботи круглих столів, нарад, семінарів, конференцій з питань страхової діяльності;
- налагодження міжнародного співробітництва в галузі страхової діяльності, вивчення, узагальнення й поширення світового досвіду в цій справі, виконання міжнародних договорів України з питань страхування;
- інформаційно-роз'яснювальну роботу через пресу, телебачення та інші засоби масової інформації з питань страхової діяльності;

- розгляд пропозицій та запитів громадян з питань, що належать до його компетенції;
- управління майном, яке перебуває в загальнодержавній власності і належить підприємствам, установам та організаціям, входять до сфери його управління;
- контроль за ефективністю використання і зберігання закріпленого за підприємствами, установами й організаціями державного майна;
- видачу дозволу Фондові державного майна на створення спільних підприємств будь-яких організаційно-правових форм, до статутного фонду яких передається майно, що є загальнодержавною власністю;
- підготовку разом з відповідними місцевими Радами народних депутатів висновків та пропозицій для Кабінету міністрів України щодо розмежування державного майна між загальнодержавною, республіканською (Автономна Республіка Крим) і комунальною власністю;
- інші функції з управління майном, передбачені чинним законодавством.

Крім того, Укрстрахнагляд має право:

- одержувати від кожного страховика встановлену звітність про страхову діяльність та інформацію про його фінансовий стан, а від підприємств, установ, організацій, банків і громадян – інформацію, необхідну для виконання покладених на нього функцій;
- створювати комісії та робочі групи для проведення перевірок діяльності страховиків;
- заслуховувати на колегії Комітету доповіді керівників страховиків з питань їхньої діяльності;
- одержувати безоплатно від органів державної виконавчої влади інформацію та статистичну звітність, необхідну для виконання покладених на Комітет завдань;
- звертатися до арбітражного суду з позовом про скасування державної реєстрації страховика у випадках, передбачених чинним законодавством.

Укрстрахнагляд поряд з правами, зазначеними в цьому пункті, має також інші права, надані йому чинним законодавством.

Укрстрахнагляд при виконанні покладених на нього функцій взаємодіє з іншими центральними органами державної виконавчої влади, органами Автономної Республіки Крим, місцевими держав-

ними адміністраціями, органами місцевого та регіонального самоврядування, а також з відповідними органами інших держав.

Укрстрахнагляд у межах своїх повноважень видає на основі та на виконання чинного законодавства накази, організовує і контролює їх виконання.

Комітет разом з іншими центральними органами державної виконавчої влади видає в разі потреби спільні акти.

Рішення Укрстрахнагляду з питань страхової діяльності, видані в межах його повноважень, є обов'язковими для виконання центральними і місцевими органами державної виконавчої влади, органами місцевого та регіонального самоврядування, а також підприємствами, установами, організаціями та громадянами. Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю має центральний апарат, місцеві органи.

## МОДУЛЬ 2

### 59. Класифікація особистого страхування

Особисте страхування регламентується ЗУ «Про страхування».

Особисте страхування можна визначити як галузь страхової діяльності, яка має на меті надання певних послуг як фізичним (окремим громадянам, членам їхніх сімей), так і юридичним особам (наприклад, страхування працівників за рахунок коштів підприємств від нещасних випадків). Ці послуги передбачають страховий захист страхувальників (застрахованих) у разі настання несприятливих подій для їхнього життя і здоров'я.

Особисте страхування має багато спільного із соціальним страхуванням, і насамперед щодо об'єктів страхового захисту громадян. Проте між особистим страхуванням і соціальним є відмінності. Головна з них стосується джерел формування страхових фондів. В особистому страхуванні ними є переважно індивідуальні доходи громадян, а в соціальному – кошти підприємств, установ, організацій.

В особистому страхуванні розглядають такі страхові ризики: смерть страхувальника (застрахованого); тимчасова втрата працездатності; постійна втрата працездатності; закінчення страхувальником (застрахованим) активної трудової діяльності у зв'язку із виходом на пенсію; дожиття страхувальника (застрахованого) до закінчення строку страхування.

Особисте страхування об'єднує короткострокові і довгострокові договори страхування.

За довгостроковими договорами у страховика виникає відповідальність у разі смерті або дожиття до закінчення строку страхування чи визначеної договором строку дії.

За короткостроковими договорами відповідальність страховика виникає в разі:

- смерті внаслідок нещасного випадку;
- втрати тимчасової постійної непрацездатності;
- захворювання;
- звернення до медичного закладу.

Особисте страхування може здійснюватися в добровільній і обов'язковій формі. Зосередимо увагу на добровільному особистому страхуванні.

Необхідність особистого добровільного страхування зумовлюється як ризиковим характером відтворення робочої сили, так і підвищенням ступеня ризику життя у зв'язку з урбанізацією, погіршенням довкілля, а також зростанням частки людей похилого віку в загальній чисельності населення. Це ускладнює захист особистих інтересів громадян з боку держави та її рахунок і передбачає формування захисних механізмів через перерозподіл індивідуальних доходів.

Особисте страхування включає:

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

Здійснення особистого страхування пов'язане з певними труднощами. При його проведенні дуже важко, зокрема, правильно оцінити ті ризики, які приймаються на страхування. Через це таке страхування пов'язане, по суті, з установленням умовної страхової суми, яка лише наближено відбиває збиток, який може завдати страховий випадок.

Поділ страхування на окремі підгалузі зумовлюється сукупністю ризиків, які вони об'єднують, тривалістю дії договорів страхування, а також порядком накопичення коштів для здійснення страхових виплат. Враховуючи останнє, страхування життя, що характеризується поступовістю такого накопичення протягом дії договору страхування, об'єднує накопичувальні види особистого страхування, а страхування від нещасних випадків і медичне страхування – ризиковані.

## **60. Розрахунок страхових тарифів в особистому страхуванні**

Поняття «страховий тариф» у страховій термінології відповідає термінам: тариф-брутто, тарифна ставка, брутто-ставка і означає ставку платежу за страхування з одиниці страхової суми, відображає ціну страхового ризику та інших витрат страховика з організації страхового захисту за укладеним договором страхування. Отже, страховий тариф є найважливішим елементом у погодженні інтересів сторін страхових відносин. На страховий тариф покладено вирішення суперечливого завдання: з одного боку, його мінімізація

для можливості здійснення страхування широкому колу страхувальників, з іншого – його максимізація для можливості забезпечення значних обсягів страхової відповідальності. Отож, однією з умов установаження раціонального страхового тарифу є підтримання еквівалентності інтересів страхових партнерів, що відповідає замкненому розподілу збитку одного застрахованого на всіх учасників страхового портфелю.

Встановлення та розрахунок оптимального страхового тарифу досить складна та кропітка праця, яка потребує використання теорії ймовірності та теорії великих чисел, високого рівня професіоналізму та значного інформаційного забезпечення.

Страхові тарифи у разі добровільної форми страхування обчислюються страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків.

Актуарні розрахунки – це система математичних та статистичних закономірностей, які є основою для встановлення стосунків між страховиком і страхувальником. Вони ґрунтуються на математичних формулах, що визначають механізм формування та використання страхового фонду в довготермінових страхових угодах.

Актуарні розрахунки ґрунтуються на таких засадах:

- страхові події мають ймовірний характер, що мусить впливати на величину страхових платежів;
- загальна закономірність тут проявляється через сукупність відокремлених страхових випадків, що зумовлює необхідність розрахунку собівартості страхової послуги стосовно своєї страхової сукупності;
- нерівномірність та рівномірний характер подій, що підлягають страхуванню, зумовлюють необхідність формування спеціальних резервів, які перебувають у розпорядженні страховика, а також визначання їх оптимального розміру;
- необхідність прогнозування сторнування (зменшення страхового портфелю) договорів та експертного оцінювання їхньої величини;
- необхідність дослідження норми позичкового відсотка впродовж певного проміжку часу та виявлення тенденції його руху;
- наявність повного або часткового збитку, пов'язаного із страховим випадком, зумовлює необхідність вимірювання його величини та здійснення його розподілу в просторі та в часі за допомогою спеціальних таблиць;

- необхідність дотримання еквівалентності між страховими внесками страхувальника та страховим забезпеченням з боку страховика;
- потреба у виділенні групи ризику в межах даної страхової сукупності.

Завдання актуарних розрахунків:

- дослідження та групування ризиків у межах страхової сукупності;
- визначення математичної імовірності настання страхового випадку, обчислення частоти і міри складності наслідків спричинених збитків як за групами збитків, так і за всією страховою сукупністю;
- математичне обґрунтування необхідних витрат на ведення страхової справи та прогнозування тенденції їх розвитку;
- математичне обґрунтування необхідних резервних страхових фондів страховика, а також джерел та способів їх формування;
- дослідження норми дохідності капіталу при інвестуванні страховиком зібраних страхових внесків, а також тенденцій її зміни протягом певного часового інтервалу;
- визначення залежності між величиною процентної ставки та бруто ставки.

Розрахунок страхових тарифів здійснюються в два етапи:

1-етап – розрахунок максимального страхового тарифу (бруто-ставки) по галузях (сферах управління, видах виробництва, на підставі статистичних даних). Максимальний страховий тариф розраховується з метою визначення та подальшого затвердження нормативів платежів обов'язкового страхування, що відносяться на собівартість продукції;

2-етап – розрахунок страхових тарифів для кожного об'єкта страхування з урахуванням ступеня ризику.

Розрахунки проводяться при таких припущеннях:

1. Усі підприємства галузі (сфери управління, види виробництва), що підлягають обов'язковому страхуванню, являють собою секцію страхування.
2. Вартість основних фондів кожного підприємства, що підлягає обов'язковому страхуванню, є його страховою сумою  $S$ .
3. Кожна аварія, що відбувається на окремих об'єктах секції страхування, є страховим випадком.
4. Величина страхового відшкодування при кожній аварії є рівною величині збитку.



Розрахунок максимальних страхових тарифів (1-й етап) можна здійснювати на підставі даних збитковості за попередні роки, наданих підприємствами.

Брутто-ставка  $T$  складається з двох частин:

- нетто-ставки  $T_n$ , яка розраховується на підставі даних збитковості та ймовірності настання страхових випадків і покриває збитки по страхових випадках за статистикою попередніх років;
- страхового навантаження, яке визначається у відсотках до брутто-ставки і покриває видатки страхової компанії на ведення справи;
- і розраховується за формулою:

$$T_b = T_n + N,$$

де  $T_n$  – нетто-ставка;  
 $N$  – навантаження.

## 61. Страхування життя і його основні види

В особистому страхуванні розглядають такі страхові ризики: смерть страхувальника (застрахованого); тимчасова втрата працездатності; постійна втрата працездатності; закінчення страхувальником (застрахованим) активної трудової діяльності у зв'язку із виходом на пенсію; дожиття страхувальника (застрахованого) до закінчення строку страхування.

До підгалузей особистого страхування належать страхування життя (пенсій), страхування від нещасних випадків і медичне страхування. Останні дві підгалузі в економічній літературі об'єднуються під назвою «страхування здоров'я».

Здійснення особистого страхування пов'язане з певними труднощами. При його проведенні дуже важко, зокрема, правильно оцінити ті ризики, які приймаються на страхування. Через це таке страхування пов'язане, по суті, із встановленням умовної страхової суми, яка лише наближено відбиває збиток, що його може завдати страховий випадок.

Ризики, які існують при страхуванні життя, пов'язані з невизначеністю тривалості останнього для кожного окремого страхувальника. Так, коротке життя людини, наприклад годувальника сім'ї, породжує значні проблеми для його дружини й дітей. Тривале життя створює проблему фінансового забезпечення в похилому віці.

Страхування життя передбачає відповідальність страхової компанії в разі смерті страхувальника (застрахованого) під час дії дого-

вору страхування або дожиття до певного обумовленого в договорі строку. Крім того, в договорі страхування додатково може бути обумовлена відповідальність страховика і при дожитті застрахованої особи до певної події, наприклад одруження, народження дитини, а також у разі втрати нею здоров'я від нещасного випадку.

Як показує світовий досвід, страхування життя завжди розглядалося як вигідне вкладення грошей. Страхувальник (застрахований) за договором страхування життя може розраховувати на страхову суму або пенсію в разі дожиття до закінчення договору, що є засобом накопичення коштів. Страхування життя може бути й захистом спадщини страхувальника, оскільки дає йому змогу передбачити наслідки своєї смерті для близьких і визначити частку спадщини, що призначається кожному з них. Отже, страхування життя дає змогу полегшувати передання майна, створювати грошові фонди для різних цілей (наприклад, витрат на успадкування або поховання).

Окрім того, значне поширення страхування життя сприяє зменшенню соціальної напруги та навантаження на соціальний бюджет країни. Довгострокове страхування життя, договори за якими можуть бути укладені і на 10, і на 20, і на 40 років, дає можливість накопичувати досить великі страхові фонди, тимчасово вільна частина яких може бути використана як джерело інвестицій у народне господарство, що сприяє стабілізації фінансового стану держави.

Договори страхування життя мають певні особливості. Так, у разі страхування життя відповідальність страхової компанії настає, якщо страхувальник (застрахований) помер з будь-якої причини (а не тільки від нещасного випадку, як це передбачено при страхуванні від нещасних випадків). Договір страхування вважається договором приєднання, оскільки цей договір, і особливо загальні його умови, виробляється лише страховиком. Страхувальник погоджується на умови, які пропонує йому страховик. Це договір доброї волі, бо в його основу покладено довіру між страховиком і страхувальником. Наприклад, страхувальник, укладаючи договір, зобов'язаний відповідати на поставлені запитання, і відповідати чесно. Інакше договір страхування вважається недійсним.

При проведенні страхування життя основними страховими випадками є дожиття до закінчення строку страхування або смерть страхувальника (застрахованого) протягом його дії. Саме тому страховій компанії потрібно визначити ймовірність цих подій. Якщо взяти до уваги цей важливий момент, можна досягти еквівалентнос-

ті у відносинах між страховиком та страхувальником і забезпечити страховикові можливість побудувати міцну фінансову основу своєї діяльності. На шляху до вирішення цього завдання важливе місце має вимірювання норм смертності. З цією метою складають таблицю смертності, яка ґрунтується на показниках статистичного обліку населення або матеріалах самої страхової компанії. Таблиця смертності містить розрахункові показники, які характеризують смертність населення в окремих вікових групах і доживаність під час переходу до іншої вікової групи. Така таблиця показує, скільки років у середньому може прожити одна людина з-поміж тих, хто народився, або тих, хто досяг даного віку. Страховикові, який здійснює страхування життя, важливо знати фактори, які впливають на смертність населення. До таких факторів можна віднести вік, професію, місце проживання, стать. Страховикові при розробленні умов страхування необхідно врахувати, що найбільше людей помирає в дитячому віці. У проміжку до 25 років смертність зменшується, а далі поступово зростає. Залежно від професії громадянин може підлягати більшому або меншому ризику втратити здоров'я і життя. Так, ризик каліцтва або навіть смерті в акробата вищий, ніж у службовця. Страховикові необхідно врахувати і стать потенційних страхувальників. Як свідчить статистика, з ряду причин чоловіча смертність вища, ніж жіноча. Місце проживання людини також має неабиякий вплив на тривалість її життя. Різні умови проживання складаються в сільській і міській місцевостях, у відносно чистих і забруднених з погляду екології зонах. Отже, розробляючи умови страхування і визначаючи розмір плати за страхову послугу, страховик має взяти до уваги розглянуті щойно фактори.

## **62. Особливості договорів змішаного страхування життя**

Одним із найпопулярніших видів особистого страхування є змішане страхування життя. Воно дає змогу поєднувати в одному договорі і на одну особу страхування капіталу на випадок дожиття до закінчення строку страхування і страхування капіталу на випадок смерті від будь-якої причини. Отже, змішане страхування життя поєднує в собі два ризики, які суперечать один одному: з одного боку, дожиття до певної дати або події, а з іншого – смерть. Проте фактично може мати місце лише один ризик: людина або доживе до кінця

дії договору, або ні. Страхувальник, який укладає договір змішаного страхування життя, не тільки забезпечує й створює накопичення. Він має впевненість у тому, що в будь-якому разі не втратить своїх внесків.

Умовами договору страхування може передбачатися відповідальність страховика і при втраті застрахованим здоров'я від наслідків нещасного випадку. Включення до відповідальності страховика відповідальності за наслідки нещасних випадків сприяє збільшенню тарифних ставок.

Як правило, у змішаному страхуванні життя страхувальник, який сплачує внески, і застрахований є однією й тією самою особою.

При укладенні договору страхування важливе значення має і стан здоров'я страхувальника, оскільки договори страхування, як правило, не укладаються з непрацюючими інвалідами I групи. Можуть бути передбачені й інші обмеження (стосовно інвалідів II групи, хворих онкологічними, тяжкими хронічними захворюваннями або на СНІД).

Для укладання договору страхування особа, яка має намір застрахуватися, подає в страхову компанію заяву встановленої форми. Страхувальникові надається право визначити особу (осіб), яка має право одержати страхову суму, якщо застрахований помер. Крім того, призначена страхувальником особа може бути ним замінена іншою до часу настання страхового випадку.

Страхова сума встановлюється при укладенні договору страхування страхувальником, але страхова компанія може обмежити її встановленням мінімальної страхової суми. Страхувальникові може бути надано право під час дії договору страхування за згодою страховика зменшити або збільшити розмір страхової суми. При цьому в договір страхування вносяться відповідні зміни.

Страховий внесок, який має бути сплачений страхувальником страховій компанії, залежить від розміру страхової суми і тарифної ставки, яка, в свою чергу, залежить від строку страхування і його варіанта (якщо страхова компанія пропонує страхувальникові можливість вибору), віку страхувальника, і має бути сплачений за один раз, щорічно, щоквартально або щомісячно готівкою або безготівково.

Дія договору страхування починається з того дня, коли страхувальник сплатив перший (одноразовий) внесок готівкою працівникові страхової компанії або з дня надходження внеску на рахунок

страховика в установі банку. У разі, якщо до строку, встановленого в договорі страхування, страховий внесок (повністю або у визначеній частці) не буде сплачений (не буде сплачений повністю), договір страхування вважається недійсним і страхові внески, які надійшли, повертаються страхувальникові.

Факт укладення договору страхування засвідчується страховим полісом (свідоцтвом). У страховому полісі вказуються строк дії договору страхування, його початок і закінчення, страхова сума, розмір страхового внеску, а також особа (особи), яка в разі смерті застрахованого має право одержати страхову суму (вигодонабувач).

За умовами договору страхування страхувальникові надається право достроково припинити договір страхування. У цьому разі страхувальник одержує викупну суму, яка залежить від розміру сплачених страхових внесків і строку дії договору страхування з урахуванням інвестиційного доходу. Водночас страхувальникові надається можливість поновити договір страхування, якщо викупна сума не була йому виплачена і договір страхування ще не закінчився.

При дожитті застрахованого до закінчення дії договору страхування страхова компанія виплачує йому обумовлену в договорі страхову суму. Виплати, які були пов'язані із наслідками нещасних випадків під час дії договору, не впливають на її розмір.

Якщо протягом дії договору застрахований помер, це також тягне за собою обов'язок страховика виплатити обумовлену в договорі суму. Але страхова компанія не несе відповідальності з виплати страхової суми, якщо смерть застрахованої особи сталася протягом перших 6 місяців дії договору від злоякісних пухлин або серцево-судинного захворювання. Страхова компанія не несе відповідальності і в тому випадку, коли смерть застрахованої особи є наслідком скоєння умисного злочину або пов'язана із керуванням ним транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, самогубства тощо. Виплачувана в цьому випадку сума залежить від фактично сплаченого внесками періоду страхування на день смерті застрахованого.

Якщо договором страхування встановлено відповідальність страховика при ушкодженні організму страхувальником внаслідок нещасного випадку, то виплата при цьому становить частину страхової суми, яка залежить від ступеня втрати здоров'я. Відсоток втрати здоров'я визначається за спеціальною таблицею, яка розробляється страховою компанією. Для підтвердження факту нещасного випадку і визначення його наслідків страхувальник має подати до страхової компанії довідку

лікувальної установи. Повна страхова сума виплачується за 100 %-вої втрати загальної працездатності від нещасного випадку.

При дожитті до закінчення строку страхування або при втраті здоров'я одержувачем страхової суми є застрахована особа або за її дорученням, оформленим у нотаріальному порядку, інша особа.

У випадках, якщо застрахований помер до одержання страхової суми за дожиттям, або у зв'язку із втратою здоров'я, страхова сума виплачується призначеній ним особі чи спадкоємцям, якщо вони не причетні до його смерті.

Умовами договору змішаного страхування життя може бути передбачене і право страхувальника на одержання позики в розмірі, що не перевищує викупної суми, яка обчислюється на підставі резерву, сформованого для виконання страховиком зобов'язань з виплати у зв'язку із страховим випадком дожиття застрахованого до закінчення строку страхування, на момент видачі позики. В цьому разі визначається період, з якого така позика може бути видана, наприклад, після одного року від початку дії договору страхування.

Для одержання страхової суми страхувальник має подати до страхової компанії заяву, страховий поліс та квитанцію про сплату останнього внеску, якщо він був сплачений готівкою. Крім того, відповідно до конкретного страхового випадку необхідно подати й інші документи.

У разі настання смерті страхувальника вигодонабувач або спадкоємець має подати до страхової компанії копію свідоцтва про смерть страхувальника, посвідчення своєї особи або свідоцтво про спадщину. Виплата страхової суми здійснюється на підставі заяви страхувальника (вигодонабувача, спадкоємця) і страхового акта у строки, визначені згідно з укладеним договором страхування, готівкою, поштовим переказом, чеком на одержання суми в банку, перерахуванням у вклад на ім'я одержувача.

### **63. Страхування пенсій**

Страхування життя поділяється на страхування капіталів і страхування рент. Відмінність між ними полягає в тому, що при страхуванні капіталів метою є створення нових капіталів, а при страхуванні рент ідеться про використання вже існуючих капіталів зверненням їх у річні ренти.

При страхуванні рент (ануїтетів) страхова компанія пов'язує, як правило, виконання своїх обов'язків із дожиттям страхувальника (застрахованого) до певного віку або строку, визначеного в договорі страхування.

Страховання ренти передбачає, що страхувальник вносить до страхової компанії за один раз або розстроченими платежами певну суму, яку вона використовує для цілей інвестування. Після визначеного в договорі страхування часу (віку) страхувальник одержує певні виплати сам (якщо живий) або їх одержує особа, на користь якої був укладений договір страхування (чи спадкоємці).

Договір страхування ренти може бути укладений як фізичною, так і юридичною особою. Фізичні особи можуть укласти договори страхування щодо себе або іншої особи. Основна вимога до фізичних осіб – це їхня дієздатність. Стан здоров'я не оговорюється, і медичне засвідчення при укладенні договору страхування не проводиться.

До найпоширеніших видів страхування рент належить страхування додаткової пенсії, яке призначене для захисту матеріальних інтересів громадян, зокрема, для стабілізації рівня їхнього життя.

Пенсійне забезпечення в більшості країн світу здійснюється за рахунок державних пенсійних систем (у межах соціального страхування), пенсійними фондами і страховими компаніями та іншими фінансовими організаціями.

У багатьох країнах пенсійне забезпечення громадян здійснюється приватними пенсійними фондами (наприклад, пенсійні фонди підприємств). Зацікавленість підприємств у розвитку приватного страхування пояснюється тим, що продумана пенсійна програма може сприяти зменшенню плинності найбільш кваліфікованих кадрів. Крім того, підприємство, яке робить внески на страхування пенсії своїх працівників, має пільги щодо сплати податків.

Приватні пенсійні фонди найбільш розвинені саме в тих країнах, де недостатній розвиток одержали державні пенсійні системи. Виплати з приватних пенсійних фондів можуть значно перевищувати розміри державних пенсій.

Пенсійні фонди мають значні кошти, які вони інвестують в акції, облігації, нерухомість.

Пенсійні фонди можна розподілити на фонди із встановленими розмірами внесків і фонди із встановленими розмірами виплат. Фонди із встановленими розмірами внесків можуть бути накопичувальними, з виплатою прибутку й ощадні. Накопичувальні фонди створюються за участю роботодавців, які сплачують внески, встановлені у відсотках до заробітної плати працівників. Другий тип передбачає, що частина прибутку, на яку має право працівник, передається йому, а інша частина – до Пенсійного фонду. Ощадні фонди створюються за рахунок коштів

працівників, які самі здійснюють відрахування до Пенсійного фонду, і роботодавців. Фонди із встановленими розмірами виплат можуть бути із встановленими твердими розмірами виплат протягом того часу, коли здійснюються внески до Пенсійного фонду (рік, квартал, місяць); ставити розміри виплат залежно від кількості років і середнього заробітку за весь період роботи; ставити розміри виплат в залежність від числа років і середнього заробітку за кілька років.

Роботодавець, який має намір розробити пенсійну схему, може піти кількома шляхами. По-перше, він може виходити з того, що це буде самостійно керована схема із залученням консультантів-професіоналів. По-друге, повністю або частково передати пенсійну схему страховій компанії, що, до речі, має певні переваги, оскільки саме страхова компанія може забезпечити фундаментальний захист, має більше адміністративного досвіду і більше можливостей для інвестування.

Пенсійне забезпечення може бути здійснене і шляхом купівлі індивідуальних страхових полісів у страхових компаній. На Заході, наприклад, послугами приватних страхових компаній користується значна частина населення, незважаючи на те, що страхування пенсій є одним із найдорожчих видів довгострокового особистого страхування.

Страхові компанії, які пропонують пенсійне страхування, як свідчить зарубіжний досвід, мають дуже великі страхові резерви.

Існуюча в Україні система пенсійного забезпечення громадян потребує докорінних змін, оскільки не відповідає сучасним вимогам. З огляду на це високий рівень пенсійного забезпечення в економічно розвинутих країнах може стати основою для глибокого дослідження і використання набутого досвіду при удосконаленні пенсійної системи в Україні.

## **64. Сутність страхування від нещасних випадків**

Система страхування від нещасних випадків у своєму розвитку пройшла ряд етапів, протягом яких змінювалася її нормативно-правова, методична, організаційна та економічна база. Свій початок страхування від нещасних випадків бере з XIX ст., хоч згадки про таке страхування були ще в XVII–XVIII ст. Інтенсивний розвиток страхування від нещасних випадків у Росії та Україні можна віднести до початку XX ст.

Об'єктом страхового захисту в разі страхування від нещасних випадків є майнові інтереси застрахованої особи, які пов'язані з



тимчасовим чи постійним зниженням доходу або додатковими втратами через смерть застрахованого внаслідок нещасного випадку.

Страховання від нещасних випадків – це ризиковане страхування, яке, на відміну від накопичувального довгострокового страхування життя, передбачає виплату страхової суми лише в разі настання страхового випадку (у повному розмірі або певної її частини). Виплата страхової суми або повернення сплачених внесків по закінченні терміну дії договору страхування не передбачається.

Досвід страхування від нещасних випадків свідчить, що воно може здійснюватись у різних формах, але при цьому зберігається єдиний соціально-економічний зміст.

Розглядаючи страхування від нещасних випадків, слід мати на увазі, що Закон України «Про страхування» чітко визначає види та поняття добровільного і обов'язкового страхування.

За видами страхування від нещасних випадків поділяється так:

- індивідуальне – у цьому разі страхувальником є фізична особа, яка укладає договір стосовно самої себе або іншої фізичної особи, а сплата страхових платежів здійснюється за рахунок застрахованих;
- колективне – коли страхувальником є юридична особа (підприємство або організація), яка укладає договір страхування на користь своїх працівників, і сплата страхових платежів здійснюється за рахунок організацій, з якими застраховані перебувають у трудових або інших передбачених законом відносинах.

Удосконалення індивідуального та колективного страхування відбувається насамперед внаслідок розширення обсягів страхової відповідальності, контингенту страхувальників і застрахованих, підвищення рівня страхового забезпечення, платоспроможності страховиків, спрощення порядку та механізму виплат. Відповідно до Закону України «Про страхування» страхування від нещасних випадків може мати обов'язкову або добровільну форму.

Обов'язкові види страхування запроваджуються законами України. З метою захисту інтересів не лише окремих страхувальників, а й усього суспільства в цілому та його складових зокрема здійснюється обов'язкове страхування в порядку та за умовами, що їх затверджує Кабінет Міністрів України.

Добровільне страхування здійснюється на підставі договору між страхувальником і страховиком. Умови та порядок проведення страхування визначаються правилами, які встановлюються страховиком самостійно, але з урахуванням чинного законодавства.

## **65. Характеристика окремих видів обов'язкового особистого страхування**

Станом на сьогодні в Україні здійснюються наступні види обов'язкового страхування:

- 1) державне обов'язкове особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків;
- 2) державне обов'язкове особисте страхування працівників митних органів;
- 3) державне обов'язкове особисте страхування працівників прокуратури;
- 4) державне обов'язкове страхування службових осіб державних органів у справах захисту прав споживачів;
- 5) державне особисте страхування військовослужбовців і військовозобов'язаних, призваних на збори;
- 6) державне особисте страхування осіб рядового, начальницького та вільнонайманого складу органів і підрозділів внутрішніх справ;
- 7) державне особисте страхування службових осіб державних податкових інспекцій;
- 8) державне особисте страхування службових осіб державної контрольно-ревізійної служби в Україні;
- 9) державне страхування донорів крові та/або її компонентів;
- 10) державне страхування життя і здоров'я народних депутатів;
- 11) державне страхування посадових осіб інспекцій державного архітектурно-будівельного контролю;
- 12) державне страхування працівників державної лісової охорони;
- 13) державне страхування спортсменів вищих категорій;
- 14) медичне страхування;
- 15) страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень у радгоспах та інших державних сільськогосподарських підприємствах;
- 16) особисте страхування від нещасних випадків на транспорті;
- 17) особисте страхування працівників відомчої та сільської пожежної охорони і членів добровільних пожежних дружин (команд);
- 18) страхування авіаційних суден;
- 19) страхування відповідальності експлуатанта повітряного судна за збитки, які можуть бути завдані ним при виконанні авіаційних робіт;

- 20) страхування відповідальності повітряного перевізника і виконавця повітряних робіт щодо відшкодування збитків, заподіяних пасажиром, багажу, пошти, вантажу;
- 21) страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини;
- 22) страхування життя і здоров'я суддів;
- 23) страхування працівників замовника авіаційних робіт, осіб, пов'язаних із забезпеченням технологічного процесу при виконанні авіаційних робіт, та пасажирів, які перевозяться за його заявкою без придбання квитків;
- 24) страхування ризикових професій народного господарства від нещасних випадків;
- 25) страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів;
- 26) страхування членів екіпажу та авіаційного персоналу.

## **66. Особливості індивідуального та колективного страхування від нещасних випадків**

Основною метою добровільного страхування від нещасних випадків є відшкодування збитків, нанесених життю і здоров'ю застрахованого внаслідок нещасного випадку, що не може бути відшкодовано за обов'язковими видами особистого страхування від нещасних випадків.

В Україні добровільне страхування від нещасних випадків на підставі своїх індивідуальних умов та правил страхування здійснює більшість страхових компаній, занесених до Державного реєстру страховиків. Розглянемо основи проведення добровільного страхування від нещасних випадків з урахуванням досвіду Національної акціонерної страхової компанії (НАСК) «Оранта», яка здійснює цей вид страхування близько 80 років і пройшла всі етапи його становлення і розвитку. До речі, її досвід запозичили й багато молодих страховиків.

При цьому слід зазначити, що лише за часи незалежності в Україні умови страхування від нещасних випадків змінювалися кілька разів. Це було віддзеркаленням як змін законодавчої бази, так і реального стану економіки та інфляційних процесів, що відбувалися в державі.

Зниження рівня інфляції, стабілізація економіки, запровадження нової грошової одиниці – гривні та прийняття низки законодав-

чих актів зумовило нові зміни в проведенні добровільного страхування від нещасних випадків.

Тепер добровільне страхування громадян від нещасних випадків здійснюється на підставі умов та правил, що враховують особливості як індивідуального страхування громадян, так і колективного страхування працівників від нещасних випадків за рахунок коштів підприємств. Особливі умови можуть застосовуватися в разі страхування дітей шкільного віку та учнів спеціалізованих навчальних закладів на випадок травми внаслідок нещасного випадку, а також військовослужбовців. Вони відбивають особливості ризику цих категорій застрахованих.

Страховальниками можуть бути як юридичні особи, так і дієздатні громадяни, котрі уклали зі страховиками договори страхування. Страховальники можуть укладати зі страховиками договори про страхування від нещасних випадків третіх осіб (застрахованих осіб), які можуть набувати прав та обов'язків страховальника згідно з договором страхування. Одночасно страховальники мають право при укладанні договорів страхування призначати громадян або юридичних осіб для отримання страхових сум, а також замінювати їх до настання страхового випадку.

Важливі умови страхування громадян від нещасних випадків:

- обмеження терміну страхування;
- обмеження віку страховальників;
- обмеження обсягу страхової відповідальності, обумовленої наслідками нещасних випадків, які сталися із застрахованим у період дії договору;
- настання нещасного випадку в період дії договору страхування, зміст якого обумовлений діючими правилами страхування (виплати здійснюються за його наслідки, а не за фактом нещасного випадку);
- пропорційний розмір виплати страхової суми залежно від ступеня втрати здоров'я, працездатності або часу лікування;
- обумовлений перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку;
- обумовлений термін виплати страхової суми;
- визначення трирічного строку давності з дня прийняття страховиком рішення про страхову виплату або відмову у виплаті для звернення страховальника з приводу виплати страхової суми за втрату здоров'я внаслідок нещасного випадку.

**Групи ризику страхування.** Професія, при визначенні групи ризику, є вирішальною. Залежно від ступеня ризику за тією чи іншою професією може бути обумовлено кілька груп ризику, на які поділяються застраховані. У випадку, що розглядається, таких груп, наприклад, три.

Перша група – службовці, інженерно-технічні працівники та інші категорії громадян, що безпосередньо не зайняті у процесі виробництва, умови праці яких не пов'язані з підвищеним ризиком щодо одержання травми; артисти драматичних та музичних театрів, артисти естради, балету та танцювальних ансамблів; працівники банків (крім осіб, які зайняті інкасуванням та перевезенням грошей); працівники побутового та комунального господарства; педагогічний персонал середніх шкільних та позашкільних дитячих закладів, викладачі та студенти інститутів, технікумів, ліцеїв, коледжів; домогосподарки; медичні працівники; працівники торговельної мережі та харчування; працівники пошти та телеграфу; службовці бібліотек; персонал готелів; двірники; кіоскери; працівники преси.

Друга група – решта категорій працюючих (робітники, службовці, працівники сільського господарства та ін.), безпосередньо зайнятих у процесі виробництва; особовий склад аеродромного обслуговування; інкасатори та касири; працівники ветеринарних лікарень; газоелектрозварники; слюсарі; робітники обробної промисловості; кустарі; робітники харчової промисловості; поліграфічних підприємств; пожежна охорона; військовослужбовці, працівники органів внутрішніх справ (крім працівників карного розшуку, ДАІ, водіїв); робітники будівельної, машинобудівної, скляної промисловості; працівники сільського господарства; робітники транспорту (крім повітряного); робітники електростанцій та експедицій.

Третя група – особи, праця яких пов'язана з особливим ризиком щодо настання нещасного випадку: працівники карного розшуку, ДАІ, цивільної авіації; випробувачі автомашин і літаків; артисти цирку, які виконують трюки на канатах, трапечіях, акробати, гімнасти, автотогонщики, дресирувальники диких звірів, наїзники коней, каскадери; водії транспортних засобів; у гірничодобувній промисловості (особи, які виконують роботи в підземних умовах, бурильники нафтових і газових свердловин; ті, чий місцем роботи є гірничка і газорятувальна служба; працівники, пов'язані з виробництвом, зберіганням, випробуванням вибухових, отруйних речовин; водолази; особи, чия робота пов'язана з мисливством, рибальством

у морях і океанах, верхолазними, покрівельними роботами; монтажники бетонних, залізобетонних конструкцій; кранівники; рятувальники гірничих і воднорятувальних станцій).

Особливості укладання договору страхування громадян від нещасних випадків. Факт укладення договору страхування посвідчується страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування і видається після сплати страхувальником страхового платежу шляхом безготівкових розрахунків – через бухгалтерію підприємства чи організації, з рахунку в установі банку або готівкою – до каси страховика або страховому агентові.

Якщо страхувальник – юридична особа, то оформлюється договір страхування відповідної форми у двох примірниках. До кожного договору додається список осіб, які приймаються на страхування, із зазначенням розміру страхової суми для кожної особи. Список засвідчується підписом керівника та печаткою. Один примірник договору зберігається у страхувальника, другий – у страховика. За згодою між страхувальником і страховиком страховий поліс може видаватись кожному застрахованому.

Якщо страхувальник – фізична особа, то на підставі заяви про страхування після сплати страхового платежу страхувальникові видається страховий поліс, копія якого зберігається у страховика.

Договір страхування укладається на обумовлений термін: в основному це один рік, але термін може бути більшим або меншим.

Страховальникам, яким протягом дії договору страхування, укладеного терміном на один рік, не проводилися виплати за страховими випадками, при укладанні нового договору на такий самий термін страховий платіж може зменшуватись. Така пільга стимулює безперервний страховий захист.

Договір страхування набирає чинності з 0.00 годин дня, зазначеного як початок дії договору страхування, але не раніше надходження страхового платежу на розрахунковий рахунок страховика або не раніше наступного дня після сплати платежу готівкою страховому агентові (інспекторові), і закінчується о 24.00 годині дня, зазначеного в договорі страхування (страховому полісі) – як закінчення дії договору страхування.

Різновидом добровільного страхування громадян від нещасних випадків, що виїжджають за кордон, є страхування на умовах «Річний поліс». Договір страхування укладається на один рік на необме-

жену кількість поїздок за кордон, але за умови, що кожна з поїздок триватиме не більш як один місяць, з визначенням певного розміру страхової суми на кожному поїзду.

Існує багато інших особливостей страхування громадян від нещасних випадків, але вони мають здебільшого місцевий (регіональний) характер і не набули широкого застосування.

## **67. Медичне страхування як один із методів поліпшення соціальної захищеності громадян**

У системі заходів щодо поліпшення соціальної захищеності громадян важливе місце посідає забезпечення їм можливості одержати необхідну, своєчасну та якісну медичну допомогу.

Світовий досвід показує, що напрями вирішення цієї проблеми можуть бути різні. Загалом вони відрізняються структурою джерел фінансування охорони здоров'я й організацією надання медичних послуг.

Фінансування охорони здоров'я може бути бюджетним, соціальним і приватним.

Бюджетна система охорони здоров'я найвиразніше була представлена в республіках, які входили до СРСР. Соціальна система характерна для країн Західної Європи, а переважно приватна – для США.

За бюджетної системи фінансування охорони здоров'я страхування або відсутнє зовсім, або є незначним. Бюджетна система фінансування передбачає використання коштів податкових надходжень до бюджету, але саме це й не сприяє стабільності фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Соціальна система фінансування охорони здоров'я заснована на цільових внесках підприємств, працівників, на державних субсидіях. Причому внески підприємців є переважаючим джерелом надходжень. Незважаючи на те, що внески сплачують одержувачі доходів, існують винятки, які стосуються пенсіонерів та осіб з низьким рівнем доходів.

Для соціальної системи характерне співіснування державних систем охорони здоров'я і приватних систем.

У різних країнах питання про співіснування базових державних і приватних систем вирішується по-різному. Наприклад, у Німеччині передбачена можливість виходу певної категорії населення із

державної системи та її участь у приватному страхуванні за умови контролю держави за його якістю. У Франції державна система не забезпечує повного відшкодування вартості лікування, що спонукає населення брати участь у приватному страхуванні. У Великій Британії поряд із тим, що все населення застраховане державою, у випадках, коли державна система не влаштовує громадян, з метою поліпшення обслуговування вони мають змогу взяти участь у приватному страхуванні.

У США фінансування охорони здоров'я ґрунтується майже виключно на платній основі, але певна частина населення, чий доходи нижчі за межу бідності (пенсіонери, бідняки, інваліди), обслуговуються за державними програмами «Медікер» і «Медікейд».

Організація охорони здоров'я, яка забезпечує право кожного громадянина на одержання медичної допомоги, може бути забезпечена системою страхової медицини. За допомогою страхової медицини вирішуються питання гарантованості і доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я.

Страхова медицина охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню.

Страхова медицина ґрунтується на певних принципах, серед яких можна назвати забезпечення економічної та соціальної захищеності середніх і малозабезпечених верств населення, гарантованість прав кожного громадянина на якісну медичну допомогу, обов'язковість внесків як громадян, так і юридичних осіб.

Важливим елементом системи страхової медицини є медичне страхування. Медичне страхування передбачає страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини. Воно забезпечує більшу доступність, якісність і повноту щодо задоволення різноманітних потреб населення в наданні медичних послуг, є ефективнішим порівняно з державним фінансуванням системи охорони здоров'я.

Медичне страхування пов'язане з компенсацією витрат громадян, які зумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я.

Соціальна та економічна ефективність медичного страхування залежить від того, наскільки глибоко і всебічно пророблено концепцію розвитку страхової медицини в країні.



Об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян. Мета його проведення полягає в забезпеченні громадянам у разі виникнення страхового випадку можливості одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів.

Медичне страхування може проводитися в обов'язковій і добровільній формах. Вибір форми медичного страхування в кожній країні залежить від конкретних економічних і культурно-історичних умов, особливостей демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших факторів, які характеризують загальний стан здоров'я і рівень медичного обслуговування.

Принцип обов'язкового медичного страхування діє, наприклад, у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах.

В Ізраїлі і Швейцарії переважає добровільне страхування здоров'я, а обов'язкове існує лише щодо осіб окремих професій.

Обов'язкова форма медичного страхування використовується, як правило, у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я, а добровільна – там, де поширені приватні страхові програми.

Медичне страхування, яке проводиться в обов'язковій формі, набуває рис соціального, оскільки порядок його проведення визначається державним законодавством. Обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові платежі, сплачувані громадянами та юридичними особами, мають форму податку. Обов'язкове медичне страхування перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю. Ця форма організації страхового фонду дає змогу планувати медичну допомогу завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду стабільне.

Для обов'язкового медичного страхування характерне те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих.

За умовами обов'язкового медичного страхування роботодавці мають відраховувати від своїх доходів страхові внески. Ці кошти формують страховий фонд, яким керує держава. Частина цього фонду може створюватись і за рахунок внесків, які утримуються із заробітної плати працюючих. Частина кожної зі сторін залежить від конкретних економічних умов проведення такого страхування та

вартості медичного обслуговування. Із коштів створеного страхового фонду відшкодовується необхідний мінімальний рівень витрат на лікування застрахованих працівників у разі їхньої непрацездатності через втрату здоров'я.

В основу проведення обов'язкового медичного страхування закладаються програми обов'язкового медичного обслуговування. Ці програми визначають обсяги й умови надання медичної та лікувальної допомоги населенню. Програма охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг, гарантованих кожному громадянину, який має право ними користуватися.

Обов'язкове медичне страхування охоплює практично все населення і задовольняє основні першочергові потреби, але воно не може охопити весь обсяг ризиків. Тому незадоволений страховий інтерес реалізується організацією добровільного медичного страхування.

## **68. Особливості програм обов'язкового та добровільного страхування**

Найважливіша класифікаційна ознака у страхуванні – форма його проведення. За цією ознакою страхування поділяється на добровільне й обов'язкове.

Правила страхування визначають загальні умови і порядок здійснення конкретним страховиком того чи іншого виду добровільного страхування. Правила проведення одного й того самого виду страхування різними страховиками можуть бути істотно різними. Тому страхувальник має змогу обрати найбільш прийнятний для себе варіант страхування і, відповідно, – страховика. Страховик, у свою чергу, не залишається пасивною стороною, він також має право обирати: прийняти на страхування запропонований страхувальником ризик чи відхилити його. Якщо обидві сторони досягнуть попередньої згоди, вони укладають договір, у якому конкретизуються загальні умови страхування, викладені у правилах.

В обов'язковому страхуванні – інша справа. Тут страхові відносини виникають згідно із законом, а страхування здійснюється на підставі відповідних законодавчих актів, якими передбачено перелік об'єктів, що підлягають страхуванню; перелік страхових подій, винятки з них; максимальні страхові тарифи; страхові суми; рівень страхового забезпечення та інші суттєві моменти. Згідно із Законом України «Про страхування», форми типового договору і порядок

проведення обов'язкового страхування визначає Кабінет Міністрів України. Отже, при укладанні договору обов'язкового страхування ні у страховика, ні у страхувальника практично не лишається «свободи маневру», адже всі суттєві моменти будь-якого виду обов'язкового страхування, навіть сама форма договору, заздалегідь визначені законодавчими актами.

Принцип обов'язковості однаково поширюється і на страхувальника, і на страховика. Перший має обов'язково застрахувати передбачений законодавством об'єкт, а другий не в праві відмовити йому в цьому.

За часів державної монополії, коли потреби страхувальників задовольняв єдиний страховик – Держстрах, проведення обов'язкового страхування не супроводжувалося укладанням договорів. Нині оформлення договорів страхування є обов'язковим у будь-якому випадку.

Право на здійснення обов'язкових видів страхування може отримати будь-який страховик, якщо він має відповідну ліцензію.

У Законі України «Про страхування» наведено перелік 33 видів обов'язкового страхування, які здійснюються (або мають здійснюватися) в нашій країні, і встановлено, що нові види обов'язкового страхування можуть бути введені лише шляхом внесення змін у цей Закон.

До складу обов'язкового страхування українським законодавством віднесено:

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

- спорту, щодо відшкодування збитків, завданих пасажиром, багажу, пошті, вантажу, іншим користувачам морського транспорту та третім особам;
- 9) страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів;
  - 10) страхування засобів водного транспорту;
  - 11) страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур і цукрових буряків сільськогосподарськими підприємствами всіх форм власності;
  - 12) страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту (порядок та умови цього страхування визначаються спеціальним законом України);
  - 13) страхування працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України), які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади;
  - 14) страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного та санітарно-епідеміологічного характеру;
  - 15) страхування цивільної відповідальності інвестора, в тому числі за шкоду, заподіяну довкіллю, здоров'ю людей, за угодою про розподіл продукції, якщо інше не передбачено такою угодою;
  - 16) страхування майнових ризиків за угодою про розподіл продукції у випадках, передбачених Законом України «Про угоди про розподіл продукції»;
  - 17) страхування фінансової відповідальності, життя і здоров'я тимчасового адміністратора та ліквідатора фінансової установи;
  - 18) страхування майнових ризиків при промислового розробленні родовищ нафти і газу у випадках, передбачених Законом України «Про нафту і газ»;
  - 19) страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що

- фінансуються з Державного бюджету України) на випадок захворювання на інфекційні хвороби, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб;
- 20) страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів;
  - 21) страхування персоналу ядерних установок, джерел іонізуючого випромінювання, а також державних інспекторів з нагляду за ядерною та радіаційною безпекою безпосередньо на ядерних установках від ризику негативного впливу іонізуючого випромінювання на їхнє здоров'я за рахунок коштів ліцензіатів;
  - 22) страхування об'єктів космічної діяльності (наземна інфраструктура), перелік яких затверджує Кабінет Міністрів України за поданням Національного космічного агентства України;
  - 23) страхування цивільної відповідальності суб'єктів космічної діяльності;
  - 24) страхування об'єктів космічної діяльності (космічна інфраструктура), які є власністю України, щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі;
  - 25) страхування відповідальності щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі;
  - 26) страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків при перевезенні небезпечних вантажів;
  - 27) страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, за переліком, установленним Кабінетом Міністрів України;
  - 28) страхування відповідальності власників собак (за переліком порід, визначених Кабінетом Міністрів України) щодо шкоди, яка може бути заподіяна третім особам;
  - 29) страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї;

- 30) страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків у випадках та згідно з переліком тварин, встановленими Кабінетом Міністрів України;
- 31) страхування відповідальності суб'єктів туристської діяльності за шкоду, заподіяну життю чи здоров'ю туриста або його майну;
- 32) страхування відповідальності морського судновласника;
- 33) страхування ліній електропередач та перетворюючого обладнання передавачів електроенергії від пошкодження внаслідок впливу стихійних лих або техногенних катастроф та від протиправних дій третіх осіб.

Усі види страхування, що не ввійшли до цього переліку, вважаються добровільними.

Міжнародне право і право більшості держав світу пов'язують впровадження окремих видів обов'язкового страхування з необхідністю захисту інтересів третіх осіб у разі, якщо їм завдано шкоди. Тому обов'язкова форма страхування найбільш поширена у страхуванні відповідальності, а конкретніше – у страхуванні відповідальності власників джерел підвищеної небезпеки. А особисте і майнове страхування проводяться, як правило, у добровільній формі.

Ефективність державного регулювання у сфері страхування багато в чому залежить від створення оптимальної системи страхового захисту на базі раціонального використання можливостей і переваг як обов'язкового, так і добровільного страхування.

## **69. Напрями розвитку медичного страхування в Україні**

З початку 90-х років ХХ ст. в Україні почали виникати певні форми добровільного медичного страхування. Усі загальнострахові компанії почали займатися медичним страхуванням у різних обсягах. Останніми роками почало стихійно виникати добровільне страхування в некомерційній формі – так звані лікарняні каси. Але при відносно незначному поширенні добровільного медичного страхування комерційна форма і тут превалує. Так, за даними Міністерства охорони здоров'я України в 2000 р. медична допомога була надана майже 300 тис. добровільно застрахованим, при цьому надходження за їх лікування від комерційних компаній у декілька разів перевищують суми, зібрані лікарняними касами.

На думку багатьох експертів, із соціально-економічним станом країни, розбалансованістю, несталістю та продовженням спаду промислового виробництва пов'язано багато проблем при запровадженні медичного страхування. Процеси реструктуризації та приватизації засобів виробництва не тільки не стабілізували, а й заглиболи соціальні процеси, що відбуваються в суспільстві.

За останні 10 років рівень валового національного прибутку та показники індивідуального споживання в Україні зменшилися не менш як у 3–4 рази.

В Україні, як і в інших колишніх соціалістичних країнах, практично не було механізму надходження позабюджетних коштів в систему. Внаслідок наростаючого дефіциту фінансування гіршала якість медичної допомоги населенню. Напруження, що має місце в медичній галузі, зумовлене наявністю суттєвих протиріч між усіма складовими елементами існуючої системи. Це стосується насамперед сфери державного управління галуззю, соціального піклування про здоров'я і сферою професійної медичної діяльності.

Тому фахівці розглядають реформу системи охорони здоров'я в країні як необхідний комплекс державних, громадських та медичних заходів, що спрямовані на зміцнення та відновлення здоров'я нації. Розробка ефективної стратегії реформування регіональних систем охорони здоров'я можлива лише за умов врахування інтересів населення в охороні здоров'я.

Такий підхід збігається з принципами реформування систем охорони здоров'я в розвинутих країнах, проголошених ВООЗ для сучасного етапу.

Згідно з Люблянською хартією Європейського бюро ВООЗ (1997 року) та Програмою ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI ст.» (1999 р.), головними завданнями урядів на майбутній період є створення в галузі умов подальшої реалізації принципів справедливості, рівності, доступності та доцільності.

Характерними рисами систем охорони здоров'я повинні бути їх мобільність, динамічність і гранична функціональність. При цьому захист споживчих можливостей населення (витрати на медичні послуги) розглядається як одне з головних завдань урядів європейських держав.

Сучасна система охорони здоров'я конче потребує реформування. При державній системі охорони здоров'я джерелом

фінансування медичної допомоги є податки (державні або місцеві). Державні (муніципальні) органи фінансують медичну допомогу населенню, виступаючи при цьому в ролі своєрідного покупця медичної допомоги для своїх громадян. Ця модель використовувалася в колишньому Союзі, який був ініціатором її створення.

При виборі моделі обов'язкового медичного страхування, запровадження якого є чи не найголовнішим елементом реформи системи охорони здоров'я, може бути врахований п'ятирічний досвід впровадження Програми медичного страхування на залізницях України, реалізованої Укрзалізницею та страховою компанією «ІнтерТрансПоліс». Вказаною Програмою страхування сьогодні охоплено понад 700 тис. осіб.

Медичне страхування – один з елементів реформи вітчизняної системи охорони здоров'я. Найкращим засобом компенсації витрат людини, коли передбачаються великі витрати і які носять вірогідний характер, є можливість застрахуватись.

Страхування означає, що створюється страховий фонд для компенсації майбутніх витрат, куди відповідна кількість страхувальників вкладає свої страхові внески. Оскільки подія носить вірогідний характер, то вона відбувається (страховий випадок) далеко не з усіма, хто платить страхові внески, тому здійснюється перерозподіл ризиків між страхувальниками.

В принципі, сплачувати внески може одна юридична або фізична особа (страхувальник), а отримувати компенсацію у випадку здійснення страхового випадку – інша (застрахований). Як правило, управляє страховими фондами спеціальна юридична особа – страхова організація – страховик, який пов'язаний із застрахованими особами договірними відносинами – договорами страхування.

Специфічним видом є медичне страхування, коли страховим випадком є необхідність отримання застрахованим медичної допомоги та/або допомоги ліками. При цьому виді страхування платять внески велика кількість людей, а медичної допомоги потребують лише деякі з них. Тому тут діє принцип, коли здоровий платить за хворого. Інша справа, що сьогодні захворів ти, а завтра можу захворіти я.

Медичне страхування є невід'ємною складовою розвитку системи соціального захисту населення, зокрема виходячи з нашого досвіду, працівників та пенсіонерів українських залізниць (а в подальшому, можливо, і членів їхніх сімей). На думку профспі-



лок, це одна із найвагоміших галузевих пілг. Її основною метою є створення ефективної та максимально прийнятної у фінансовому плані системи медичного обслуговування працівників залізничної галузі, яка враховувала б державні тенденції щодо запровадження системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, не входячи у протиріччя з цілою низкою особливостей медичного забезпечення працівників Укрзалізниці. Страхова компанія укладає із залізницями та підприємствами залізничного транспорту угоди медичного страхування залізничників та пенсіонерів галузі. Річний страховий внесок при цьому становить 48–98 грн, тобто 4–8 грн з особи на місяць. Такі страхові внески навряд чи є обтяжливими. Також необхідно відзначити, що завдяки зваженій складовій Програми медичного страхування розмір страхових внесків залишається незмінним. За рахунок масовості таких внесків стало можливим акумулювати кошти, які використовуються для надання медичної допомоги тим застрахованим особам, які потребують стаціонарної медичної допомоги.

Система медичного страхування в залізничній галузі є невід'ємною частиною реалізації нової системи та моделі оплати стаціонарної медичної допомоги. Так, завдяки створенню бюджетно-корпоративно-страхової медицини на залізниці частково було змінено принцип оплати стаціонарної медичної допомоги. Вона здійснюється за рахунок трьох джерел: державного бюджету (оплати постійних видатків стаціонару – фінансування заробітної плати медикам та нарахувань на заробітну плату, будівництво, оплати комунальних послуг, частково медикаментів, перев'язувальних засобів та продуктів харчування), коштів страхової компанії (оплата змінних видатків – фінансування дефіциту коштів на придбання медикаментів, виробів медичного призначення та продуктів харчування), корпоративної допомоги Укрзалізниці (фінансування придбання медобладнання, будівництва, ремонту основних засобів). Причому фінансування з державного бюджету відбувається згідно з кошторисом видатків (тобто йдеться лише про вкладені ресурси). Фінансування за рахунок страхового відшкодування здійснюється за принципом ретроспективної оплати, а саме: оплата середньої вартості ліжка-дня згідно з профілем ліжка.

Європейський вибір України зумовлює необхідність ретельно дослідити розвиток систем обов'язкового медичного страхування в країнах Європейського Союзу. На сьогодні з повною очевидністю

постала необхідність реформувати систему охорони здоров'я України. Існуюча система викликає справедливі нарікання як з боку медичного персоналу, так і з боку населення, що обслуговується в державних лікувально-профілактичних закладах. Адже якість медичних послуг залишається низькою, в державних закладах немає можливості вільного вибору лікаря, витрати на медичне обслуговування неконтрольовано зростають, при чому незабезпечені верстви населення фактично позбавлені права на якісну медичну допомогу. Нагромаджений багаторічний світовий досвід у цій галузі свідчить про високу ефективність різних моделей і систем медичного страхування. Загострюються протиріччя між обсягами державних гарантій щодо охорони здоров'я населення та можливостями їхнього бюджетного фінансування.

## **70. Специфіка страхування майна юридичних осіб**

Економічна реформа в Україні пов'язана насамперед зі зміною механізму управління в державному секторі економіки та форм власності на основі приватизації державного майна. Формується нова структура багатокладної економіки. Оскільки за цих умов господарювання зростають витрати на забезпечення безпечності бізнесу, зростає потреба суб'єктів господарської діяльності у захисті своїх майнових інтересів від різноманітних ризиків. Важливою стає проблема мінімізації підприємницького ризику.

Як відомо, переважну частину національного багатства країни становить майно підприємств різних форм власності. Нерідко на діяльність підприємств впливають непередбачені обставини. А такі явища, як стихійні лиха, пожежі й крадіжки, негативно впливають на відтворювальний процес, оскільки матеріальні носії основних і оборотних засобів істотно пошкоджуються. Щоб забезпечити відшкодування збитків, потрібні грошові резерви. Своїх коштів вистачає, як правило, лише на покриття незначних збитків. Що ж до великих збитків, то для їх відшкодування практично жодне підприємство не має коштів. Постає потреба у страхуванні. Світовий досвід довів, що найекономічнішою формою страхового захисту є страхування майна.

Страховання майна промислових підприємств від вогню є традиційним і найпоширенішим видом страхування. Сутність страхування від вогню – відшкодування збитку від раптових і непередбачених випадків пожежі або вибуху, а також деяких інших випадкових і не-

передбачених подій (ризиків), додаткових щодо ризиків пожежі та вибуху, що призвели до спалаху застрахованого майна (страхування «від вогню та інших випадків»). Під поняттям «пожежа» слід розуміти неконтрольоване горіння, яке спричинило матеріальний збиток. Страхові компанії відшкодовують також збитки, які виникли внаслідок безпосередньої дії вогню (пожежі), а також дії побічних явищ (тиск повітря або газу, тепло, дим).

Для того щоб підприємство змогло захистити себе від фінансових збитків у разі настання непередбачених обставин, укладаються договори добровільного страхування майна державних, кооперативних, громадських, акціонерних, орендних, приватних та інших форм власності підприємств і організацій незалежно від видів діяльності.

Страхування майна сільськогосподарських підприємств (урожаю сільськогосподарських культур, багаторічних насаджень, тварин) має певні особливості.

Державні підприємства, а також акціонерні товариства й корпорації, що виникли на їх основі, можуть укласти різного виду договори страхування.

За основним договором страхуванню підлягає все майно, що належить підприємству: будівлі, споруди, передавальні пристрої, силові, робочі та інші машини, обладнання, транспортні засоби, риболовецькі судна, знаряддя лову, об'єкти незавершеного будівництва, інвентар, готова продукція, сировина, товари, матеріали та інше майно.

За додатковими договорами може бути застраховане:

- майно, одержане підприємством згідно з договором майнового найму (якщо воно не застраховане у наймодавця) або прийняте від інших підприємств та населення для перероблення, ремонту, перевезення, зберігання, на комісію тощо.
- майно на час проведення експериментальних або дослідницьких робіт, експонування на виставках.

Підприємство має право страхувати будь-яку частину свого майна за повною вартістю (вибіркове страхування).

Окремо від власного майна можуть страхуватися основні фонди, що передані в оренду іншим підприємствам та організаціям.

Не приймаються на умовах добровільного страхування:

- а) гроші готівкою;
- б) акції, облігації та інші цінні папери;

- в) рукописи, креслення й інші документи, бухгалтерські та ділові книги;
- г) дорогоцінні метали;
- г) технічні носії інформації, комп'ютерних та аналогічних систем (магнітні плівки, касети, магнітні диски і т. ін.);
- д) майно, яке знаходиться в застрахованому приміщенні, але не належить страховальникові.

Не можуть бути застрахованими також будівлі, споруди, які перебувають в аварійному стані чи розташовані в зоні, якій загрожує обвали, зсуви, повені та інші стихійні явища.

У разі страхування майна на час проведення експериментальних чи дослідницьких робіт або експонування на виставці воно вважається застрахованим із часу, коли його взято з постійного місця перебування (організація, музей, виставка), для того щоб упакувати й далі транспортувати до місця випробування або експонування. Стан застрахованості цього майна триває і в період його тимчасового складування, випробування, експонування та зворотного транспортування доти, доки це майно не буде встановлене на постійне місце перебування в пункті, зазначеному в договорі.

Договір страхування майна, одержаного підприємством за договором майнового найму або прийнятого ним від інших організацій і населення для перероблення, ремонту, перевезення, на комісію, зберігання тощо, укладається на повну вартість цього майна на підставі даних бухгалтерського обліку підприємств, яким належить це майно (з вирахуванням зносу).

За договором страхування майна підприємства мають право обрати обсяг власної участі у відшкодуванні витрат (франшизи). Сума платежів відповідно зменшується на розмір установленої договором франшизи.

**Страхова сума.** Страховання не може бути джерелом збагачення страховальника. Тому основою для визначення страхової суми є дійсна вартість застрахованого майна на дату настання страхового випадку. За кожним застрахованим об'єктом страхова сума має відповідати його дійсній вартості.

Якщо вона менша, страховальник має право на відшкодування тільки тієї частини збитку, яка належить до загальної суми збитку так, як страхова сума до страхової вартості. У цьому разі йдеться про так зване «недостраховання». Страховальник сплачуватиме меншу за розміром страхову премію.

Страхове відшкодування = Збиток \* Страхова сума / Вартість майна.

Щоб уникнути негативних наслідків такого стану страхувальника, необхідно в разі підвищення цін на майно або зміни його вартості своєчасно приводити у відповідність страхову суму.

У разі дострокового припинення дії договору за вимогою страхувальника страхова компанія повертає страхові платежі повністю за період, що залишився до закінчення дії договору з відкиданням витрат на ведення справи. Якщо вимога страхувальника зумовлена порушенням компанією умов договору страхування, то остання повертає страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

Страхова установа, яка виплатила страхове відшкодування за пошкоджене або загинув майно, набуває права висунути (в межах суми, виплаченої страхувальникові) вимоги, які підприємство має до особи, відповідальної за завдану шкоду.

Договір страхування, за яким виплачено страхове відшкодування, зберігає чинність до кінця зазначеного в ньому строку в розмірі різниці між страховою сумою, обумовленою договором, і сумою виплаченого страхового відшкодування. Якщо страхове відшкодування виплачене в розмірі повної страхової суми, то чинність договору припиняється.

Не підлягають відшкодуванню збитки:

- завдані внаслідок перебігу процесів, яких не можна уникнути в роботі або таких, що природно впливають з них (корозія, природне спрацювання та інші природні властивості окремих предметів);
- завдані через те, що страхувальник не вжив належних заходів для рятування майна, забезпечення його зберігання і запобігання подальшому пошкодженню чи знищенню;
- завдані внаслідок викрадення майна, якщо факт крадіжки не підтверджено міліцією або іншими правоохоронними органами.

## **71. Економічна ефективність страхування сільськогосподарських підприємств**

З початку 1990-х років страховий захист сільськогосподарських товаровиробників значно послабився. Різко скоротилася реальна бюджетна допомога господарствам. Комерційні банки не можуть покривати збитків, спричинюваних природними катаклізмами, да-

ється взнаки інфляція грошової одиниці. За цих умов годі було й сподіватися на високу страхову активність. Аграрна реформа має докорінно змінити ситуацію. Приватизація землі, дедалі інтенсивніше її використання, зміна стосунків із банками, перехід до сплати єдиного податку – ці та багато інших чинників спонукають до організації страхового захисту сільських товаровиробників на нових засадах. Ідеться насамперед про впровадження системи комерційного та взаємного страхування за відчутної державної підтримки.

Такий захист здатні здійснювати лише ті страховики, котрі мають достатні страхові резерви, розгалужену мережу філій та представництв, а також фахівців, добре ознайомлених з особливостями аграрного виробництва. Раніше понад 95 % усіх застрахованих сільськогосподарських об'єктів припадало на НАСК «Оранта» та компанії, що виокремилися з її складу. Інші компанії, які мають ліцензії на ці види страхування, тривалий час утримувалися від прийняття на себе значних ризиків. Ситуація може змінитися, якщо провідні страховики об'єднають свої зусилля в цьому напрямі (шляхом створення страхових пулів), а також наладять ринок перестраховування сільськогосподарських ризиків.

Найбільш ризикованим є вирощування врожаю сільськогосподарських культур та багаторічних насаджень. Під це виробництво відведено більш як половину території України. Рослинництво – це діяльність, здійснювана переважно під відкритим небом, і на результати господарювання тут істотно впливають коливання кліматичних умов та інші природні чинники, які точно прогнозувати неможливо.

Згідно з чинним законодавством, в Україні протягом останніх десяти років страхування врожаю сільськогосподарських культур у колективних і фермерських господарствах було добровільним, а в державних – обов'язковим. З реформуванням аграрного сектора економіки частка державних підприємств у виробництві продукції рослинництва і тваринництва різко скоротилася. У державній власності залишилися переважно господарства при аграрних наукових та навчальних закладах та деяких відомствах, які використовують продукцію для внутрішніх потреб. Для цих господарств спеціального положення про страхування врожаю так і не було вироблено. Тривалий час діяли умови страхування, затверджені в 1977 р. Мінфіном СРСР для радгоспів. Але оскільки державні господарства були здебільшого неплатоспроможними, страхових внесків вони не сплачували. Передбачені зазначеними умовами дотації з бюджету також не

видавалися. Тому практично страхування державних підприємств, незважаючи на його обов'язковість, як правило, не здійснювалося.

За правилами добровільного страхування за першим варіантом об'єкти страхування розбито на чотири групи:

- 1) урожай сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень плодоносного віку;
- 2) дерева й плодово-ягідні кущі, що зростають у садах, та виноградники. Не приймаються на страхування багаторічні насадження, знос або зрідження яких становить понад 70 %, а також ті що підлягають списанню з балансу;
- 3) сільськогосподарські тварини, птиця, кролі, хутрові звірі, сім'ї бджіл у вуликах;
- 4) Будівлі, споруди, сільськогосподарська техніка, об'єкти незавершеного будівництва, передавальні пристрої, силові, робочі та інші машини, транспортні засоби, сировина, матеріали, продукція. Не підлягають страхуванню тимчасові, дуже старі та не придатні для використання будівлі, а також споруди, що перебувають у зоні зсуву, обвалу, повені або іншого стихійного лиха (з моменту відповідного оголошення, зробленого органами влади, гідрометеослужбою і т. ін.). Не є об'єктом страхування ділова деревина та дрова на лісосіках і під час сплаву, документи, цінні папери, готівка.

**Страхові ризики.** Тривалий час перелік страхових подій у сільському господарстві був надто великий. Страховикові важко було визначати справжні причини та розміри конкретних ризиків. До того ж існував порядок, згідно з яким платежі з добровільного страхування могли здійснюватися тільки за рахунок прибутку, що залишався в господарстві після оподаткування. Через це платити за страхові послуги для більшості господарств було непосильним.

Останнім часом застосовується значно коротший перелік страхових ризиків, а страхові платежі дозволено відносити на витрати виробництва.

Страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень здійснюється на випадок їх пошкодження або загибелі з таких причин: вимерзання, град, злива, буря, ураган, повінь, пожежа. Крім того, до страхових подій належать вимокання, випрівання, спричинені стихійним лихом. На прохання страхувальника перелік страхових випадків можна доповнювати або скорочувати.

Уточнено склад страхових ризиків у разі вирощування врожаю в захищеному ґрунті. Тепер страхування врожаю може здійснюватися на випадок: граду, бурі, урагану, пожежі, а також пошкодження самої споруди.

Страховання багаторічних насаджень здійснюється на випадок повної загибелі внаслідок вимерзання, сильних снігопадів, повені, бурі, зливи, граду, землетрусу, пожежі.

Проте й після уточнення наведений перелік страхових ризиків значно ширший, ніж той, що застосовується в країнах із розвинутою ринковою економікою. Так, у Великій Британії, Нідерландах і багатьох інших країнах страхування врожаю сільськогосподарських культур обмежується такими ризиками: пожежа, повінь, град, обприскування хімічними речовинами (третьою стороною).

На страхування не приймаються культури, які висівають, щоб отримати зелене добриво або пасовище, а також культури, посіви яких протягом останніх трьох років жодного разу не дали врожаю.

Отже, господарства мають змогу вибирати варіанти страхування сільськогосподарських культур. Це особливо важливо з огляду на те, що останніми роками (крім 2001 р.) істотно зменшувалися показники врожайності сільськогосподарських культур. Відшкодування вартості втраченого врожаю, визначеної порівнянням урожаю з гектара в поточному році із середнім показником за останні 5 років, досить суб'єктивне. Адже показники врожайності можуть бути низькими не лише через стихійні події, а й унаслідок безгосподарності, нестачі потрібних сортів насіння, органічних та мінеральних добрив, пестицидів, машин і механізмів, а також пального для своєчасного й повного виконання агротехнічного комплексу робіт. Водночас за умов реструктуризації сільського господарства нині вже здебільшого неможливо дістати дані про врожайність окремих культур за попередні роки в межах нових господарських формувань.

Страховання тварин охоплює:

- свиней, хутрових звірів і кролів віком від чотирьох місяців, домашню птицю яйценосних порід віком від п'яти місяців, птицю в господарствах, що спеціалізуються на вирощуванні бройлерів віком від одного місяця, велику рогату худобу, овець і кіз віком від шести місяців, коней віком від одного року, а також бджолині сім'ї – на випадок загибелі, знищення, або вимушеного забою внаслідок пожежі, стихійного лиха (удар блискавки, буря, ураган, буран, град, злива, повінь, землетрус, сель), або нещасного випадку (попадан-



- ня під рухомий транспорт або під дію електричного струму) та вимушеного забою (знищення) за розпорядженнями ветеринарних служб у зв'язку із заходами боротьби з інфекційними хворобами;
- молодняк тварин, які не досягли віку, зазначеного в попередньому переліку, на випадок загибелі, падежу, вимушеного забою або знищення (за висновком спеціалістів ветеринарної служби) унаслідок стихійного лиха, пожежі й дії електричного струму.

Страхові платежі визначаються в цілому за договором і за кожним видом майна, що передається на страхування. Для цього від страхової суми віднімають франшизу, різницю перемножують на тарифну ставку і ділять на 100.

Страхові платежі мають бути сплачені в повному обсязі або в розмірі не менш як 25 % річної суми зі страхування врожаю сільськогосподарських культур і не менш як 50 % відповідної суми зі страхування тварин та іншого майна до вступу договору страхування в дію, але не пізніше, ніж через 30 днів від дня його підписання.

Зі страхування тварин, багаторічних насаджень та іншого майна остаточні розрахунки за внесками мають бути закінчені протягом трьох місяців після сплати першого платежу.

Якщо страхування здійснюється на умовах відшкодування затрат на вирощування сільськогосподарських культур у разі їхньої загибелі або пошкодження (другий варіант страхування), страхова сума визначається в межах планових або фактичних затрат на посів (висаджування) та вирощування відповідної культури. Може застосовуватися безумовна франшиза. Вона залежить від зони та умов вирощування тієї чи іншої культури, але не повинна перевищувати 20 % загальної вартості витрат на її вирощування. Як видно з наведеної далі таблиці, тарифні ставки з добровільного страхування затрат на вирощування сільськогосподарських культур значно нижчі, ніж зі страхування врожаю сільськогосподарських культур.

## **72. Методика розрахунку збитку в рослинництві**

Загалом калькулювання собівартості продукції (робіт, послуг) умовно можна розподілити на три етапи. На першому етапі обчислюється собівартість усієї випущеної продукції в цілому, на другому – фактична собівартість по кожному при управлінні виду продукції, на третьому – собівартість одиниці продукції, виконаної роботи або наданої послуги.

Розрахунок собівартості потрібен для різних цілей як у фінансовому, так і у внутрішньому бухгалтерському звіті.

Аналітичні рахунки третьої групи відображають витрати під урожай майбутніх років, тому їх у кінці року не закривають, а суми витрат показують як незавершене виробництво, що залишається за дебетом рахунку 23 «Виробництво». Отже, в рослинництві закривають рахунки першої і другої груп.

Починають закриття із розподілу загальних витрат на зрошення та осушення земель, їх вапнування та гіпсування. Потім списують витрати по догляду за полезахисними насадженнями, розподіляючи їх на культури, на які впливають такі насадження.

Перед закриттям рахунків другої групи на них списують частину витрат бджільництва, що відносяться на запилення сільськогосподарських культур. Цей розрахунок має зробити агрономічна служба разом з пасічниками.

Витрати на обробіток площ, на яких загинув урожай внаслідок стихійного лиха, списуються на надзвичайні витрати. Якщо площа повністю загиблих посівів була пересіяна, на надзвичайні витрати відносять лише вартість насіння, витрати на передпосівний обробіток ґрунту, посів та інші роботи, які виконуються знову при пересіві новою культурою (повторювані витрати). Витрати на луцення стерні, підняття зябу і снігоза-тримання, вартість добрив та витрачені на їх внесення суми тощо (неповторювані витрати) списуються в розрізі статей на пересіяну культуру.

Після закриття рахунків першої групи та уточнення суми витрат беруться до закриття рахунків другої групи. Цей процес відбувається шляхом калькуляції собівартості продукції, визначення і списання калькуляційних різниць.

Собівартість продукції визначається за видами сільськогосподарських культур.

Наступні витрати на виконання операцій з підготовки продукції для реалізації та її проведення відносять на витрати зі збуту.

При калькуляції вартість побічної продукції виключають із загальної суми витрат.

Продукцію рослинництва протягом року оприбутковують за плановою собівартістю. Тому в кінці року визначають відхилення між фактичною і плановою собівартістю і списують їх згідно з каналами руху продукції.

На суму корективу роблять запис за кредитом рахунку 23 і дебетом рахунків 27 «Продукція сільськогосподарського виробництва», 90

«Собівартість реалізації» та інших залежно від каналів руху продукції. При цьому запис робиться звичайний, якщо фактична собівартість продукції вища від планової, або методом «червоне сторно» – у зворотньому випадку.

Дані про закриття рахунка «Рослинництво» відображаються у бухгалтерській довідці на закриття рахунку «Рослинництво» та його субрахунків.

Витрати в рослинництві обліковують за такими статтями: витрати на оплату праці; відрахування на соціальні заходи; насіння і садивний матеріал; добрива; засоби захисту рослин; роботи та послуги; витрати на утримання основних засобів; інші витрати; витрати на організацію виробництва й управління.

На статті «Витрати на оплату праці» відображують основну і додаткову оплату праці штатних працівників, найманих і залучених осіб, зайнятих безпосередньо на вирощуванні культур і на роботах незавершеного виробництва. На цю саму статтю відносять витрати на заохочення за якість виконаних робіт, своєчасне і якісне збирання врожаю, економію матеріальних витрат, надбавки трактористам за класність та інші доплати, які включаються до заробітної плати працівників рослинництва. За цією статтею враховують також натуральну оплату працівникам рослинництва. Дебетують субрахунок 231, кредитують рахунок 66 (81).

На статті «Відрахування на соціальні заходи» відображують внески в установленому розмірі органам соціального страхування і до Пенсійного фонду від оплати праці працівників, зайнятих на вирощуванні сільськогосподарських культур (груп культур) і на роботах незавершеного виробництва. Дебетують субрахунок 231, кредитують рахунок 65 (82).

На статті «Насіння і садивний матеріал» відображують витрати на насіння і садивний матеріал власного виробництва і куповані. Дебетують субрахунок 231 і кредитують рахунок 20 (80). Витрати на підготовку насіння до сівби (протруювання, навантаження тощо) та транспортування його до місця сівби не включають до вартості насіння, а відносять на культури за відповідними статтями витрат.

На статті «Добрива» обліковують витрати окремо на мінеральні, бактеріальні й органічні добрива, які вносять під сільськогосподарські культури. На вартість внесених добрив дебетують Субрахунок 231 і кредитують рахунок 20 (80). Витрати на підготовку добрив, навантаження на транспортні засоби, вивезення на поля, завантажен-

ня в розкидачі, внесення в ґрунт відносять на конкретні сільськогосподарські культури і на цьому елементі не відображають.

На статтю «Засоби захисту рослин» відносять фактичну вартість пестицидів, протруювачів, гербіцидів, дефоліантів та інших хімічних засобів. На їхню вартість дебетують субрахунок 231 і кредитують рахунок 20 (80). Витрати на обробіток посівів сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень (обпилювання, обприскування тощо), виконані силами господарства, на цій статті не відображують, а відносять на культури (групи культур) або на багаторічні насадження за відповідними статтями витрат.

### **73. Особливості страхування технічних ризиків**

У сучасних умовах прискореного науково-технічного прогресу, розвитку капіталомістких галузей виробництва, зростання в міжнародному зовнішньоторговельному потоці частки машин і обладнання (включаючи постачання комплектних підприємств і виконання будівельно-монтажних та пусконалагоджувальних робіт на території країн-імпортерів) значного розвитку в усьому світі набуває страхування технічних ризиків, а також відповідальності перед третіми особами, пов'язаної з проведенням зазначених щойно робіт.

Особливо поширене страхування технічних ризиків у США, Німеччині, Великій Британії, Японії та інших країнах, які входять до Міжнародної асоціації страховиків технічних ризиків.

В Україні цей вид страхування лише починає розвиватися. Створюються та вдосконалюються належні правила страхування, розробляються та вводяться в дію відповідні законодавчі й нормативні акти з цього питання. Нині страхування технічних ризиків в Україні здійснюється як страхування майнових інтересів під час виконання будівельно-монтажних робіт і охоплює розглянуті далі галузі страхування:

- майнове страхування, яке поширюється на такі об'єкти страхування:
  - продукцію будівельно-монтажних та інших робіт, прямо пов'язаних з будівництвом, реконструкцією та капітальним ремонтом;
  - продукцію пусконалагоджувальних робіт;
  - будівельні машини, а також засоби та обладнання для виконання монтажу;

- обладнання будівельного майданчика;
- будови та споруди, які реконструюються або капітально ремонтуються;
- страхування відповідальності перед третіми особами.

У світовій практиці, коли йдеться про страхування технічних ризиків, розрізняють, як правило, види страхування, які надають покриття ризиків або виробника, або експлуатаційника:

- страхування будівельного підприємця від усіх ризиків (CAR);
- страхування всіх монтажних ризиків (EAR);
- страхування машин;
- страхування електронних пристроїв.

Якщо під час будівництва об'єкта переважають (за обсягом та вартістю) будівельні ризики, то вибирають страхування будівельного підприємця від усіх ризиків. Якщо при технічному спорудженні, в якому використовуються попередньо виготовлені або готові пристрої, наприклад верстати, переважають монтажні ризики, то укладаються договори страхування всіх монтажних ризиків. Страхування машин, а також електронних пристроїв відбувається вже в процесі експлуатації об'єкта.

## 74. Характеристика каско і карго страхування

**Страхування каско** – це страхування транспортних засобів – суден, автомобілів, залізничних вагонів, літаків, контейнерів і т. п. При настанні страхового випадку по цьому виду страхування відшкодовується лише збиток від пошкодження самого транспортного засобу, але не пасажирів і вантажів. Страхування каско – обов'язок перевізника, воно ніяк не впливає на інтереси вантажовідправника, якщо, звичайно, він сам не є перевізником у разі, коли, наприклад, покупець самостійно вивозить контрактний вантаж від продавця на умовах ExWorks.

**Страхування карго** – це фінансовий захист від збитку, який може бути причинний зовнішньоторговельному вантажу в процесі його транспортування. Об'єктами страхування карго можуть бути:

- збитки, що виникають через втрату, псування або недостачу товару, що виникла в процесі транспортування;
- транспортні та інші платежі, пов'язані з транспортуванням;
- планований прибуток та упущена вигода.

Будь-який товар має свою фактичну вартість (вона визначається як вартість за рахунок-інвойсом або якимось іншим способом), яка, як правило, відрізняється від страхової суми, тобто вартості, що оголошується при укладенні договору страхування. Страхова сума може бути менша від фактичної вартості, тоді йдеться про часткове страхування, але не може бути вищим за фактичну вартість, оскільки в цьому випадку договір страхування вважатиметься недійсним. Страхова сума є межею відповідальності страхової компанії. Страхування транспортних платежів – це страхування всіх витрат, пов'язаних з процесом переміщення зовнішньоторговельного вантажу (вартості самого транспортування, навантажувально-розвантажувальних робіт, робіт щодо підробки вантажів, по експедиції вантажів і т. п.). Коли говорять про страхування планованого прибутку, то – це означає, що вантажоодержувач унаслідок непостачання товару позбавляється тієї вигоди (упущеної вигоди), яку він міг отримати, володіючи цим товаром у плановані терміни. Зазвичай у практиці зовнішньоторговельних операцій страхування «карго» виробляється на фактичну вартість товару, збільшену на загальну вартість транспортних витрат, передбачених у контракті і на величину комісійних (наприклад на користь експедиторів).

## **75. Страхування авіаційних та морських ризиків**

Морське страхування – один із найдавніших видів страхування. Перший зі збережених донині страхових полісів було виписано в середньовічній Італії (1347) у зв'язку саме з морським перевезенням.

Сучасне страхування асоціюється з лондонським Ллойдом, який розпочав свою діяльність 1688 року також із морського страхування. А воно й за тих часів робило вже не перші кроки.

Більше ніж за три сторіччя розвитку морського страхування було відпрацьовано головні принципи, поняття й механізми, які застосовуються й донині, іноді лише з невеликими змінами.

Незважаючи на деякий занепад вітчизняної морської індустрії в середині 90-х років, останнім часом в Україні намітилися тенденції до оздоровлення галузі. Поступово зростає попит на послуги національних страховиків із боку власників річкових і морських суден, фрахтувальників, операторських компаній, морських посередників, таких як судові агенти й брокери.

Можна виокремити два основні джерела морського страхового права: у міжнародному масштабі – англійський Закон про морське

страхування (Marine Insurance Act) 1906 року (далі – Закон), у національному – Кодекс торговельного мореплавання України 1995 року (далі – Кодекс).

У Кодексі найважливішим є розділ I «Договір морського страхування» частини VIII «Морське страхування». Крім того, в розділі IX «Надзвичайні морські події» розглядаються питання загальної та часткової аварії, порятунку, зіткнень суден і забруднення довкілля, які безпосередньо пов'язані з морською страховою тематикою, а в розділі I «Межі відповідальності судновласника» частини X є положення, що стосуються страхування відповідальності.

Інтернаціональна наступність у морському страхуванні простежується вже на рівні визначень. У статті 1 англійського Закону 1906 року говориться, що «договір морського страхування – це договір, згідно з яким страховик бере на себе зобов'язання відшкодувати страхувальникові в порядку й розмірі, що обумовлені договором, його морські збитки, тобто випадкові збитки, яких він зазнав під час морського плавання».

У статті 239 Кодексу сказано, що «за договором морського страхування страховик зобов'язується за обумовлену плату (страхову премію) в разі настання передбачених у договорі небезпек чи випадків щодо об'єкта страхування (страховий випадок) відшкодувати страхувальникові чи іншій особі, на користь якої укладено договір, понесений збиток».

**Об'єкти.** В обох випадках визначення недостатньо конкретні. Тому статті 2 і 4 Закону і 242 Кодексу містять перелік об'єктів морського страхування.

Основна відмінність Закону й Кодексу така: у Законі говориться, що договір може поширюватися на внутрішні водні шляхи та на перевезення суходелом, якщо останні є частиною морського перевезення, а Кодекс охоплює тільки «будь-які пов'язані з мореплаванням майнові інтереси», тобто має вужчу сферу дії.

Ми дотримуватимемося розширеного тлумачення сфери морського страхування, спираючись на практику Ллойду, де всі види страхування ще недавно чітко поділялися на морські і неморські.

Термін «морське страхування» неможливо знайти в класифікаціях, пропонованих східноєвропейськими авторами. Пояснюється це тим, що йдеться про комплексне поняття, яке охоплює види страхування, що традиційно належать як до страхування майна, так і до страхування відповідальності. Більше того, тут – у страхуванні відповідальність судновласників – є також елементи особистого страхування.

Основні види морського страхування:

- страхування каско суден на термін (Hull and Machinery);
- страхування каско суден на період будівництва (будівельні ризики – Builders' Risks);
- страхування військових і страйкових ризиків (War and Strikes);
- страхування ризику втрати фрахту (Loss of Hire);
- страхування особливих майнових інтересів (Increased Value);
- страхування додаткової відповідальності (Excess Liabilities);
- страхування контейнерів;
- страхування відповідальності судновласників (Shipowners' Liability або P&I);
- страхування відповідальності фрахтувальників (Charerrers' Liability);
- страхування відповідальності суднових агентів (Ship's Agents Professional Indemnity);
- страхування відповідальності суднових брокерів (Ship Broker's Liability).

Деякі утруднення спричинюють види, які умовно можна назвати видами страхування, що їх розвиває ТТ клуб (Through Transport Club) – один із перших страховиків тих підприємств, які перебувають «між морем і землею» – портів, портової влади, операторів терміналів і складів, експедиторів тощо. Ці види традиційно перебувають на стику, – тяжіючи все-таки до морського страхування.

Страховання каско суден (СКС) – вид морського страхування, що забезпечує захист судновласників та інших осіб, пов'язаних з експлуатацією суден (далі – судновласників), від ризиків заподіяння збитку через загибель належних їм суден.

**Види збитків.** Незалежно від розбіжностей у національних умовах страхування каско, про які йтиметься далі, усі страхові ринки надають покриття від небезпек, які можна розподілити на три групи:

- безпосередньо пов'язані з фізичною загибеллю, пошкодженням чи ламанням корпусу, машин або устаткування судна;
- пов'язані з виникненням відповідальності перед третіми особами;
- витрати судновласника.

**Фізична загибель, пошкодження, ламання** У цій групі розрізняють:

- повну загибель – фактичну (руйнування, затоплення, зникнення судна безвісти) чи конструктивну (судно не зруйноване в цілому, але його відновлення чи рятування економічно недоцільне, як, скажімо, тоді, коли воно лежить на кораловому рифі й



вартість операцій з його зняття перевищить відповідну страхову суму);

- пошкодження корпусу чи гвинтово-кермової групи;
- поломки машин і устаткування судна.

Страхова компанія відшкодовує відповідні збитки страховальника, що б там не було: вартість загиблого судна чи витрати з ремонту його корпусу, машин і устаткування. Витрати з ремонту становлять перелік, який хоча й жодними умовами страхування не передбачено подавати докладно, добре відомий із практики претензійної роботи. Сюди належать, наприклад, вартість металу чи запасних частин, витрати з переходу судна до місця ремонту, заходу в порт, установа й виходу з доку, використані під час переходу до місця ремонту та в процесі випробувань пальне й мастильні матеріали, заробітна плата екіпажу за період переходу до місця ремонту, витрати на доставляння запасних частин, у тому числі літаком, і багато інших позицій.

**Авіаційне страхування** – це загальна назва комплексу майнового, особистого страхування та страхування відповідальності, яка впливає з експлуатації повітряного транспорту і захищає майнові інтереси юридичних та фізичних осіб у разі настання певних подій, визначених договором страхування або законодавством.

Розрізняють обов'язкове та добровільне авіаційне страхування. Обов'язковість низки авіаційних видів страхування обумовлена міжнародними конвенціями з цивільної авіації, до яких приєдналася Україна, та внутрішніми законодавчими актами. Воно поширюється на всіх авіаексплікатантів України на території нашої країни та за її межами.

Добровільні види авіаційного страхування – це широкий спектр в основному страхування майна та страхування відповідальності різних підприємств і організацій, які беруть участь у функціонуванні цивільної авіації.

*Особливості проведення авіаційного страхування.* Порядок та умови проведення авіаційних видів страхування досить є специфічні і потребують докладного висвітлення. Це, зокрема, зумовлено такими чинниками:

- авіаційне страхування має справу з особливими чинниками, які відрізняються від інших видів майнових ризиків;
- значний розмір страхових сум передбачає узгодження дій страховиків і перестраховиків;
- авіаційні ризики можуть тягти за собою катастрофічні та кумулятивні збитки;

- авіаційне страхування тісно пов'язане з міжнародним страховим ринком;
- авіаційне страхування регулюється як національним, так і міжнародним правом;
- для проведення операцій з авіаційного страхування потрібна розвинена спеціалізована інфраструктура;
- авіаційні ризики висувають високі вимоги до професійної підготовки фахівців, які здійснюють їхнє страхування.

Отже, авіаційне страхування досить складне за своєю суттю, а його реалізація потребує від страховика особливого підходу.

Щоб страхова компанія могла здійснювати авіаційне страхування, вона має задовольняти певні неодмінні умови.

Страхування цивільної відповідальності авіаперевізника перед пасажирами, власниками багажу, вантажу, пошти та третіми особами (Legal Aviation Third party, passenger's, baggage, cargo and mail liability). Повітряний транспорт, як і інший транспорт, може бути небезпечним для учасників перевезення для навколишніх людей і їхнього майна. Адже після великих авіакатастроф буває, що авіакомпанія банкрутує і стає неспроможною виплатити відшкодування потерпілим сторонам. Тому держави світу, котрі, обстоюючи інтереси своїх громадян, приєдналися до відповідних міжнародних конвенцій, вимагають від кожної авіакомпанії-авіаперевізника обов'язково застрахувати свою відповідальність, причому на ліміт, не менший за встановлений у країні, на території якої виконуються польоти.

Факт цього виду страхування обов'язково підтверджується сертифікатом міжнародне визнаної форми, текст якого має бути англійською мовою з обов'язковим зазначенням міжнародного страхування брокера, через котрого здійснювалось розміщення ризику. Крім того, сертифікат має містити назву та всі реквізити страхувальника, назву авіакомпанії-страхувальника та всіх співстрахувальників, ліміт відповідальності, строк дії страхового захисту та реєстраційний номер повітряного судна.

Слід звернути увагу, що, згідно з Чиказькою конвенцією, всі аварійно-рятувальні роботи та розслідування авіаційної події здійснюються виключно державними авіаційними властями тієї країни, на території котрої сталася ця подія.

Як правило, при страхуванні цього виду також застосовуються уніфіковані умови страхування та стандартні винятки. Деякі основні винятки:

- страхова компанія не несе відповідальності за втрату або шкоду, заподіяну будь-якій частині повітряного судна, що сталася внаслідок фізичного зносу, механічної поломки або дефекту. Цей виняток не поширюється на втрату або шкоду, що сталася в результаті такого фізичного зносу, механічної поломки або дефекту;
- страхова компанія не несе відповідальності, якщо повітряне судно використовується для незаконних дій або перебуває поза географічними межами, зазначеними в договорі страхування, за винятком випадків форс-мажорних обставин (вимушена посадка);
- страхування не поширюється на зобов'язання, які є винятком із закону про радіоактивне забруднення внаслідок авіаперевезень.

Страхування повітряних суден є саме тим видом авіаційного страхування, за яким зафіксовано найбільше страхових випадків і здійснюється найбільше страхових виплат, оскільки поламів та пошкоджень літаків буває чимало.

Дуже важливо при укладанні договору з цього виду страхування зазначати не лише авіаексплуатанта, а й вигодонабувача, тобто власника повітряного судна. При цьому страховикові бажано також поцікавитись у страхувальника, чи не перебуває повітряне судно під заставою, бо в такому разі права вигодонабувача переходять до компанії (особи), в якій цей літак заставлено. Така ситуація досить часто виникає у практиці авіаційного страхування як в Україні, так і за кордоном. Як правило, страхувальниками є авіакомпанії-авіаексплуатанти. Останні не є власниками повітряних суден, які вони експлуатують, і при страхуванні каско насамперед повинні бути враховані майнові інтереси власника або всіх співвласників. У практиці авіакомпанії часто використовують двигуни, які вони беруть у лізинг. Вартість кожного з цих двигунів може бути різна.

## **76. Економічне призначення страхування будівель, які належать фізичним особам**

Будівлі за ступенем важливості належать до пріоритетного майна. Знищення або пошкодження будь-якої будівлі завдає її власникові величезних збитків. Тому кожний власник будівлі чи будівель повинен заздалегідь подбати про те, щоб у разі виникнення таких збитків мати змогу покрити їх. У пригоді тут можуть стати грошові заощадження та страхування. При цьому страхування має переваги, які полягають у тому, що зобов'язання за договором страхування

починають виконуватися з моменту його укладення. А для нагромування значних заощаджень потрібний тривалий час. Тому страхування будівель відіграє велику роль у захисті економічних інтересів громадян, які можуть зазнати матеріальних збитків унаслідок непередбачуваних подій.

У сучасних умовах фізичні особи, власники будівель або повнолітні члени їхніх родин, а також фізичні особи, які тимчасово користуються або розпоряджаються будівлями на законних підставах, можуть бути страхувальниками й укладати договори добровільного страхування.

До переліку об'єктів, що підлягають страховому захисту, належать різні споруди: житлові, садові й дачні будинки, господарські (сараї, погребі, гаражі) та зовнішні (тротуари, тераси, огорожі, ворота) будівлі, зведені на постійному місці, у тому числі й ті, під заставу яких страхувальник одержав кредит в установі банку. Одночасно з будівлями приймається на страхування додаткове обладнання до них (газопровід, водяні, газові лічильники, ґрати на вікнах тощо). Договором можна передбачити страхування цивільної відповідальності страхувальника та членів його родини за шкоду, яка може бути заподіяна при користуванні (розпоряджанні) будівлями. При цьому страхувальник має право вільно вибирати об'єкт страхування, а саме, він може застрахувати:

- усі будівлі, які розташовані на його земельній ділянці;
- окремі будівлі (лише житловий будинок або гараж);
- окремі конструктивні елементи (тільки вікна, двері або дах);
- будівлі, зведення яких не закінчено.

Винятком з переліку об'єктів страхування є будівлі, що підлягають знесенню, дуже старі, аварійні, а також ті, що містяться в зоні, якій загрожують обвали, зсуви, повені або інші стихійні лиха, якщо про це оголошено в установленому порядку. У рамках страхування будівель не підлягає страхуванню рухоме майно, що там перебуває (предмети домашньої обстановки, побуту та особистого споживання, будівельні матеріали).

Відповідальність страховика зі страхування будівель полягає у відшкодуванні збитків, що виникли внаслідок стихійного лиха (бурі, урагану, блискавки, зливи, граду, обвалу, зсуву, селю, виходу підґрунтових вод, осідання ґрунту, повені, землетрусу); пожежі, вибуху, аварії опалювальної системи, водопровідної або каналізаційної мережі, проникнення води із сусіднього приміщення, викиду газу; неправомірних дій третіх осіб.

Страховання будівель не передбачає відшкодування збитків, що виникли через гниття, знос, ураження домовим грибокком; ремонтні роботи, конструктивні недоліки будівель, які були відомі страхувальникові до настання страхового випадку; навмисні дії страхувальника; ведення воєнних дій, виникнення громадських заворушень, конфіскацію майна, екологічні катастрофи.

Договір страхування укладається на підставі усної або письмової заяви страхувальника терміном на 1 рік або на кілька місяців.

Укладати договір страхування розпочинають з таких дій:

- уточнюють факт належності будівель особі, з якою укладається договір;
- з'ясовують, чи оголошено в даній місцевості про загрозу обвалу, повені або іншого стихійного лиха. Якщо про таку загрозу оголошено, договір не укладається (крім поновлення на ще один строк);
- обов'язково оглядають будівлі в присутності страхувальника;
- з'ясовують, чи забезпечені будівлі (особливо садові, дачні будинки) належним доглядом (постійне проживання, систематичне відвідування, нагляд родичами, сусідами і т. ін.);
- дають страхову оцінку будівель, щоб правильно визначити страхову суму.

При укладанні договору страхування будівель насамперед важливо визначити їхню вартість, тобто дати відповідну страхову оцінку. На підставі страхової оцінки визначають розмір страхової суми, страхового платежу, а в разі знищення або пошкодження будівель – розмір збитку та страхового відшкодування. Крім того, правильність визначення страхової оцінки впливає на загальні фінансові результати страховика.

Щоб визначити вартість будівель, страховики користуються послугами експертів або відповідними оцінними документами бюро технічної інвентаризації, органів комунального господарства, що їх має кожний власник будівель. Оцінні документи складають на підставі інвентаризаційних документів (поверхових планів, опису будівель і т. ін.). Для оцінювання будівель використовують оцінні норми, під якими розуміють вартість у грошових одиницях певної одиниці вимірювання (метра квадратного, метра кубічного, метра погонного) нової будівлі. В оцінних документах зазначається первісна та дійсна вартість будівель. Первісна вартість – це вартість нової будівлі, обчислена згідно з існуючими в даному регіоні оцінними

нормами. Дійсна вартість обчислюється відніманням від первісної вартості суми зносу.

У страховій практиці застосовують кілька варіантів визначення страхової оцінки будівель.

Варіант I – страховою оцінкою може бути дійсна вартість будівель на день укладення або поновлення договору.

Варіант II – передбачає визначення страхової оцінки із застосуванням відповідних ринкових цін, що склалися на будівлі в даному регіоні (тобто первісної вартості). У такому разі реалізується принцип повноти страхового захисту. Коли б не існувало страхування на базі ринкової вартості, страхувальникові довелося б самостійно нести витрати, які перевищують дійсну вартість при відбудові будівель.

В Україні страхова сума визначається окремо для кожної будівлі, що приймається на страхування, за домовленістю страхувальника зі страховиком, але не може перевищувати дійсної вартості будівлі (страхова оцінка). Якщо договір укладено на страхову суму, що менша за страхову оцінку, страховик несе пропорційну відповідальність, тобто страхове відшкодування виплачується в такому відсотку від суми збитку, який відсоток страхова сума становить від дійсної вартості будівлі.

## **77. Особливості страхування домашнього майна населення**

Для населення давно стали звичними такі складні та цінні побутові предмети, як телевізори, холодильники та інші предмети довгострокового користування. Тому природним є намагання власників домашнього майна захистити себе від будь-яких випадковостей. Вирішити ці проблеми можна за допомогою добровільного страхування домашнього майна.

Страхувальниками домашнього майна можуть бути фізичні особи – власники домашнього майна.

Страхованням охоплюється різне майно, що належить на праві приватної власності страхувальникові і членам його родини, які разом з ним проживають і ведуть спільне господарство. Зокрема, це таке майно: меблі, радіо-, відео- і телеапаратура, електроприлади, килимові вироби, одяг, білизна, взуття, вироби з дорогоцінних металів, предмети домашнього господарства та вжитку, господарський

та спортивний інвентар; книги, предмети образотворчого мистецтва тощо. На страхування приймаються не лише предмети домашньої обстановки, побуту та особистого споживання, а й будівельні матеріали, корми, паливо, сільськогосподарські культури, елементи оздоблення та обладнання житлових і господарських приміщень у будинках державного, громадського фонду, житлово-будівельних кооперативів, приватизованих квартир, а також цивільна відповідальність страхувальника за шкоду, яку він може завдати третій особі.

На страхування може прийматися все домашнє майно, яке є в господарстві, окремі групи предметів (наприклад, меблі, одяг, радіо-, теле-, відеоапаратура) або окремі предмети (скажімо, лише персональний комп'ютер або телевізор). Особливо цінне майно (вироби з дорогоцінних металів, коштовне, напівкоштовне каміння, картини, колекції, унікальні та антикварні речі тощо) може прийматися на страхування за спеціальним договором.

Численність об'єктів страхування зумовлює наявність великої кількості подій, у разі яких виплачується відшкодування. Страховик відповідає за збитки, що виникли внаслідок зазначених далі причин:

- стихійне лихо: повінь, буря, ураган, злива, град, обвал, зсув, вихід підґрунтових вод, осідання ґрунту, паводок, незвичні для даної місцевості тривалі дощі та великі снігопади, сель, блискавка, землетрус;
- пожежа, вибух, аварія опалювальної системи, водопровідної або каналізаційної мережі, проникнення води із сусіднього приміщення, викид газу, раптове зруйнування основних конструкцій житлових або підсобних приміщень;
- викрадення або неправомірні дії третіх осіб.

Залежно від конкретних потреб у страховому захисті страхувальник може застрахувати домашнє майно одразу від усіх або кількох зазначених ризиків. При цьому ризики можуть також бути згруповані за варіантами, наприклад: 1-й варіант – передбачає відповідальність страховика за відшкодування збитку, що стався внаслідок будь-якого випадку, тобто від стихійного лиха, нещасного випадку, викрадення; 2-й варіант – лише в разі стихійного лиха або нещасного випадку; 3-й варіант – тільки в разі викрадення і т. ін.

Серед такої кількості об'єктів страхування та страхових випадків передбачаються певні обмеження щодо прийняття домаш-

нього майна на страхування та обсягу страхової відповідальності. Так, страхування не поширюється на різні документи, цінні папери, грошові знаки, рукописи, фотознімки, кімнатні рослини, запасні частини, деталі, приладдя до транспортних засобів та інше майно, страхування якого проводиться за іншими правилами. Крім того, не вважаються застрахованими предмети, які використовуються з комерційною чи професійною метою чи не належать страховальникові або членам його сім'ї на правах особистої власності (наприклад, речі, що взяті напрокат, у тимчасове користування або на зберігання від інших осіб). Крім того, не приймається на страхування домашнє майно, що перебуває в аварійних або дуже старих будівлях чи в зоні, якій загрожують повені, зсуви, обвали та інші стихійні лиха, з моменту оголошення в установленому порядку про таку загрозу. У такій зоні домашнє майно приймається на страхування лише в разі, коли страховальник поновлює договір страхування на новий термін до закінчення терміну дії попереднього договору.

До обсягу страхової відповідальності не включаються збитки, які виникли внаслідок ведення воєнних дій, введення воєнного стану, зносу, технічного браку, технічних поломок, перевищення строку експлуатації домашнього майна, навмисних дій страховальника або члена його родини.

Дія договору страхування у просторі обмежена місцем страхування. Отже, охоплене страховим захистом домашнє майно підлягає страхуванню лише за зазначеною в договорі страхування адресою, тобто за місцем проживання страховальника або розташування садового (дачного) будинка (ідеться про всі житлові та підсобні приміщення або відкриті ділянки садиби). Якщо майно переміщується за іншою адресою, то дія договору страхування припиняється. Проте в певних випадках, обумовлених договором, можливе вільне переміщення майна з місця страхування. Наприклад, майно може бути застрахованим на вулиці, на роботі страховальника або під час його транспортування (залізничним, автомобільним та іншими видами транспорту) у зв'язку зі зміною страховальником постійного місця проживання в межах території України, крім випадків, коли законодавством або договором перевезення встановлена відповідальність транспортної установи за цілісність майна, що перевозиться.



## 78. Страхування тварин, які належать громадянам

Страхування тварин – вид майнового страхування, який забезпечує страховий захист власникам на випадок загибелі, падежу або вимушеного забою тварин. Цей вид страхування не набув належного розвитку на вітчизняному страховому ринку. Але бажання власників тварин заручитися захистом на випадок можливих втрат відкриває широкі можливості для страхових компаній у розвитку такого виду страхування.

Договори добровільного страхування тварин укладаються з фізичними особами, які є власниками тварин.

Ризики, пов'язані зі страхуванням тварин, можна розподілити на чотири групи.

1. Страхування на випадок загибелі або падежу тварин від хвороб чи стихійного лиха (повінь, обвал, блискавка, буря, ураган, град, землетрус), дії електричного струму, замерзання, задушення, отруєння травами, укусу змій або отруйних комах, утоплення, попадання під засіб транспорту, попадання в ущелину та інші травматичні пошкодження.
2. Страхування на випадок вимушеного забою тварини, якщо вона травмована через нещасний випадок і це унеможливило подальше її використання. Або якщо вимушений забій (за розпорядженням спеціаліста ветеринарної служби) пов'язаний із вжиттям заходів, спрямованих на боротьбу з епізоотією або невиліковною хворобою, що також виключає подальшу можливість використання тварини.
3. Страхування на випадок лікування тварини від хвороби чи травми, одержаної внаслідок нещасного випадку. У даному разі йдеться про непрямі збитки у вигляді додаткових витрат на утримання тварини.
4. Страхування на випадок викрадення або навмисних неправомірних дій третіх осіб.

У страховій практиці існують різні варіанти обсягу відповідальності, але вони різняться між собою кількістю ризиків, щодо яких укладається договір.

Договір страхування укладається на підставі усної або письмової заяви страхувальника, як правило, строком на 1 рік, з обов'язковим оглядом тварин, за умови страхування всіх наявних у господарстві тварин даного виду, якщо в господарстві є тварини різних видів.

Страховий захист тварин обмежується територією (житлові та допоміжні приміщення, присадибна ділянка страхувальника), обумовленою як місце страхування, тобто за адресою, зазначеною у страховому свідоцтві.

Якщо тварини не перебувають за місцем страхування, страховий захист припиняється.

Страхова сума встановлюється на кожну тварину окремо, причому її максимальний розмір не може перевищувати ринкової вартості тварини (страхова оцінка). Для всіх тварин одного виду та вікової групи страхова сума має бути однаковою.

Страховання тварин є досить небезпечним ризиком, адже кожний вид тварин потребує різного обсягу страхової відповідальності. Ці та інші фактори зумовлюють використання різних тарифних ставок, розмір яких може становити 1–10% від страхової суми. Водночас страхування великої рогатої худоби здійснюється за граничними розмірами страхових тарифів – від 2 до 5 % від страхової суми; страхування коней – відповідно 3–7 %.

Страховий платіж страхувальник може сплатити готівкою представникові страховика одночасно з укладанням договору або безготівково через бухгалтерію підприємства, де він працює, на рахунок страховика в установі банку. Якщо страховий платіж становить значну суму, страхувальникові надається право внести страховий платіж у два або три строки.

Для постійних страхувальників страхові компанії пропонують різні пільги: знижки сум страхових платежів, додатковий місячний термін для поновлення договору.

При настанні страхового випадку на страхувальника покладаються певні обов'язки (їх невиконання може стати підставою для відмови у виплаті страхового відшкодування), а саме:

- взяти заходів щодо зменшення збитків, завданих унаслідок настання страхового випадку;
- у добовий термін заявити про загибель тварини спеціалісту ветеринарної служби;
- у разі викрадення тварини, знищення або травмування внаслідок навмисних неправомірних дій третьою особою зробити в добовий термін заяву до органів міліції;
- письмово в добовий термін заявити про будь-який страховий випадок страховикові.

Страховик після отримання заяви страхувальника про страховий випадок обов'язково складає страховий акт у визначений умовами страхування термін (1–3 дні) у присутності страхувальника або повнолітнього члена його сім'ї та двох свідків. В акті зазначаються вид та вік загиблої тварини, її масть та прикмети, коли загинула (захворіла) тварина, коли і кому про це заявлено, причини та обставини, що призвели до її загибелі (вимушеного забою, викрадення, захворювання), а також визначається сума збитку й страхового відшкодування.

Для установлення факту та причини загибелі тварини страховик користується: висновком спеціалістів ветеринарної служби, довідкою органів гідрометеорологічної служби, пожежного нагляду, міліції, суду тощо.

Незважаючи на те, що страхування тварин має давню історію, цей вид страхування ще й досі лишається незвичним для українського страхового ринку. Проте в різних європейських країнах страхування тварин є досить популярним видом страхування. Особливого розвитку цей вид страхування набув у Великій Британії. Ввезення дорогих порід худоби та екзотичних тварин і прагнення запобігти певним захворюванням тварин зумовили появу попиту на страховий захист тварин.

Страхуванням охоплена велика рогата худоба, коні, вівці, свині, коти, собаки. Страховики відповідають за збитки, що виникли внаслідок хвороби, викрадення та нещасних випадків. За додаткову страхову премію до обсягу відповідальності страховика можуть бути включені ризики перевезення морським або повітряним транспортом та деякі хірургічні операції. Страхова сума встановлюється в межах ринкової вартості тварин.

Деякі страхові компанії пропонують комбіновані поліси з єдиною страховою премією, сутність яких полягає в тому, що на страхування приймаються кілька видів тварин. Страховий захист може надаватися у вигляді цілого пакета різних видів страхового покриття.

## **79. Особливості страхування ризику непогашеного кредиту**

У стосунках між кредитором (позикодавцем) та його боржником (позичальником) предмет їхнього спільного інтересу – кредит – створює різні економіко-правові ситуації: для боржника –

зобов'язання повернути позику, а для кредитора – право вимагати її повернення за попередньо узгодженими умовами. Невиконання з різних причин цих домовленостей загрожує кредиторіві фінансовими збитками, яких він намагається уникнути з допомогою різних доступних заходів правового та матеріального характеру. При цьому правове забезпечення передбачає, що належні кредиторіві суми можуть бути повернені йому третіми особами.

Правове забезпечення може набирати багатьох форм. Найпоширеніші з них такі: порука третьої особи згідно з цивільним правом, гарантія, передання (цесія) кредиторської заборгованості боржника, застава рухомого та нерухомого майна. Матеріальне забезпечення кредиту на відміну від правового полягає у безпосередньому переданні кредиторіві замість отриманого кредиту еквівалента його вартості у грошах чи інших майнових цінностях. Матеріальне забезпечення може також набирати різних форм: застави валютних засобів, коштовностей та інших цінностей, блокади коштів на рахунках, депозитів, передання рухомого майна на час до повернення кредиту.

Попри високу надійність зазначених форм забезпечення кредитів їх застосування часто буває незручним, важкодоступним і невідповідним для учасників кредитних відносин. За цих умов найбільш доступною та надійною формою фінансового забезпечення інтересів кредиторів стає страхування.

Страхування кредитів ґрунтується на визнанні ризику неплатежу чи неплатоспроможності позичальників, який формується у процесі кредитування.

Історичний прообраз страхування кредитів убачається в комісійній операції, за умовами здійснення якої укладалася додаткова угода, названа делькредере. Комісіонер за відповідну додаткову винагороду, яка вважалася платою за взяття ризику комісійної операції, гарантував комітентові, що вексель на проданий у кредит товар буде викуплено у визначений термін. Отже, угода делькредере набувала характеру вексельної поруки, згідно з якою в разі неповернення боргу третьою стороною комісіонер зобов'язаний був виплатити відшкодування комітентові у повному обсязі заборгованості. Це означає, що широковідома комісійна операція являла собою початкову форму страхування кредитів з усіма необхідними атрибутами страхової операції: ризиком неповернення кредиту, визначеним обсягом відповідальності, страховою премією у формі додаткової винагороди та реальним відшкодуванням збитків.

Відмінністю комісійної операції від класичної страхової є те, що окремий комісіонер не був у змозі вирівняти ризики неповернення кредитів серед доволі великої сукупності кредиторів, а тому не міг забезпечити стабільності своїй діяльності протягом тривалого періоду. Таке завдання стає під силу лише професійним страховим закладам, які на умовах «делькредере» можуть гарантувати кредиторам страхове відшкодування заподіяних їм збитків.

Таке страхування може здійснюватися у двох варіантах. У першому кредитор (страхувальник) страхує загалом усю заборгованість до повернення всіма його боржниками. У другому варіанті кредитор страхує заборгованість кожного позичальника зокрема. Щоправда, істотним недоліком другого варіанта є можливість селекції ризиків, тобто передання на страхування лише «поганих» ризиків, а тому страховики звертаються до нього дуже неохоче.

У разі делькредерної форми організації страхових відносин кредитори (банки, інвестори та інші) відіграють роль страхувальників і застрахованих одночасно, а тому страхові відносини обмежуються лише стосунками між двома сторонами – страховиком і страхувальником.

Делькредерне страхування складається з двох груп страхових відносин: страхування товарних кредитів і страхування фінансових (грошових) кредитів. У першій групі страховий захист забезпечується як внутрішньому, так і зовнішньому (експортно-імпортному) товарообігу, який здійснюється на кредитній основі. Другу групу делькредерного страхування становлять операції зі страхування фінансових кредитів, тобто переважно тієї частини споживчих кредитів та кредитів під інвестиційні потреби, яка видана у грошовій формі.

Майновий інтерес кредитора може бути захищений посередньо – шляхом страхового захисту платоспроможності його боржника. За цієї форми страхових відносин страхувальником є позичальник. Він, без посередньо страхуючи свою платоспроможність, посередньо захищає інтереси свого вірителя – кредитора. Водночас страховик, страхуючи платоспроможність позичальника, дає тим самим гарантію кредиторів повернути йому борг. Отже, із правового боку ця страхова операція є, по суті, наданням страховиком страхового гарантійного зобов'язання, яке для кредитора слугує заставою на випадок неповернення йому боргу. З огляду на це у страховій теорії та практиці страхові відносини такого характеру іменуються заставними, або гарантійними.

Економічний зміст страхової гарантії зводиться до того, що страховик замість отриманої невисокої страхової премії бере на себе – замість боржника – роль гаранта оплати його повної заборгованості у визначених термінах на користь застрахованого (бенефіціанта) цієї гарантії.

Як показує міжнародна господарська практика, в умовах заставного (гарантійного) страхування предметами страхового захисту (страхових гарантій) можуть бути різні вартості, передані на кредитних засадах одними суб'єктами іншим. Такими вартостями, зокрема, крім банківських позик, можуть бути суми належного до сплати мита або ж інших прикордонних податків та зборів, суми належних компенсацій за невчасне виконання будівельно-монтажних робіт, невиконання поставок товарів та інших контрактів, суми отриманих авансів, які підлягають поверненню. Це так звані класичні зобов'язання, під які надаються страхові гарантії.

У групі заставного (гарантійного) страхування практикується також особливий напрям страхового захисту – страхування фінансових гарантій. Техніка надання страхових гарантій стає дедалі різноманітнішою. Саме тому кредити, видані під різні фінансові гарантії, об'єднуються у дві групи:

- а) кредити, повернення яких гарантується залученням давно відомих фінансових інструментів. Ідеться про іпотечні та банківські кредити, які видаються під заставу іпотеки або іншого майна, що належить позичальникам. Іпотека та інше майно стають предметами страхування, а позичальник відповідно – страхувальником і застрахованим в одній особі;
- б) кредити, повернення яких гарантується борговими зобов'язаннями фінансового характеру: облігаціями, акціями, комерційними паперами, сертифікатами фінансових активів підприємств. З огляду на різноманітність видів гарантій їх поділяють на гарантії, що стосуються відносин між приватними суб'єктами, та гарантії, що стосуються відносин, у яких одна зі сторін є суб'єктом загальнонародного, державного значення. Емітенти боргових зобов'язань самі й ініціюють таке страхування, щоб підняти довіру до себе.

Процедура надання страхових гарантій передбачає виконання тих самих дій, що й при укладанні типових договорів страхування:

- 1) визначення предмета страхової гарантії та його основних характеристик;

- 2) оцінювання ризику на підставі поданої та додатково отриманої інформації;
- 3) визначення умов угоди про надання страхової гарантії;
- 4) розрахунок страхового тарифу та визначення порядку сплати страхової премії.

Отже, беручи до уваги різноманітність характеру операцій, пов'язаних із безпосереднім страхуванням кредитів та наданням страхових гарантій сторонам кредитних взаємовідносин, кредитне страхування можна визначити як господарський механізм, мета якого – задовольнити випадкові оцінювані майнові потреби, які виникають з ризику неповернення кредиту, перерозподіливши втрати міме суб'єктами кредитно-страхових відносин.

## **80. Зміст страхування відповідальності позичальника за непогашення кредиту**

З найдавніших часів кредитні операції проводились в умовах ризику неповернення кредиту. Ця обставина викликала необхідність пошуку різних способів протидії як першопричинам ризиків, так і їх наслідкам. Саме тому розвиток кредитних відносин в умовах ринку (конкуренції, нестійкої кон'юнктури і політичної ситуації) спричинився до формування різних систем запобіжних заходів, аж до сучасних видів страхування кредитних ризиків.

У взаємовідносинах між кредитором і боржником предметом їхнього спільного інтересу є кредит, який породжує протилежні правничо-економічні ситуації: для кредитора  $\frac{3}{4}$  права вимагати отримання боргу, а для боржника  $\frac{3}{4}$  зобов'язання повернути позику згідно з кредитною угодою. Невиконання цих домовленостей загрожує кредитору фінансовими збитками, які й можуть виступати об'єктом страхування з метою захисту майнових інтересів кредитора. Таким чином, ризик кредитної операції матеріально проявляється в неповерненні, несплаті боргу, та юридично  $\frac{3}{4}$  в невиконанні зобов'язань. Це означає, що суть страхування кредитів дещо відрізняється від інших видів страхування. Враховуючи домінуюче значення правового аспекту, який чітко проявляється у страхуванні кредитів, його було визнано за особливу форму страхового захисту  $\frac{3}{4}$  страхування від збитків на випадок невиконання вимог, тобто відповідальності.

Найважливішим моментом у страхуванні є розмір відповідальності, встановлення страхового випадку та визначення страхового

відшкодування. Ці умови є обов'язковими атрибутами страхового договору.

Простішим з точки зору процедури є страхування відповідальності позичальника за непогашення кредиту, оскільки страховий поліс розглядається як вид гарантійного листа страхової компанії банку за фінансовими зобов'язаннями до його клієнтів-позичальників. Цей варіант страхування можна розглядати як форму забезпечення повернення кредиту і сплати відсотків лише у випадку, коли страхова фірма згідна і спроможна здійснити виплату страхової винагороди. Для цього банку необхідно через позичальника одержати від страхової компанії і розглянути такі документи:

- свідоцтво про державну реєстрацію;
- статут і установчі документи;
- ліцензію на проведення страхової діяльності з переліком видів страхування, у тому числі і страхування відповідальності;
- правила (умови) страхування, затверджені в передбаченому статуті порядку;
- договір добровільного страхування відповідальності за типовою формою;
- страховий поліс (свідоцтво сертифікат) за типовою формою.

Про платоспроможність страхової компанії в цілому можна судити за наявністю перевищення фактичного розміру її вільних активів над пасивами. Однак рекомендується конкретно проаналізувати фінансові можливості страхової компанії, опираючись на оцінку факторів, які забезпечують фінансову стійкість страховика:

- власні капітали і резерви, вільні від зобов'язань;
- методологію розрахунку страхових тарифів;
- збалансованість страхового портфелю;
- величину страхових резервів, на предмет їх адекватності обсягам прийнятих зобов'язань;
- розміщення страхових резервів (із жотриманням принципів їх диверсифікації, повернення, ліквідності та прибутковості);
- можливості перестраховання.

За результатами аналізу всіх поданих матеріалів, із урахуванням внесених банком поправок, укладається договір страхування, який подається до банку разом зі страховим полісом.

У випадку підготовки рішення про страхування відповідальності за непогашення кредиту і відсотків по ньому у банк повинен уважно



розглянути проект укладеного договору добровільного страхування на предмет виконання таких вимог:

- строк дії договору страхування (угоди) повинен перевищувати кінцевий строк погашення кредиту і відсотків по ньому на період, протягом якого страховик за умовами страхування зобов'язаний виплатити страхове відшкодування охоплюючи строк подачі і розгляду заяви;
- договір страхування повинен набути чинності не пізніше від дати видачі кредиту;
- страхування відповідальності позичальника за непогашення кредиту і відсотків за користування ним;
- строк подання страховій компанії заяви про настання страхового випадку повинен бути мінімальним: крім заяви страхувальника про настання страхового випадку може бути подана і відповідна заява банку-кредитора;
- дата настання страхового випадку відповідальності страхової компанії за виплату відшкодування повинна відповідати даті погашення кредиту і виплаті відсотків. Період, протягом якого проводиться відшкодування, повинен бути мінімальним.
- договір страхування набуває чинності лише після сплати страхувальником суми страхового платежу (премії) в повному обсязі.

Страхування здійснюється за рахунок страхувальника шляхом списання страхової премії з його рахунка в банку.

## **81. Мета створення системи депозитного страхування**

Для успішної кредитної діяльності комерційним банкам потрібні значні кредитні ресурси. З метою їх поповнення банки широко залучають кошти юридичних та фізичних осіб у вигляді добровільно зроблених ними вкладів. Кошти в готівковій або безготівковій формі, у валюті України або в іноземній валюті, які розміщені клієнтами на їхніх іменних рахунках у банку на договірних засадах на визначений строк зберігання, підлягають виплаті вкладнику відповідно до законодавства України та умов договору, називаються депозитами. Кошти, отримані у формі депозитів, комерційні банки активно використовують у своїй кредитній діяльності. Ця діяльність, як відомо, пов'язана з ризиком неповернення коштів, наданих банкам у кредит. Тому за умови, що банк не подолає ризику неповернення йому кре-

диту, цей ризик передається клієнтам банку – власникам депозитів. Перед ними постає загроза втратити кошти, довірені банкові, через його загальну неплатоспроможність.

Депонування грошових коштів у комерційних банках часто розглядається їх вкладниками (депонентами) як форма прибуткової інвестиційної діяльності. Тоді співучасть депонентів у ризику неплатоспроможності банків, яка настала внаслідок неповернення йому кредитів, певною мірою може вважатися доречною. Проте найбільш масова категорія депонентів, передусім фізичні особи, роблять вклади лише з огляду на потребу заощадження та надійного зберігання власних коштів. Крім того, і багато юридичних осіб іноді змушені зберігати власні кошти на депозитних рахунках у банках згідно з вимогами чинного законодавства. Отже, у цих випадках немає підстав для непогодженого перекладення ризику неплатоспроможності банку на його клієнтів. Масове неповернення банкам депонованих коштів підносить звичайну негативну фінансово-банківську ситуацію до рангу вагомій соціально-економічній і навіть політичній проблеми. Саме тому постає гостра потреба створити на страховій основі ефективну систему захисту інтересів вкладників від наслідків ризику неплатоспроможності їхніх банків.

Система страхового захисту депозитів, уперше застосована банками США, була заснована згідно з вимогами Банківського закону від 1933 року, який зобов'язав створити державну організацію – Федеральну корпорацію страхування депозитів. Протягом багатьох десятиліть ця корпорація страхує всі види банківських депозитів за рахунок спеціального фонду страхування депозитів, створеного щорічними внесками комерційних банків. Страховий захист поширюється лише на 100 тис. доларів суми депозиту вкладника. У разі банкрутства банку Федеральна корпорація покриває його зобов'язання перед вкладниками у визначеній квоті. Незважаючи на недоліки цієї системи, які виявилися протягом часу її функціонування, вона стала моделлю, яку наслідують у багатьох країнах світу.

Необхідність широко впроваджувати систему страхування банківських депозитів зумовлюється таким чинниками:

- загальним спадом довіри до банків;
- потребою надання допомоги тим банкам, які потрапили у скрутну фінансову ситуацію;
- потребою стабілізації фінансових ресурсів банків – усунення причин до передчасної ліквідації депозитів вкладниками, занепокоєними станом їхньої надійності;

- обов'язком захисту споживача-клієнта, який не завжди володіє достатньою інформацією про фінансову кондицію банку, якому довіряє свої заощадження.

Беручи до уваги актуальність розглянутих щойно питань для всіх банківських систем, 30 травня 1994 року Європейський Союз ухвалив спеціальну Директиву 94/19/ЄС щодо впровадження програм страхування депозитів країнами – членами Європейського Союзу, а також країнами, які мають намір приєднатися в майбутньому до Європейського Союзу. Ця Директива побудована на включеному до Маастрихтського трактату принципі субсидіарності, згідно з яким рекомендації Союзу визначають лише необхідний мінімум вимог загального характеру, не заперечуючи права окремих країн застосовувати корисніші для них вирішення проблем страхування депозитів. А директивою встановлено такі вимоги до членів Союзу:

- а) система депозитного страхування повинна мати національний характер, тобто гарантувати безпеку депозитів не лише в межах своєї країни, а й на території інших країн, якщо там діють філії вітчизняних банків;
- б) обов'язкова участь банків у системах страхування депозитів;
- в) мінімальна квота повної страхової відповідальності має становити 20 тис. євро (для Іспанії та Португалії – 15 тис. євро). Тепер ці квоти (страхові суми) є досить різновеликими навіть у тих країнах, які мають однаковий рівень економічного розвитку.

Отже, поза зазначеними рекомендаціями національні системи депозитного страхування можуть набувати різних рис. Проте, як показує міжнародний досвід, в основу побудови цих систем потрібно покласти такі принципи:

- інституційний характер організації депозитного страхування, тобто вона має ґрунтуватися на створенні самостійного міжбанківського страхового фонду за ретроспективним методом. Фонд має бути керований як товариство взаємного страхування зобов'язань банків перед вкладниками;
- фонд страхування депозитів має формуватися суворо на страховій основі, що передбачає вирівнювання ризиків окремих банків;
- участь у депозитному страхуванні всіх банків та інших фінансових закладів, які приймають депозити, обов'язкова;
- імперативність регуляційних норм діяльності систем депозитного страхування;

- змішаний характер організації систем депозитного страхування, який передбачає організаційну та фінансову співучасть як недержавних, так і державних структур;
- обмеженість страхової відповідальності банків установленою квотою відшкодування депозитів;
- власна участь застрахованих у покритті ризиків неповернення депозитів. Може бути застосована регресивна шкала розрахунку страхового відшкодування;
- диференціація страхових тарифів у межах банків-страхувальників згідно зі ступенем їхньої загальної ризикогенності, яку постійно і докладно вивчає фонд депозитного страхування;
- окремі підходи до страхування вкладів фізичних та юридичних осіб;
- страхове відшкодування надається на одного вкладника, а не на один вклад.

Страховий захист депозитів в Україні здійснюється за рахунок Фонду гарантування вкладів фізичних осіб у порядку, передбаченому законодавством.

## **82. Необхідність страхування відповідальності**

Згідно з вітчизняним законодавством, види страхування, де об'єктами страхування є майнові інтереси, пов'язані з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди юридичній або фізичній особі, її майну, належать до страхування відповідальності.

Страхування відповідальності спрямоване як на захист майнових прав осіб, постраждалих у результаті дії або бездіяльності страхувальника, так і на захист фінансового стану самого страхувальника. За наявності страхового полісу відшкодування збитків постраждалим гарантується страховою компанією і не залежить від платоспроможності страхувальника. Страхувальник на суму страхового відшкодування звільняється від витрат, пов'язаних із компенсацією спричиненої ним шкоди. Суми компенсацій можуть бути дуже значними (збитки часто бувають катастрофічними), та й процес урегулювання позовів за такими збитками досить тривалий.

Страхування відповідальності з огляду на його економічну доцільність і соціальну вагомість з'явилося й на українському ринку. Страхування відповідальності перевізників, власників транспортних засобів, туристських організацій, імпортерів фармацевтичної

продукції, нотаріусів та аудиторів уже широко здійснюється українськими страховиками як в обов'язковій, так і в добровільній формі.

**Правова основа страхування відповідальності.** Рівень розвитку страхування відповідальності прямо залежить від досконалості національних правових інститутів та законодавства, оскільки в основу цього напрямку страхування покладено норми національного та міжнародного права. Для страхування становить інтерес цивільна відповідальність, яка має майновий характер і пов'язана з компенсацією завданої шкоди.

Цивільна (цивільно-правова) відповідальність страхувальника виникає як юридичний наслідок невиконання або неналежного виконання ним передбачених цивільним правом обов'язків, через що було порушено суб'єктивні цивільні права третьої особи. До страхувальника в інтересах потерпілого застосовуються встановлені законом або договором санкції майнового характеру. Ідеться про відшкодування збитків, які реально завдані третій особі, та не одержану користь.

Для накладання відповідальності на страхувальника потрібна наявність його вини; проте можливі випадки, коли відповідальність настає незалежно від вини та навіть без вини; іноді навіть дія непереборної сили не звільняє страхувальника, який заподіяв шкоду, від відповідальності. Це залежить від специфіки діяльності страхувальника та правових норм, які її регламентують.

Цивільне право засновується на презумпції вини, тому страхувальник вважається винним доти, доки він не доведе своєї невинності, а потерпіла третя особа зобов'язана довести факт здійснення проти неї правопорушення, наявність у неї збитків та наявність причинного зв'язку між протиправною поведінкою страхувальника та збитками. Страховикові потрібно враховувати, що сам факт заподіяння шкоди вважається протиправним, доки страхувальник не доведе, що мав право на дії, які спричинили шкоду. Протиправна заподіяна шкода підлягає відшкодуванню в усіх випадках. Шкода, спричинена правомірними діями, підлягає відшкодуванню лише у випадках, передбачених законом.

Прикладом відповідальності за шкоду, спричинену правомірними діями, є передбачені Кодексом торговельного мореплавання зобов'язання щодо розподілу збитків, що зветься загальною аварією. Згідно з правилами про загальну аварію, збитки, що виникли під час морського перевезення в результаті цілеспрямованих пошкоджень, здійснених з метою рятування судна, фрахту та вантажу, що перевоз-

зиться на судні, від спільної для них небезпеки, розподіляються між судном, фрахтом та вантажем пропорційно до їх вартості.

Не вимагається наявності вини страхувальника, який заподіяв шкоду, якщо він є власником джерела підвищеної небезпеки (безумовна, або сувора, відповідальність).

У деяких випадках відповідальність не настає, якщо був злий умисел або необережність потерпілого. Так, власник джерела підвищеної небезпеки звільняється від відповідальності, коли доведе, що шкода виникла внаслідок умислу потерпілого. Здебільшого відповідальність знімається, якщо йдеться про дію непереборної сили. Виняток становить Повітряний кодекс України, який передбачає відповідальність за особисту шкоду, спричинену пасажирові під час старту, польоту або посадки літака навіть у разі дії непереборної сили.

Ці умови виникнення відповідальності страхувальника визначають положення договору страхування відповідальності (перелік страхових ризиків, винятки зі страхового покриття, ліміт відповідальності, страховий тариф тощо).

**Типи договорів страхування відповідальності.** Позови за договором страхування відповідальності потенційно можуть бути подані протягом кількох років, а отже, це може статися тоді, коли страхувальник страхуватиметься вже в іншого страховика. Через це постають труднощі з визначенням «відповідального» за такими претензіями страховика. Тому важливо, які саме принципи покладено в основу договору страхування. Вибір залежить від діяльності страхувальника та національного законодавства.

Страхування відповідальності здійснюється, як правило, на підставі події. Це означає, що страховик несе відповідальність за шкоду, яка є наслідком події, що настала протягом дії договору. При цьому причиною виникнення такої події може бути діяльність страхувальника до початку дії договору страхування. Якщо збитки стали очевидні після закінчення терміну страхування, але подія відбулася ще в момент дії договору, то ці збитки також покриваються страховиком згідно зі строком позовної давності.

### **83. Характеристика страхування відповідальності**

**Поліси страхування загальної цивільної відповідальності.** Страхування загальної цивільної відповідальності дуже популярне у світі. Законодавства багатьох країн вимагають здійснювати таке страхування обов'язково. Покриття надається стосовно компенсації

третім особам за будь-яку шкоду, нанесену страхувальником їхньому життю, здоров'ю, майну, за винятком випадків, що обумовлюються у договорі окремо. Страхувальниками є фізичні або юридичні особи. Залежно від цього розрізняють поліси страхування персональної відповідальності (Personal Liability) та відповідальності підприємств/установ (General Third Party Liability).

**Страхування персональної відповідальності.** Необережність, легковажність або забудькуватість людини може завдати шкоди здоров'ю або майну третіх осіб, наприклад:

- з вини велосипедиста сталася дорожньо-транспортна пригода;
- вода зі шланга пральної машини, який був погано закріплений, протекла до сусідської квартири;
- під час прогулянки собака покусав перехожого;
- покупець вибирав подарунок у магазині й зіпсував товар;
- відвідувач отримав травму на слизьких сходах у будинку.

Особа, яка винна в таких збитках, несе цивільну відповідальність перед постраждалими особами і зобов'язана компенсувати завдану шкоду. Якщо винна особа має поліс страхування персональної відповідальності, ці збитки відшкодує страховик.

**Умови страхування.** Цікавий принцип побудови страхового захисту. Вважається, що все, що не обумовлене як виняток, покривається страхуванням. Страховий поліс неодмінно містить застереження, що збитки, які підлягають відшкодуванню за іншими полісами, не підпадають під дію полісу страхування персональної відповідальності (наприклад, ризик цивільної відповідальності власників транспортних засобів).

Страхування деяких ризиків визначається на особливих умовах. Так, ризики забруднення навколишнього середовища покриваються страхуванням, якщо забруднення є випадковим та непередбаченим. Крім того, страховик може установити окремий невеликий ліміт відповідальності. За додаткову страхову премію до страхового полісу можуть включатися ризики відповідальності домовласників, власників тварин, відповідальність мисливців, спортсменів.

Страховий захист поширюється на чоловіка (дружину) страхувальника, неповнолітніх дітей або осіб, які перебувають на його утриманні, а також осіб, котрі доглядають за домом, дітьми, тваринами страхувальника чи працюють на нього (якщо ця відповідальність страхувальника застрахована). Вони є застрахованими на тих самих умовах і в тому самому розмірі, як і сам страхувальник.

Страховик бере на себе обов'язок не лише визначити наявність та розмір відповідальності страхувальника, відшкодувати збитки третій особі, а й захищати страхувальника від необґрунтованих вимог. Якщо претензія розглядається в суді, та страховик діє в суді від імені страхувальника та компенсує судові витрати, тобто надає юридичний захист.

**Страховання відповідальності юридичних осіб.** Усі підприємства – від дрібних виробників до транснаціональних корпорацій – несуть відповідальність за шкоду, завдану в процесі їхньої діяльності життю, здоров'ю та майну третіх осіб. Отже, умови, які можуть призвести до відповідальності, дуже широкі. Тому поліс страхування відповідальності покриває ризики відповідальності комерційної, виробничої та торговельної діяльності, крім чітко визначених у полісі винятків.

До стандартного покриття страхування цивільної відповідальності додаються доповнення, де, залежно від діяльності страхувальника, визначаються особливі умови та винятки:

- страхування відповідальності за забруднення навколишнього середовища;
- страхування відповідальності перед споживачем;
- страхування відповідальності за орендоване страхувальником майно;
- страхування фінансових збитків.

Відповідальність перед споживачем може включатися й до полісу відповідальності товаровиробника за якість продукції, що поширює надане покриття. Наприклад, вантажники, які занесли в дім нові меблі, ненавмисне розбили антикварну вазу, яка була в кімнаті. Усі витрати будуть компенсовані за полісом, який містить ризик відповідальності перед споживачем. Можливо, це буде поліс відповідальності роботодавця, можливо, товаровиробника. Якщо ж інше не передбачено, то компенсація буде виплачена за полісом цивільної відповідальності. Щоб уникнути складної ситуації, коли ризик може бути включений до інших договорів страхування відповідальності, у договорі страхування загальної цивільної відповідальності застосовується застереження: «страховик компенсує страхувальникові суми збитків третім особам, якщо шкода не покривається ніяким іншим полісом страхування».

У полісі страхування цивільної відповідальності фінансові збитки визначаються як прямо не пов'язані зі шкодою здоров'ю або майну



збитки третіх осіб. Наприклад, під час ремонтних робіт у приміщенні страхувальника було пошкоджено електричний провід і в сусідньому офісі не стало світла. Страхувальник має відшкодувати фінансові збитки цієї фірми, які виникли внаслідок перерви в роботі.

Страхування відповідальності охоронних служб, будівельних компаній, власників готелів, товаровиробників, роботодавців здійснюється на особливих умовах, які визначаються в Додатках до полісу страхування цивільної відповідальності або розглядаються як окремі види страхування. Так, Мюнхенське перестраховальне товариство рекомендує страховикам ризики відповідальності товаровиробників та загальної цивільної відповідальності розглядати як одне комбіноване покриття. Однак андеррайтинг здійснюється по кожній групі ризиків. Тому далі розглянемо особливості та умови страхування деяких видів ризиків окремо.

## **84. Суб'єкти та об'єкти у страхуванні відповідальності**

Страхування відповідальності спрямоване як на захист майнових прав осіб, постраждалих у результаті дії або бездіяльності страхувальника, так і на захист фінансового стану самого страхувальника. За наявності страхового полісу відшкодування збитків постраждалим гарантується страховою компанією і не залежить від платоспроможності страхувальника. Страхувальник на суму страхового відшкодування звільняється від витрат, пов'язаних із компенсацією спричиненої ним шкоди. Суми компенсацій можуть бути дуже значними (збитки часто бувають катастрофічними), та й процес урегулювання позовів за такими збитками досить тривалий.

Для практики страхування відповідальності в країнах з розвинутою ринковою економікою властиві різноманітні об'єкти. Так, об'єктом такого страхування є:

- страхування відповідальності приватних власників (наймачів), що гарантує їм компенсацію сум, які виплачені узв'язку зі смертю чи каліцтвом працівника внаслідок настання нещасного випадку на виробництві;
- страхування відповідальності домовласників;
- страхування ділової відповідальності;
- страхування відповідальності за забруднення навколишнього середовища;

- страхування професійної відповідальності. Особливе значення серед видів цієї галузі має страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів.

Страховання відповідальності з огляду на його економічну доцільність і соціальну вагомість з'явилося й на українському ринку. Страховання відповідальності перевізників, власників транспортних засобів, туристських організацій, імпортерів фармацевтичної продукції, нотаріусів та аудиторів уже широко здійснюється українськими страховиками як в обов'язковій, так і в добровільній формі.

Найпоширеніші в практиці страхової справи такі види страхування відповідальності:

- 1) страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів;
- 2) страхування відповідальності туроператорів за шкоду, заподіяну життю чи здоров'ю туриста або його майну;
- 3) страхування відповідальності перевізників тощо.

Страховання відповідальності передбачає можливість причинення шкоди як здоров'ю, так і майну третіх осіб. Останні й мають законне право на відповідні виплати, які повинні відшкодувати за нанесену шкоду. Особливістю цієї галузі страхування є те, що поряд з страховиком та страхувальником партнером можуть бути будь-які не визначені раніше сторони (треті фізичні або юридичні особи). Крім того, при виплаті страхувальником належного з нього страхового платежу не передбачається встановлення розміру страхової суми й застрахованого, тобто особи, якій у разі настання страхового випадку виплачується відшкодування. Названі обставини конкретно встановлюються лише під час нанесення шкоди третім особам.

## **85. Особливості страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів**

Страховання цивільної відповідальності власників транспортних засобів у більшості країн світу належить до обов'язкових видів страхування, що зумовлюється кількома обставинами.

По-перше, транспортний засіб є джерелом підвищеної небезпеки. Норми цивільного законодавства більшості країн світу в разі дорожньо-транспортної пригоди саме власника транспортного засобу визнають відповідальним за те, що було завдано шкоди здоров'ю

або майну інших (третіх) осіб, крім випадків, якщо така пригода була наслідком непереборної сили або умислу потерпілого. Тобто цивільна відповідальність водія транспортного засобу перед третіми особами в разі дорожньо-транспортної пригоди настає майже завжди.

По-друге, такі цивільно-правові відносини стосуються всього суспільства, мають масовий характер, оскільки потенційно учасником дорожньо-транспортної пригоди може бути кожний громадянин.

У більшості розвинутих країн світу законодавство про обов'язкове страхування цивільної відповідальності власників автотранспортних засобів забезпечує конституційні права громадян на захист життя та майнових прав від протиправних або інших дій третіх осіб. Соціальна важливість цього виду страхування підтверджується тим, що на автошляхах світу щорічно гине більше ніж 100 тис. осіб, при цьому на кожного загиблого припадає 4–10 травмованих осіб. Статистичні дані показують, що автотранспорт – найбільш небезпечний вид транспорту, у 100 разів більш аварійний, ніж авіаційний та залізничний, але він є найбільш зручний та доступний. Автотранспортні засоби завдають шкоди та збитків не лише громадянам, а й шкоди навколишньому природному середовищу. Показник тяжкості наслідків автотранспортних аварій (кількість загиблих на 100 потерпілих) в Україні становить 13, що в 7–10 разів вище, ніж в інших країнах Європи. Крім того, в нашій країні відбувається понад 200 тис. автоаварій, які тягнуть за собою матеріальні пошкодження транспортних засобів, дорожніх споруд, будівель тощо, а отже, величезні матеріальні та моральні збитки. Через суди проходять цивільні та кримінальні справи десятків тисяч громадян, протягом багатьох років винуватці автоаварій виплачують компенсації потерпілим, значно погіршується матеріальний стан сімей обох сторін.

Понад 2 тис. дорожньо-транспортних пригод відбуваються з вини водіїв невстановленого транспорту. Тому потрібно створити особливу систему соціального захисту постраждалих.

По-третє, навіть коли встановлено цивільну відповідальність власника транспортного засобу, то немає гарантії, що потерпілому своєчасно та повно буде відшкодовано збитки, насамперед через відсутність достатніх коштів у власника (водія) транспортного засобу. У цьому розумінні саме механізм обов'язкового страхування

цивільної відповідальності автовласників дає змогу створити надійну систему соціального захисту як третіх осіб – потерпілих, так і власників транспортних засобів.

Обов'язкове страхування власників транспортних засобів, крім його очевидної соціальної спрямованості, в більшості країн упроваджувалося «адміністративно-силовим» шляхом, оскільки певний опір чинили громадяни-автовласники. Останні сприймають іноді обов'язкове страхування як вид додаткового обов'язкового збору у вигляді страхових платежів. Пересічний автовласник не завжди розуміє, що об'єктом страхування є цивільна відповідальність власника джерела підвищеної небезпеки. Крім того, кожний водій до моменту, коли він потрапляє в дорожньо-транспортну пригоду з подальшим настанням цивільної відповідальності, вважає себе на дорозі «найкращим та найбезпечнішим».

Згідно із Законом України «Про страхування», страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів внесено до переліку обов'язкових видів. На підставі цього Кабінет Міністрів України прийняв постанову про впровадження з 1 січня 1997 року обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів.

Обов'язкове страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів має на меті забезпечити відшкодування збитків, завданих дорожньо-транспортною пригодою.

Обов'язковість такого страхування поширюється на резидентів та нерезидентів – власників транспортних засобів. Йдеться про власників автомобілів, автобусів, самохідних машин, сконструйованих на шасі автомобілів, мотоциклів усіх типів, марок і моделей, причепів, напівпричепів та мотоколясок, котрі експлуатують зазначені транспортні засоби на вулично-дорожній мережі загального користування. Ці засоби підлягають державній реєстрації та обліку у відповідних органах Міністерства внутрішніх справ України. Виняток становлять транспортні засоби, власники яких застрахували цивільну відповідальність у державах, з уповноваженою організацією яких Моторне (транспортне) страхове бюро України (МТСБУ) уклало угоду про взаємне визнання договорів такого страхування.

Суб'єктами обов'язкового страхування цивільної відповідальності є страхувальники, страховики, МТСБУ та треті особи – юридичні й фізичні особи, яким заподіяно шкоду транспортним засобом внаслідок дорожньо-транспортної пригоди.

Об'єктом обов'язкового страхування цивільної відповідальності є цивільна відповідальність власників транспортних засобів за шкоду, заподіяну третім особам внаслідок дорожньо-транспортної пригоди. Йдеться про життя чи здоров'я громадян, їхнє майно і майно юридичних осіб.

Страховою сумою за договором обов'язкового страхування цивільної відповідальності є грошова сума, в межах якої страховик (страхова організація), згідно з умовами страхування, зобов'язаний здійснити компенсацію збитків третій особі або третім особам (у разі, коли потерпілих у дорожньо-транспортній пригоді кілька) після настання страхового випадку.

Важливим фактором при встановленні порядку й умов здійснення обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів є прив'язка рівня страхових сум до рівня відповідальності, яка може бути покладена на водія, що спричинив дорожньо-транспортну пригоду. Іншими словами, цивільно-правові відносини щодо страхування цивільної відповідальності автовласників мають максимально враховувати базові юридичні принципи встановлення факту настання відповідальності та підходи до визначення її рівня.

## **86. Функції Моторного (транспортного) страхового бюро**

Моторне (транспортне) страхове бюро України – єдине об'єднання страховиків, яке здійснює обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів за шкоду, заподіяну третім особам. Участь страховиків у МТСБУ є умовою здійснення діяльності щодо обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів.

МТСБУ є непідприємницькою (неприбутковою) організацією і здійснює свою діяльність відповідно до цього Закону, законодавства України та свого Статуту.

Статут МТСБУ затверджується зборами засновників (членів) МТСБУ, погоджується з Уповноваженим органом та реєструється відповідно до вимог законодавства.

МТСБУ не може виступати засновником чи співзасновником юридичних осіб, що займаються підприємницькою діяльністю та/або мають на меті одержання прибутку.

Основні завдання МТСБУ:

- 1) здійснення виплат із централізованих страхових резервних фондів компенсацій та відшкодувань на умовах, передбачених цим Законом;
- 2) управління централізованими страховими резервними фондами, що створюються при МТСБУ для забезпечення виконання покладених на нього функцій;
- 3) забезпечення членства України в міжнародній системі автомобільного страхування «Зелена картка» та виконання загально-визнаних зобов'язань перед уповноваженими організаціями інших країн – членів цієї системи;
- 4) збирання необхідної інформації про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності для узагальнення та внесення пропозицій щодо удосконалення механізму здійснення обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності;
- 5) співробітництво з уповноваженими організаціями інших країн у галузі страхування цивільно-правової відповідальності, координація обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників та/або водіїв транспортних засобів – нерезидентів у разі в'їзду їх на територію України та власників та/або водіїв транспортних засобів – резидентів – у разі їх виїзду за межі України;
- 6) співробітництво з органами Міністерства внутрішніх справ України та іншими органами державної влади з питань обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності;
- 7) розроблення зразків страхових полісів і договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, що затверджуються Уповноваженим органом;
- 8) надання страховикам інформації щодо страхових випадків стосовно конкретних страхувальників.

МТСБУ є гарантом відшкодування шкоди:

- на території країн – членів міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка», заподіяної власниками та/або користувачами зареєстрованих в Україні транспортних засобів, якщо такі власники та/або користувачі надали іноземним компетентним органам страховий сертифікат «Зелена картка», виданий від імені страховиків – членів МТСБУ;
- на території України, заподіяної водіями-нерезидентами, на умовах та в обсягах, встановлених законодавством про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності та принципами

взаємного врегулювання шкоди на території країн – членів міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка», за інших обставин, визначених чинним законодавством про цивільно-правову відповідальність.

У разі якщо МТСБУ відповідно до правил міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка» було здійснене відшкодування шкоди за страховика – члена об'єднання або за власника та/або користувача зареєстрованого в Україні транспортного засобу, який використовував за кордоном підроблений або змінений у незаконний спосіб страховий сертифікат «Зелена картка» та спричинив дорожньо-транспортну пригоду, відповідні витрати МТСБУ мають бути компенсовані такими особами в повному обсязі у порядку, визначеному для міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка».

МТСБУ має право залучати аварійних комісарів у порядку, встановленому Уповноваженим органом, для визначення причин настання страхового випадку та розміру збитків у випадках, визначених у статті 41 цього Закону, та необхідності перевірки дій страховика відповідно до пункту 36.3 статті 36 цього Закону.

МТСБУ за рахунок коштів фонду захисту потерпілих відшкодує шкоду на умовах, визначених цим Законом, у разі її заподіяння:

- а) транспортним засобом, власник якого не застрахував свою цивільно-правову відповідальність, крім шкоди, заподіяної транспортному засобу, який не відповідає вимогам пункту 1.7 статті 1 цього Закону, та майну, яке знаходилося в такому транспортному засобі;
- б) невстановленим транспортним засобом, крім шкоди, яка заподіяна майну та навколишньому природному середовищу;
- в) транспортним засобом, який вийшов з володіння власника не з його вини, а у результаті протиправних дій іншої особи;
- г) особами, на яких поширюється дія пункту 13.1 статті 13 цього Закону;
- г) у разі недостатності коштів та майна страховика – учасника МТСБУ, що визнаний банкрутом та/або ліквідований, для виконання його зобов'язань за договором обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності;
- д) у разі надання страхувальником або особою, відповідальність якої застрахована, свого транспортного засобу працівникам міліції та медичним працівникам закладів охорони здоров'я згідно з чинним законодавством;

е) за інших обставин, визначених законодавством про цивільно-правову відповідальність власників наземних транспортних засобів.

Регламентні виплати, зазначені у підпунктах «а»-«д» цього пункту, розподіляються в порядку, встановленому президією МТСБУ.

МТСБУ за рахунок коштів фонду страхових гарантій відшкодовує шкоду на умовах, визначених цим Законом, у разі її заподіяння:

- а) у разі недостатності коштів та майна страховика – повного члена МТСБУ, що визнаний банкрутом та/або ліквідований, для виконання його зобов'язань за договором обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності;
- б) власниками зареєстрованих в Україні транспортних засобів, якщо такі власники надали відповідним уповноваженим органам інших країн страховий сертифікат «Зелена картка», виданий від імені страховиків – членів МТСБУ, та за умови, що такий страховик не відшкодував шкоду;
- в) на території України, водіями-нерезидентами, на умовах та в обсягах, встановлених законодавством про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів та принципами взаємного врегулювання шкоди на території країн – членів міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка»;
- г) за інших обставин, визначених законом про цивільно-правову відповідальність та міжнародними договорами стосовно обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності.

Регламентні виплати, зазначені у підпунктах «а» та «в» цього пункту, розподіляються рівними частками між повними членами МТСБУ.

МТСБУ не відшкодовує шкоди потерпілим, якщо вони можуть задовольнити вимоги на підставі договорів інших видів страхування. В таких випадках МТСБУ відшкодовується частина шкоди, яка не компенсована за договорами інших видів страхування.

МТСБУ за рахунок коштів фонду захисту потерпілих здійснює оплату послуг аварійних комісарів, залучених відповідно до пункту 40.3 статті 40 цього Закону.

## 87. Міжнародна система «Зелена картка»

«Зелена картка» – назва системи міжнародних договорів, що застосовуються в країнах – членах міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка». Органом, що представляє



Україну в системі «Зелена картка» є Моторне Транспортне Страхове Бюро України (МТСБУ). Страхова компанія «Професійний Захист» здійснює продаж полісів «Зелена картка».

У разі виїзду транспортного засобу, зареєстрованого в Україні, до країн – членів міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка», власник такого транспортного засобу зобов'язаний мати чинний договір міжнародного страхування.

Якщо водій, який має поліс «Зелена картка», став винуватцем дорожньо-транспортної пригоди на території країн – членів міжнародної системи «Зелена картка», та його транспортний засіб став причиною пошкодження та/або знищення майна, нанесення шкоди життю та здоров'ю третіх осіб, то всі збитки відшкодує страхова компанія, таким чином наявність такого полісу позбавить його власника від сплати відшкодування потерпілим особам.

**Ліміт відповідальності страховика** (страхова сума) встановлюється відповідно до чинного законодавства країни відвідування.

**Страховий платіж.** Розміри страхових платежів розраховуються відповідно до тарифів, які затверджені Кабінетом Міністрів України та МТСБУ і залежать від:

- терміну дії договору;
- типу транспортного засобу;
- країни/країн відвідування.

#### **Типи полісів «Зелена картка»**

Поліс «Зелена картка», що діє на території всіх країн – членів міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка»
---

Поліс «Зелена картка», що діє на території республік Білорусь і Молдова
---

Строк дії полісу «Зелена картка» обирається страхувальником і визначений в межах від 15 діб до 1-го року.

Страховий сертифікат (поліс) «Зелена картка» – страховий сертифікат єдиної форми, що застосовується в країнах – членах міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка», які зазначені і не викреслені у такому сертифікаті. Основним завданням цієї системи є захист потерпілих в ДТП за участю автовласників – нерезидентів країни. В цілому, «Зелена карта» – це поліс, створений відповідно до закону про обов'язкове страхування власників транспортних засобів, без якого Ви не маєте права керувати автомобілем на території країн – учасниць цієї системи.

**Розвиток системи «Зелена картка» у світі.** Починаючи з 30-х років, страхування авто громадянської відповідальності перед третьою стороною з метою захисту своїх резидентів у випадках, коли вони ставали жертвами ДТП, проводилося в кожній з країн Західної Європи в межах своєї національної території.

З розвитком міжнародного автомобільного повідомлення водій автомобіля, виїхавши в іншу країну, міг і там зіштовхнутися з матеріальними проблемами внаслідок ДТП. Страхове покриття, що надається страховиками країни резидента, діяло, як правило, в межах національних кордонів, а в тих випадках, коли воно було дійсно і закордоном, часто не відповідало вимозі країни відвідання, оскільки національні правила страхування, розміри і порядок відшкодування збитків не були скоректовані між собою.

Додаткові труднощі викликала і та обставина, що в багатьох країнах страхування міг проводити лише страховик, що функціонує в межах цієї території. Страхування в будь-якому випадку документально треба було оформити таким чином, щоб це відповідало вимозі прикордонних служб. У цій ситуації автомобіліст на кордоні змушений був укласти новий договір страхування, що діяв тільки на території країни відвідання.

У післявоєнні роки з метою усунення цих труднощів страховики країн ЄЕС засновали систему автострахування «Зелена карта», на підставі прийнятих 25 січня 1949 року рекомендацій Підкомісії шляхового транспорту Міжнародного комітету транспорту ЄЕК ООН.

Згідно з принципами, закладеними в основу страхування по «Зеленій карті», підлягають страхуванню вантажні і легкові автомобілі, автобуси.

Система «Зеленої карти» діяла успішно до тих пір, доки не виявилось, що вона недостатньо зручна в основному з двох причин:

- зростання кількості власників автомобілів істотно збільшило частоту перетину ними кордонів. Кожного разу, як тільки автомобіль перетинав кордон, необхідно було подати «Зелену карту», що в особливо напружені періоди, наприклад, під час річних відпусток, призводило до виникнення черг на контрольно-пропускних пунктах;
- пред'явлення «Зеленої карти» водієм транспортного засобу при перетині кордону між державами – членами ЄЕС суперечило ідеалу Співтовариства. Відміна перевірки «Зеленої карти» на

кордоні будь-якій людині дала б відчутти, що Співтовариство надає першорядного значення його вигодам у повсякденному житті.

Шлях до вирішення проблеми було знайдено в результаті застосування системи «Зеленої карти» на основі координації приватних угод між бюро страховиків різних країн і національних законодавчих актів країн Співтовариства. Структура, яка виникла в результаті цього, виявилася ефективною, незважаючи на наявну можливість її різноманітного тлумачення через подвійну законодавчо-нормативну базу.

Мета перевірки наявності «Зеленої карти» на кордоні перебувала в забезпеченні того, щоб кожний транспортний засіб, який в'їжджає на територію країни, був покритим страхуванням цивільної відповідальності відповідно до правил цієї держави, згідно з якими жертви подорожніх аварій повинні одержувати компенсацію, незалежно від фінансового положення особи, яка вчинила ДТП.

Першим кроком до вступу України в систему було створення в березні 1994 року постановою Кабінету міністрів України Моторного (транспортного) страхового бюро України (МТСБУ), яке стало локомотивом у просуванні ОСАЦВ.

ОСАЦВ введене з 01 січня 1995 Указом Президента України, а механізм його проведення – постановою Кабінету Міністрів № 372, але вже в листопаді-грудні 1994 року щодня продавалася велика кількість полісів.

## **88. Особливості страхування професійної відповідальності**

Відповідальність за помилки або упущення, яких припустилася особа під час виконання професійних обов'язків, ґрунтується на законодавчих та нормативних актах, які регламентують зобов'язання сторін у тій чи іншій сфері діяльності. Основу професійної відповідальності становить порушення контракту між професіоналом та клієнтом щодо надання послуг. Будь-яка особа, яка придбає послугу, розраховує на компетентність та сумлінність професіонала. Якщо клієнтові завдано шкоди, він має право притягти до відповідальності професіонала в судовому порядку. Зауважимо, що в європейській практиці відповідальність поширювалася спочатку лише на осіб, котрі перебували з професіоналом у

договірних стосунках. Сучасне тлумачення охоплює й відповідальність за шкоду, заподіяну професіоналом третій стороні.

У цьому ключі показовим є процес 1951 року «Кандлер проти «Крейн Крістмас та К°». Позивач придбав компанію на підставі наданої йому фінансової документації, підготовленої бухгалтерами компанії. Документація виявилась неточною, і позивач зазнав збитків. Його позов проти бухгалтерів було відхилено на тій підставі, що бухгалтери працювали на компанію та не мали жодних зобов'язань щодо позивача. У 1963 році до судової практики Великої Британії було запроваджено «принцип Хедлі Бірні», який поширював професійну відповідальність на третіх осіб. Отже, якби процес відбувся не в 1951, а після 1963 року, то бухгалтери були б визнані відповідальними.

Таке розширене визначення відповідальності ствердилося в сучасній світовій практиці.

**Визначення відповідальності.** Головним джерелом претензій до професіоналів є упущення, помилки або хибні дії, які призвели до фінансових збитків клієнтів або третіх осіб. Природа шкоди залежить від характеру професійної діяльності. Відповідальність професіонала полягає в додержанні необхідної обережності та майстерності під час виконання своїх обов'язків. При цьому він не обов'язково має бути компетентним в усіх питаннях. Рівень кваліфікації професійного працівника має бути не нижчим від рівня, якого один професіонал очікує від іншого в тій самій професійній галузі.

**Способи захисту професіонала.** Захистом проти висунених претензій може бути доказ, що професіонал не перевищив своїх повноважень, був обережний та що його дії відповідали рівню кваліфікації, яка вимагається від професіоналів у цій галузі. Він повинен переконати суд, що діяв чесно та розумно.

Великі суми позовів, а також відсутність резервів для таких виплат, які професіонал потенційно має бути готовий сплатити, змушують його вдаватись до страхування. Більше того, у деяких країнах страхування професійної відповідальності здійснюється обов'язково.

**Умови страхування.** Страховик зобов'язується згідно з договором страхування виплатити страхувальникові компенсацію за будь-яким позовом третьої сторони за шкоду, заподіяну їй страхувальником через недбалість або помилку. Як правило,

договір страхування укладається згідно з принципом «заявлених позовів». Позов може бути сплачений страховиками, якщо він пред'явлений під час дії договору страхування, незалежно від часу та місця, де сталася помилка або виникла підозра щодо її наявності.

Професійна діяльність нерідко ґрунтується на засадах партнерства. При цьому партнери можуть бути відповідальні за позови, що виникли з вини співвиконавців. Склад партнерів може змінюватися з часом. Тому постає потреба в захисті від позовів, що виникають через порушення колишніх партнерів. Відповідальність страхувальника тлумачиться не лише як відповідальність особи, що уклала цей договір страхування, але й як відповідальність за помилки її колишніх партнерів у цьому бізнесі, а також за відповідальність її співробітників.

Договір страхування зобов'язує страхувальника негайно повідомити про будь-який позов або намір притягти його до відповідальності.

Як і в інших видах страхування відповідальності, страховик вимагає від страхувальника не вести переговори, не давати будь-яких обіцянок про компенсацію без погодження зі страховиком. На прохання страхувальника страховик може взяти на себе врегулювання позову, ведення справи в суді.

Існує, проте, істотна відмінність врегулювання позову щодо професійної відповідальності від інших видів страхування. Зрозуміло, що страхувальник налаштований на те, щоб страховик прийняв претензію без суду. Судовий процес, розголос можуть відчутно зашкодити професійній діяльності страхувальника, його репутації, іміджу. Проте договір страхування ґрунтується на судовій відповідальності страхувальника. Якщо страховик вважає, що проти цього позову існує захист, то він намагатиметься заперечити його в суді. Тому в договір включається «стаття про Королівську Раду» (положення про розв'язання суперечки між страховиком та страхувальником з приводу судового розгляду позову), що регулює такі суперечності. Якщо страхувальник та страховик не дійшли згоди з приводу конкретного позову, то остаточним є рішення арбітра – «Королівської Ради».

**Винятки з договору страхування.** Як правило, виключається відповідальність, що виникає з таких причин:

- через дискредитацію та наклеп, поговор (хоча такий ризик може бути включений за додаткову плату);
- через нечесність, шахрайство, кримінальні дії страхувальника. Виключаються позови, які підпадають під дію інших полісів страхування.

Виникнення нових видів професійної діяльності, нових ризиків породжує нові винятки. У зв'язку з позовами, спричиненими екологічним забрудненням, деякі страховики почали виключати ці ризики зі своїх полісів. Наприклад, фахівець з оцінювання земельних ділянок може не врахувати, що раніше на ділянці було звалище, куди часто вивозилися хімічні відходи. Використання цієї ділянки може зашкодити здоров'ю. Сума позову в такому разі може бути значною.

Можуть виключатися позови щодо ліквідації пошкоджень, а також пов'язані з місцевими умовами, трудовим законодавством і т. ін.

## **89. Визначення розміру страхового відшкодування у страхуванні професійної відповідальності**

Поліс покриває всі позови, які були подані в період його дії. Не має значення, коли припустилися необережності, що викликала позов, – під час дії цього полісу чи раніше. Тому страхувальник має бути дуже уважним, відповідаючи на запитання страховика під час укладання договору страхування. Це дасть можливість страховикові надати адекватне страхове покриття. Щоб уберегтися від можливої лавини «довгохвостих позовів», страховик може передбачити в договорі ретроактивну дату. Позови, шкоди за якими було завдано до такої дати, страховик не приймає.

Здебільшого встановлюється агрегатний ліміт відповідальності за весь період страхування. Ліміт за однією подією, за одним позовом, як правило, не застосовується. Проте договір передбачає поновлення ліміту за додаткову плату.

Судові витрати сплачуються страховиком понад обумовлений ліміт. При оплаті позовів, сума яких перевищує передбачений ліміт, страховик компенсує витрати пропорційно. Тобто якщо ліміт дорівнює 40 000 гр. од., а сума позову – 50 000 таких одиниць, то страховик сплатить лише 80 % усіх витрат.

Страховання професійної відповідальності передбачає високі ліміти відповідальності. Не завжди страхувальник може сплатити потрібну високу страхову премію, що забезпечує достатню суму покриття. Слід особливо відзначити США, де, наприклад, приватним лікарям висуваються позови на мільйони доларів пацієнтами, які незадоволені лікуванням.

Оцінювання ризиків та розроблення умов страхування залежить від виду професійної діяльності. Наприклад, відповідальність нотаріусів передбачає суми компенсацій менші порівняно з ризиками будівельних підрядчиків, лікарів. Методи андеррайтингу та умови страхування значно різняться. Страховик ретельно вивчає історію діяльності страхувальника, вік, досвід та кваліфікацію працівників, кількість партнерів та співробітників фірми, якість контролю, клієнтуру. На ступінь ризику впливають масштаби підприємства, наявність діючих офісів за кордоном та особливості національного законодавства в цих країнах. В основу оцінки буде покладено досвід та інтуїції андеррайтера, який визначає основні фактори ризику професіонала.

Премія розраховується за одним із принципів:

- відсотки від річного грошового обігу страхувальника плюс фіксовані суми премій за кожен застраховану особу (тобто службовця);
- згідно із сумами компенсацій з додаванням оплати за кожного службовця.

Ліміти відповідальності страховиків на території колишнього СРСР за договорами професійної відповідальності нижчі від світових. Недостатньо розроблено правову базу з питань виникнення відповідальності та урегулювання позовів. Це позначається на тарифній політиці страховиків.

**Страховання від наклепу, поговори та дискредитації.** У такому покритті мають потребу особи, пов'язані з друкуванням та виданням книжок, журналів, газет, ведучі телевізійних та радіопрограм. Позови можуть висуватися, якщо через поговорі завдано шкоди репутації інших осіб. Наклепи, поговори можуть викликати до них ненависть, зневагу, насмішки, завдати шкоди роботі. При цьому недостатньо самого лише ущемлення гідності та почуттів постраждалих. Має бути факт завдання шкоди репутації.

Якщо наклепні заяви стають доступними третій стороні і такі заяви прямо або посередньо вказують на постраждалого, то це може стати основою для порушення позову.

Для фінансової зацікавленості страхувальника договір передбачає його участь у компенсаціях – від 10 до 20 % у кожному позові.

Оцінюючи ризик, андерайтер покладатиметься насамперед на історію позовів страхувальника, його репутацію та майбутні плани.

Страхова премія призначається згідно із сумою тиражу, кількістю опублікованого матеріалу та величини обігу або гонорару страхувальника.

Може виплачуватись єдина премія з додатковими доплатами, наприклад за кожний том публікацій.

**Нечесність працівників.** Страховання ризиків відповідальності страхувальника у зв'язку з нечесністю службовців не покриває нечесності партнерів та керуючих директорів. Таке страхування не поширюється на шкоду страхувальникові (його грошовим коштам, власності та ін.) внаслідок нечесності службовців. Шкоду страхувальникові розумніше страхувати у того самого страховика, в якого одержано поліс професійної відповідальності з розширенням на ризики нечесності. На практиці можуть виникнути обставини, які об'єднують обидва покриття.

## **90. Доцільність страхування відповідальності роботодавців**

У середині XIX ст. в результаті стрімкого розвитку промисловості, ускладнення технологічних процесів почастишали нещасні випадки на виробництві та професійні захворювання. Тому постала гостра потреба в законодавчих актах, що регулюють взаємини роботодавця та його службовців у процесі виробництва. Перші законодавчі норми передбачали слабкий правовий захист службовця. Він мав довести не лише сам факт шкоди своєму здоров'ю під час роботи на роботодавця, а й те, що ця шкода стала наслідком грубої необережності роботодавця або порушення ним вимог охорони праці. Розвиток законодавства європейських країн привів до встановлення суворої відповідальності роботодавця за шкоду життю та здоров'ю службовця. Якщо нещасний випадок стався не внаслідок грубої помилки, якої припустився службовець, чи навмисного невиконання ним своїх обов'язків, йому має



бути виплачена компенсація. Наприкінці 60-х років багато європейських країн ввели закон про обов'язкове страхування відповідальності роботодавця.

**Визначення відповідальності.** Роботодавець несе відповідальність перед службовцями в разі, якщо:

- він припустився особистої необережності (якщо роботодавець є фізичною особою);
- не зміг забезпечити відповідного та безпечного обладнання, устаткувати безпечні робочі місця й підібрати кваліфікованих, компетентних службовців;
- сталися порушення законодавчих актів, які можуть призвести до відповідальності роботодавця;
- необережність одного зі службовців призвела до травми іншого службовця.

Службовці – це особи, які працюють за наймом або навчаються, стажуються на підприємстві роботодавця. Службовцем вважається також будь-яка особа, найнята за договором субпідряду.

Кожний службовець під час роботи має додержувати розумної обережності щодо свого здоров'я та безпеки, а також щодо здоров'я та безпеки інших осіб, які можуть постраждати від його хибних дій.

Обов'язок кожного роботодавця:

- забезпечити охорону здоров'я, безпеку та благополуччя своїх службовців під час робіт;
- вжити всіх заходів, щоб запобігати будь-якому ризику для здоров'я осіб, які не є службовцями роботодавця, та гарантувати їх безпеку;
- усіма можливими засобами запобігати викидам у атмосферу отруйних і шкідливих речовин.

Якщо працівникові було завдано шкоди під час виконання роботи в будь-якому місці, не пов'язаному з діяльністю роботодавця, останній жодної відповідальності за це не несе і компенсація не виплачується.

**Умови страхування.** За договором страхування відповідальності роботодавця страховики відшкодовують збитки страхувальникові в разі притягнення його до відповідальності за шкоду, якої було заподіяно життю та здоров'ю службовця, і сталося це в період дії договору страхування, коли службовець працював на страхувальника, виконуючи службові обов'язки. Додатково страховики сплатять витрати страхувальника, понесені ним за згодою страхової компанії

і пов'язані з розслідуванням, медичними та технічними звітами про обставини пригоди, а також із захистом у суді.

Компенсація за рішенням суду виплачується страхувальникові або за дорученням останнього – потерпілому працівникові, якщо це передбачено договором страхування. Проте в українській судовій практиці позови щодо відшкодування збитків працівникові трапляються поки що рідко. Роботодавець сам відшкодовує постраждалому збитки, не доводячи до суду. Тому в договорі страхування страховим випадком може визнаватися не лише рішення суду, а й претензія службовця.

**Виятки з договору страхування.** Зауважимо, що страховий захист надається лише стосовно відповідальності роботодавця за тілесні пошкодження, смерть та професійні захворювання. Шкода майну, якої завдано службовцям, покривається полісом цивільної відповідальності.

Страховик не відшкодовує витрати:

- за будь-якими видами штрафів та неустойок;
- спричинені навмисними діями страхувальника;
- особі, яка не є страхувальником або партнером страхувальника, на якого поширюється страховий захист.

Для певних видів діяльності страховик може вдаватися до обмежень. Наприклад, щодо роботи з деякими механізмами. Такі роботи, як підривні, виключаються, але можуть прийматись на страхування за додаткову плату.

Поліси страхування відповідальності роботодавця виключають ризик шкоди службовцям під час використання транспортних засобів (покривається транспортними страховиками) та ризик під час роботи на морських бурових установках і платформах (із 1993 року).

Якщо службовець дістав травму під час виконання робіт, не пов'язаних із його безпосередніми обов'язками (визначеними контрактом) та кваліфікацією, то компенсація за полісом не відшкодовується. Так, травма, отримана токарем під час виконання слюсарних робіт, або некваліфікованим робітником, котрий виконує роботу, яка потребує певної кваліфікації, страхуванням не покриваються. Під час укладання договору страхування обов'язково обумовлюється вид робіт, які можуть виконувати ті або інші групи працівників.

**Строк страхування.** Роботодавцеві зручно постійно страхуватись в одного страховика. Наприкінці року переглядаються умови договору страхування, уточнюється страхова премія.

Для страхувальника буває складно визначити, хто з його страховиків має сплатити позови у зв'язку з латентними захворюваннями. Хвороба, що виникла під час та з приводу професійної діяльності, може розвиватись та не виявляти тривалий час. Наприклад, рак, азбестоз, силікоз, професійна глухота і т. ін. З'являються нові види професійних захворювань, пов'язаних із пасивним курінням, стресом на робочому місці, електромагнітними випромінюваннями. Якщо протягом періоду розвитку хвороби страхувальник обслуговувався в різних страховиків і визначити «відповідального» неможливо, практикується розподіл виплат за позовом між цими страховиками. Кожний із них сплачує свою частину відшкодування залежно від тривалості періоду страхування саме в нього.

## **91. Класифікація страхування відповідальності товаровиробників за якість продукції**

Мета цього виду страхування – захищати страхувальника в разі претензій, що їх висувують споживачі його продукції (послуг, котрі ним надаються) і за які він несе відповідальність згідно цивільним законодавством. Природно, що розвиток страхування відповідальності за якість продукції тісно пов'язаний з розвитком правових норм, що захищають споживачів товарів. Так, у Великій Британії та США цей вид страхування з'явився ще наприкінці минулого століття. Численні положення британського права покладено в основу Директиви про уніфікацію правових та адміністративних норм у зв'язку з відповідальністю виробників за якість продукції (далі – Директива), прийнятої 1985 року країнами ЄС.

Оскільки вітчизняні виробники прагнуть розширити свої експортні можливості, підвищити конкурентоспроможність своєї продукції, їм необхідно враховувати прийняті за кордоном вимоги щодо якості, а також заходи, які вживаються для захисту прав споживачів. Українське законодавство також зорієнтоване на положення Директиви. Тому досвід країн ЄС слід розглянути докладніше.

**Поняття про продукцію та дефект.** Поняття «продукція» охоплює будь-які товари, комплектуючі, сировину, електроенергію.

Не входять до цього поняття природні ресурси, продукти тваринництва, рибальства, мисливства, а також сільськогосподарська продукція, не піддана промислового переробленню.

Дефектною є продукція, безпечність якої не відповідає рівню, на який має право розраховувати споживач з огляду на всі обставини (призначення продукції, зовнішній вигляд, упаковка, наявність інструкцій та правил експлуатації і т. ін.). Під дефектом розуміють також недоліки конструкції, виробничі огріхи, помилки в інструкції, недоліки контролю за якістю продукції.

**Визначення відповідальності** Питання про вину виробника не порушується – відповідальність виникає із самого факту шкоди, заподіяної позивачеві, тобто «відповідальність без вини». Для одержання компенсації особа, яка постраждала, має довести, що їй було завдано шкоди і що шкода є наслідком дефекту цієї продукції.

Відповідальність за шкоду покладається не лише на виробника кінцевого продукту або комплектуючих, використаних у виробництві зазначеного продукту, а й на тих, хто пропонує продукт як «свій» (наприклад, супермаркети та фірмові магазини несуть відповідальність за продукцію з нанесеним власним фірмовим знаком або своєю назвою). Продукція, перш ніж потрапити до споживача, може пройти через багатьох осіб – безпосередніх виробників, постачальників, імпортерів, продавців. Кожний із цього ланцюжка може нести відповідальність перед клієнтами за заподіяну шкоду, якщо не назве іншої винної особи. Тобто термін «виробник» тлумачиться досить широко. Директива ЄС дозволяє обмежувати відповідальність виробника за тілесні пошкодження або смерть через неякісну продукцію. Деякі країни ЄС, наприклад Велика Британія, не установлюють ліміту відповідальності взагалі.

**Способи захисту виробника.** У разі висунення позову тягар доказів (тобто збір та надання доказів на свій захист) повністю лягає на виробника. При цьому він може знизити відповідальність, довівши, що:

- він ужив усіх необхідних кваліфікованих заходів, щоб унеможливити дефекти в продукції на етапі виробничого процесу, або діяв згідно з певним законодавчим актом;
- не передав дефектної продукції до сфери збуту;
- поставка здійснювалась не в ході бізнесу з метою отримання прибутку (наприклад, подарунок);

- він виготовив тільки частину продукції, а дефектною виявилась уся продукція, або причиною стала інструкція, надана на наступному етапі;
- на момент передавання товару до збуту він не міг виявити цього дефекту, виходячи з рівня наукових і технічних знань того періоду (так званий ризик розвитку; не всі члени ЄС прийняли цей вид захисту);
- дефект настав у результаті неправильного, необережного використання продукту або ремонту, а також недотримання правил обережності й інструкцій, що додаються до продукту.

Директива зберігає право виробника на регрес або відхилення розміру заявленого збитку за умови, що потерпілий сам винен у заподіянні шкоди.

**Позовна давність.** Позивач за своїм вибором може подати позов або в країні виготовлення, поставки продукції, або в країні, в якій настав факт завдання шкоди. Це право позивача закріплене Брюссельською конвенцією ЄС «Про судові рішення та обов'язкове виконання судових рішень з цивільних та комерційних справ». Позивач має право подати позов протягом 10 років з моменту завдання шкоди. Протягом трьох років позов має бути вирішений.

**Умови страхування.** За договором страхування відповідальності виробника за якість продукції страховик зобов'язується відшкодувати всі суми, які страхувальник буде зобов'язаний виплатити:

- за випадкову шкоду, завдану здоров'ю деякій особі, включаючи смерть;
- випадкові знищення і/або пошкодження майна, що трапились у період терміну страхування у визначених договором географічних межах, і причиною яких була продукція страхувальника (продана, надана, доставлена, встановлена, відремонтована, перероблена або перевірена ним).

Страховик несе відповідальність лише за прямі та ненавмисні збитки, що виникли протягом дії договору страхування у зв'язку з продукцією, яка покривається договором. При цьому продукція має перебувати поза контролем страхувальника, в тому числі поза приміщеннями, що належать страхувальникові або які він займає.

Страхувальник має знати, що страхове покриття надається тільки за збитки, спричинені неякісними, дефектними товарами. Шкода самим товарам не відшкодовується. Наприклад, страхувальник розмістив промислову установку в приміщенні замовника. Під час екс-

платити через дефект в установці відбувається пожежа. Страховик виплатить компенсацію за шкоду через травму, за втрату майна замовника, але вартість самої установки, вартість її заміни або ремонту звичайним полісом не покривається.

Страховики у своїх договорах указують номенклатуру продукції та ризику, що страхуються. Як правило, визначаються тара, маркування та упаковка продукції, оскільки вони можуть стати причиною пошкодження. (Наприклад, шкода, зумовлена фарбою, що протікає з банки.) Деякі обмежуються тільки ризиками, пов'язаними з дефектом виробничого характеру.

Загалом страховики беруть на себе ризики продавців та посередників більш охоче, ніж безпосередніх виробників, з огляду на можливість використовувати право суброгації проти виробника.

## 92. Зміст та функції екологічного страхування

Невід'ємним правом людини є право мешкати поза забрудненим навколишнім середовищем. Екологічні катастрофи – Сівесо, Італія, 1976 р.; Бхопал, Індія, 1984 р.; Чорнобиль, Україна, 1986 р. – привернули увагу людства, загострили розуміння небезпеки для життя, здоров'я, господарської діяльності. Уже відчутно зросла захворюваність, спричинена різними забрудненнями, неможливістю використовувати певні водні та земельні ресурси. Уряди багатьох країн ухвалили закони, що регулюють питання відповідальності та компенсацій за забруднення. Було встановлено жорсткий контроль за додержанням превентивних заходів виробниками, постачальниками, перевізниками, власниками місць зберігання забруднювальних речовин. Національні законодавства та міжнародні угоди покладають безумовну відповідальність за викиди небезпечних речовин у навколишнє середовище за принципом «платить осквернитель». При цьому заподіювач шкоди повинен компенсувати не лише прямі втрати, а й витрати на очищення забруднених водойм та ґрунту.

Гостро постала проблема охорони навколишнього середовища і в країнах колишнього СРСР. Політика вирішення господарських завдань «за будь-яку ціну», відсутність або порушення нормативів, що обмежують викиди забруднювальних речовин, екстенсивне 'природокористування негативно відбилися на екології. Відсталість та зношеність технічної бази багатьох виробництв призводить до

частих аварійних ситуацій і порушень екологічних норм експлуатації. Частина збитків відшкодовувалася державою за рахунок централізованих резервів. З переходом до ринкової моделі економіки ця функція лягла на плечі самих підприємств і місцевих органів влади, що не мають достатніх коштів. Окрім того, відсутні економічні важелі зацікавленості підприємств витратити кошти на природоохоронні заходи.

Закон України «Про охорону навколишнього природного середовища» визначає правові, економічні та соціальні основи організації захисту природного середовища.

**Поняття про забруднення.** Розв'язуючи проблеми екології, передусім необхідно визначити, що розуміється під поняттям «забруднення». Будь-який викид шкідливих речовин, незалежно від їхньої природи та характеру, забруднює атмосферу, водні або земельні ресурси. До того ж навіть нешкідливі речовини, вступаючи в реакції з хімічними речовинами, що містяться у ґрунті та воді, можуть утворювати шкідливі сполуки.

Можна тлумачити забруднення і вужче. Забруднення – це викид та нагромадження шкідливих речовин в обсязі, який не може більше поглинатися навколишнім середовищем.

Забруднення можна класифікувати на випадкові, на ті, що настали в результаті непередбачених подій, та на навмисні. На практиці визначення характеру викиду може спричинювати ускладнення, особливо при постійних або повторних викидах. Підприємство може періодично скидати шкідливі речовини в межах норм, визнаних безпечними. У якийсь момент ці викиди перестають бути безпечними. Шкода перестає вважатися випадковою, якщо вона стала явною і забруднювач усвідомив це. Необхідно враховувати й те, що шкода може виявитися через багато років. У такому разі важко встановити зв'язок між результатом забруднення (наприклад, захворюванням) та викидами. Забруднювальні викиди можуть здійснюватись кількома забруднювачами, що ще більше загострює проблему.

**Визначення відповідальності.** Згідно з вітчизняним законодавством, забруднювач несе відповідальність за забруднення навколишнього природного середовища та зниження якості природних ресурсів, а також за порушення законодавства про охорону навколишнього природного середовища.

Підприємства, які є джерелами підвищеної екологічної небезпеки, звільняються від відшкодування шкоди, заподіяної навколишньому природному середовищу, тільки якщо доведуть, що шкода виникла внаслідок стихійних природних явищ чи навмисних дій потерпілих. Що ж до підприємств, не віднесених до власників джерел підвищеної екологічної небезпеки, то вони звільняються від відшкодування шкоди, якщо доведуть, що шкоду заподіяно не з їхньої вини. Особи, яким завдані збитки, мають право на відшкодування неодержаних прибутків за час, необхідний для відновлення здоров'я, якості навколишнього природного середовища, відтворення природних ресурсів до стану, придатного для використання за цільовим призначенням.

Ряд директив ЄС порушують питання, що стосуються забруднення, примушують здійснювати обов'язкове страхування підприємств – джерел небезпеки.

Початково ризик забруднення був введений багатьма страховиками в поліс страхування цивільної відповідальності. Страхове покриття поширювалося тільки на раптове та випадкове забруднення. Великі суми позовів, складності у виявленні характеру та винуватця забруднення призвели до виділення такого страхування в окремий вид.

Одночасно з формуванням ринку екологічного страхування починається розвиток перестраховального ринку за такими ризиками. Для надання більш розширеного покриття та забезпечення високих лімітів, достатніх для компенсації збитків, почали утворюватися спеціальні страхові пули. В Україні в 1997 році створено пул зі страхування ядерних ризиків.

**Умови страхування.** Починаючи з 60-х років, Ллойд надавав покриття компенсацій за позовами, висуненими третіми особами за шкоду їх здоров'ю та нерухомому майну внаслідок забруднення, а також у разі ущемлення інших прав та погіршення умов життя, що захищаються законом. У страхове покриття включались і витрати на превентивне очищення. Поліс покривав не лише забруднення внаслідок нещасного випадку.

Складність у визначенні умов страхування та ризиків, що страхуються, спричинена тим, що ризики, які призводять до забруднення навколишнього середовища, ніхто не в змозі точно оцінити. Страхування відповідальності за шкоду, заподіявану навколишньому середовищу, ґрунтується на таких умовах:



- компенсувати страхувальникові усі суми, присуджені за законом постраждалим третім особам у зв'язку з настанням страхового випадку. До суми компенсацій вносяться також судові витрати;
- страхуванням покриваються лише випадкові забруднення. Навмисні дії або помилки, які можуть збільшити ймовірність шкоди третім особам, страхуванням виключаються;
- суми штрафів не включаються у страхове покриття.

**Виятки з договору страхування.** Формулювання винятків можуть варіюватись у кожному конкретному випадку. Поліси страхування відповідальності за екологічні забруднення не покривають шкоди внаслідок навмисного порушення страхувальником законодавчих актів, постанов, розпоряджень та інших нормативних документів, що регулюють питання екології.

**Строк страхування.** Хоч договір укладається на рік, розуміється продовження його в того самого страховика. Через високі страхові премії, великі адміністративні витрати при розробленні умов страхування та укладанні договору чи програми превентивних заходів та здійсненні контролю і страховикові, і страхувальникові вигідна партнерство на строк не менш як 5–10 років.

**Територіальні межі страхування.** Географічні ліміти чітко обумовлюються, особливо в разі використання транспортних засобів, наприклад, під час перевезення шкідливих речовин.

**Ліміт відповідальності страховика.** Страховики обмежують максимальну відповідальність грошовою сумою та періодом часу. Ліміти компенсацій, що надаються, не влаштовують підприємства-забруднювачі, оскільки вони нижчі від реально необхідних. Проте висока вартість страхування не дає змоги придбати страхування з великими лімітами. Водночас навіть наявність пулів не вирішує проблему місткості національних та міжнародних ринків. Ліміти відповідальності, що надаються в Європі, не перевищують 20 млн дол., Лондонський ринок надає покриття до 170 млн дол. Для прикладу, шкода навколишньому середовищу від експлуатації Бхопальського заводу в Індії досягла понад 300 млн дол., а у зв'язку з численними людськими жертвами влада індійського штату Мадхія-Прадеш подала позов на суму в 3 млрд дол.

Андеррайтинг. Як уже зазначалось, оцінювати ризик дуже складно. Проблема екології досить нова для людства та складна. Практично неможливо отримати достовірного сценарію її розвитку. Не-

достатньо вивчені природа та характер ризиків. Унаслідок тривалої кумуляції мало статистичних даних про можливі розміри збитків, їхню залежність від впливу різних факторів.

Андерайтер, передусім, повинен мати великий досвід у страхуванні екологічних ризиків. Йому слід орієнтуватись у технологічному процесі виробництва для кращого розуміння природи можливих забруднень; оцінити можливості різних потенційних джерел забруднення та ступінь їхнього впливу на суму збитків. Часто проводиться спеціальна експертиза для вивчення цих аспектів. Надзвичайно важливим фактором є історія збитків підприємства через забруднення навколишнього середовища, а також на інших підприємствах аналогічного профілю. Слід враховувати, що страхувальник підвладний великим, але нечастим збиткам. Корисно також вивчити екосистему місцезнаходження підприємства страхувальника, виявити інших можливих потенційних забруднювачів у минулому та сучасному, що впливають на цю екосистему. Оцінюючи ризик та розроблюючи умови, слід пам'ятати про розвиток та постійне посилення законодавства в галузі охорони навколишнього середовища, про кумулятивний характер забруднень, вплив якого зростає з кожним роком. Враховуються фінансові можливості страхової компанії, наявність програм перестраховування, загальна місткість ринку.

### **93. Мета й економічна сутність перестраховування**

Важко встановити, коли саме виникло перестраховування, який договір поклав йому початок, але можна з упевненістю стверджувати, що воно завжди розвивалося слідом за самим страхуванням, оскільки перестраховувальні операції є «вторинними», похідними від страхових.

За одними джерелами, перше перестраховування було проведене в 1370 році: перестраховувалася частина рейсу від Коделес до Брюге (Бельгія). Інші датують перші договори перестраховування кінцем XVI ст., коли страховики-купці поділяли між собою ризики в певних частках.

Пізніше, зі зростанням обсягу перестраховувальних операцій та ускладненням їхнього характеру, виникли спеціалізовані компанії. Першою професійною перестраховувальною компанією

була «Колонія Рейншуранс» (1846 Німеччина). У 1863 році було створено Швейцарське перестраховувальне товариство «Свіс Ре», у 1880 році – Мюнхенське перестраховувальне товариство. У Росії товариств, які здійснювали виключно перестраховування, було два: «Товариство російського перестраховування» і «Допомога». Перше з них, створене в 1885 році, виконувало значні перестраховувальні операції. У 1910–1915 роках в Україні земські страхові компанії перестраховували ризики від вогню.

У практиці вітчизняних страховиків використовується таке визначення: перестраховування: страхування одним страховиком (цедентом, перестраховувальником) на визначених договором умовах ризику виконання частини своїх обов'язків перед страхувальником іншого страховика (перестраховика) резидента або нерезидента, який має статус страховика або перестраховика, згідно з законодавством країни, в якій він зареєстрований. Тобто в договорі перестраховування беруть участь: страхове товариство, що передає ризик; страхове товариство, що приймає ризик на свою відповідальність; посередник (не обов'язково). Процес, пов'язаний з передаванням ризику, називають цедуванням ризику, або цесією. Страховика (перестраховувальника), що віддає ризик, називають цедентом. Страховика (перестраховика), який ризик приймає, – цесіонарієм.

Страховик (цедент, перестраховувальник), який уклав з перестраховиком договір про перестраховування, залишається відповідальним перед страхувальником у повному обсязі згідно з договором страхування.

При настанні страхового випадку перестраховик несе відповідальність згідно з узятими на себе зобов'язаннями з перестраховування. Відносини страховиків із перестраховування регулюються договорами, що укладаються між ними.

Ризик, прийнятий перестраховиком від перестраховувальника, може бути знову переданий у певній частині іншому перестраховику. Цей процес називають ретроцесією.

У результаті перестраховування (цесії) та ретроцесії відбувається поділ ризиків, відповідальність розподіляється між багатьма страховиками як на внутрішньому, так і на зовнішньому ринку.

Шляхом ретроцесії частина ризиків може бути знову передана прямому страховикові (цедентові). Щоб уникнути такої кумуляції

збитків, у договорі перестраховування можна зробити відповідне застереження.

Як у страхових, так і в перестраховальних операціях іноді потрібні посередники. Необхідність використання послуг брокера зумовлена специфікою ризиків у перестраховуванні: рідкісність ризиків, їхня висока вартість, потреба в розміщенні на спеціалізованих ринках. Брокер готує всю потрібну інформацію для пропозиції і розміщує її оптимальним способом. Після розміщення пропозиції брокер готує перестраховувальний договір. А після його підписання забезпечує необхідний документообіг. Брокер отримує комісію, що варіюється, як правило, від 10 до 15 % нетто-премії.

Оскільки в природі страхування і перестраховування є багато спільного (розподіл ризику між зацікавленими сторонами договору страхування або перестраховування; схожість між страховиком, котрий передає ризик перестраховикові, і страхувальником, котрий передає ризик страховій компанії), то при проведенні перестраховальних операцій спираються на ті самі принципи, що й при страхуванні, зокрема: принцип страхового інтересу; принцип відшкодування збитків; принцип найвищої сумлінності.

У разі купівлі в перестраховика захисту (гарантії від збитків) страховик передає йому частину ризику, а також і частину премії. Але за організацію прийому ризику на страхування страховик має право на отримання комісійної винагороди, або комісії з премії. Отже, комісія – це узгоджена частина понесених цедентом витрат з укладання договорів страхування.

Існують такі види комісій:

*оригінальна* – відрахування з премії на користь цедента. Виплачується в перестраховувальній цесії;

*перестраховувальна* – відрахування з премії на користь ретроцедента. Використовується при ретроцесії;

*брокерська* – відрахування з премії на користь брокера. Покриває витрати, пов'язані з розміщенням перестраховувального договору, і враховує прибуток по цьому розміщенню.

Страховик (цедент) має також право на тантьему – відрахування з прибутку перестраховика, який він може отримати за результатами проходження договору перестраховування. Тантьема виплачується щороку із суми чистого прибутку, який отримує перестраховувальна компанія. Це форма заохочення перестраховиком

перестраховальника щодо наданої участі в договорі перестраховування, сумлінності та обачного ведення справи.

Значне місце у перестраховуванні посідають перестраховувальні пули. Розрізняють два типи пулів: пул страхування і пул перестраховування. Пул страхування проводить продаж полісів, за якими всі його учасники беруть на себе раніше узгоджену частку відповідальності. Пул перестраховування передбачає, що страховики випускають поліси самостійно, утримують узгоджену частку, а решту передають у пул на основі квоти або ексцеденту. Перестраховувальний пул діє як посередник, розподіляючи передані в перестраховування ризики між своїми членами. З огляду на світовий досвід доцільним вважається створювати пули у страхуванні ризиків з можливою катастрофічною відповідальністю (ядерні ризики, авіаційні, каско морських суден).

Особливого значення пули набувають у країнах, де відбувається становлення ринку страхування і перестраховування. Слід зауважити, що для збільшення місткості національного ринку перестраховування вживають різних заходів, один із них – створення страхових і перестраховувальних пулів. Перші паростки таких страхових об'єднань уже з'явилися в Україні.

Необхідність у перестраховуванні з кожным днем зростатиме через охоплення страхуванням дедалі більшої кількості великих специфічних ризиків, а також у зв'язку з приватизаційними процесами, що відбуваються в нашій країні. Адже об'єкти приватизації, які втратили підтримку з боку бюджету, органів управління, опиняються в ризикових ситуаціях.

Отже, роль перестраховування важко переоцінити.

За допомогою перестраховування страховик може захиститись від випадкових (спричинених непередбачуваними обставинами) відхилень розрахункової збитковості від її фактичного рівня в поточному році. Тому перестраховування є необхідною умовою забезпечення фінансової стійкості й нормальної діяльності страховика незалежно від розміру його капіталу та страхових резервів. Перестраховик, фінансово підтримуючи страхову компанію, сприяє розширенню її страхової діяльності. Це дуже важливо для страховика, який зацікавлений у розширенні можливостей своєї компанії. Страховик, починаючи роботу в нових для нього видах страхування, як правило, активно використовує перестраховування,

що дає йому можливість набувати потрібного досвіду безпечним для себе шляхом.

Перестраховання не лише захищає страховиків, а й сприяє захисту самого страхувальника; працівників страхових компаній від втрати роботи; акціонерів компаній від зниження прибутку; держава має гарантію надходження податків від страхової діяльності і т. ін.

## **94. Функції перестраховування**

Перестраховання – це система економічних відносин, пов'язаних з передаванням страховиком частини відповідальності за прийняті до страхування ризики на узгоджених умовах іншим страховиком з метою створення збалансованого страхового портфеля, забезпечення фінансової стійкості та рентабельності страхових операцій. Відносини щодо перестраховання можуть мати як національний, так і міжнародний характер. До цих відносин можуть залучатися також іноземні страхові компанії.

Основною функцією перестраховання є вторинний розподіл ризику, завдяки якому здійснюється кількісне і якісне вирівнювання страхового портфеля. Закон України «Про страхування» зобов'язує страховика здійснювати перестраховання (співстрахування) у разі перевищення розміру угоди страхування можливостей її виконання за рахунок власних коштів і страхових резервів. Цим досягається захист страхового фонду на користь усіх клієнтів страхової компанії.

Механізм перестраховання передбачає участь у ньому кількох страхових компаній, у тому числі спеціалізованих перестраховальних. Це дає змогу розосередити практично будь-який страховий ризик, тобто перестраховання дає змогу навіть невеликій страховій компанії взяти до страхування практично кожний ризик, що належить до категорії страхових.

Страхові компанії, задіяні в перестрахованні, називаються перестраховиками, а процес передавання ризику – цедируванням ризику, або перестраховальною цесією. Страховика, який віддає ризик, називають цедентом, а перестраховика, що бере на себе ризик, – цесіонарієм.

Перестраховання може мати кілька ступенів послідовного розміщення (передавання) ризику (подрібнення ризику) у кількох

перестраховиків – ретроцесій. Кожний наступний перестраховальник-цедент називається ретроцедентом, а кожний наступний перестраховальник-цесіонарій – ретроцесіонарієм.

Особливість перестрашування полягає в передаванні страховиком ризику перестраховикам з власної ініціативи без залучення до цього процесу страховальника, який укладає угоду лише з одним (першим) страховиком і лише з ним вступає у страхові відносини. Рішення про перестрашування приймає безпосередньо страховик (цедент).

Численні договори перестрашування класифікуються за формою взятих зобов'язань (вільний чи ні вибір ризиків для страхування), часткою прийнятих ризиків і передаванням іноземних ризиків.

Співстрашування (спільне страхування) – це система економічних відносин, що передбачають участь у страхуванні одного клієнта одразу кількох страховиків шляхом розподілу ризику на частини і укладення окремих договорів за кожною з цих частин. Як зазначалося, співстрашування є різновидом перестрашування. Кожний страховик відповідає за ризиком в узятій на себе частині. Страхова премія розподіляється між страховиками відповідно до частин узятото кожним ризику.

## **95. Особливості методів перестрашування**

Передавання ризиків у перестрашування може відбуватися постійно або одноразово. Історія розвитку перестрашування свідчить, що першими були епізодичні передавання найбільш небезпечних ризиків.

Отже, за методом передавання ризиків у перестрашування і за оформленням правових відносин сторін перестраховальні операції поділяються на такі:

- факультативні;
- облігаторні (договірні);
- факультативно-облігаторні і облігаторно-факультативні (змішані).

Факультативний метод перестрашування характеризується повною свободою сторін договору перестрашування. Перестраховальник має право передавати ризики або лишати їх на власній відповідальності, а перестраховик має право прийняти ризики чи відмовитися від них. При факультативному перестрашуванні кож-

ний ризик передається окремо. Головна особливість цього методу перестраховання полягає в можливості індивідуальної оцінки ризику.

Факультативне перестраховання в багатьох аспектах схоже на пряме страхування, зокрема в тому, що перестраховик, приймаючи ризик, дуже докладно його вивчає, знайомиться з практикою страхових операцій цедента. Таке докладне, ретельне вивчення партнера та його пропозицій має сенс, особливо якщо це одне з перших приймань від компанії-цедента. Проте вивчення інформації в такому обсязі потребує багато часу і чималих адміністративних витрат для обох сторін.

Переваги факультативного методу полягають у:

- можливості вибору для компанії-цедента якомога сприятливіших умов перестраховання (розміщення ризику в кількох перестраховувальних компаніях, вибір найкращих пропозицій);
- використанні цедентом перестраховання в тих випадках, коли відповідальність справді може зашкодити фінансовій стійкості страховика або коли він має розширити свою діяльність у сфері несприятливих для нього страховань.

Особливістю факультативного перестраховання є можливість регулювання страховиком (цедентом) розміру власного утримання.

Власне утримання – економічно обґрунтована частина страхової суми, яку страхова компанія залишає на своїй відповідальності. Цю суму визначають:

- окремо за страховим полісом;
- за одним ризиком;
- за групою ризиків.

Власне утримання встановлюється в абсолютній сумі або у відсотках страхової суми об'єкта. Складним питанням для практичного перестраховання є визначення частки ризику, яку слід залишати на своєму утриманні. Передавати в перестраховання досить велику частку не вигідно, оскільки страховик відраховує і значну частину зібраних ним страхових премій. Водночас досить високий ліміт власного утримання впливає на фінансову стійкість страховика. Не лише страховик, а й перестраховик має зважати на розмір власного утримання. Занижений розмір власного утримання страховика не дає перестраховикові впевненості щодо якості ризику або добропорядності страховика при врегулюванні збитків у разі настання страхових подій.



Отже, визначення оптимального розміру власного утримання є важливою ланкою в організації процесу перестраховування. Тому в багатьох країнах світу розмір власного утримання регламентується законодавством або самими учасниками перестраховування.

У ст. 30 Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування»» передбачена вимога щодо обов'язкового укладання договору перестраховування в тому разі, коли страхова сума за окремим об'єктом страхування перевищує 10% суми сплаченого статутного фонду і сформованих вільних резервів та страхових резервів.

Існує багато теорій і практичних рекомендацій, які потрібно враховувати при визначенні ліміту власного утримання. Розглянемо їх.

- *Обсяг премії.* Чим більший обсяг зібраної премії при незначному відхиленні від загальної кількості ризиків, тим вищий ліміт власного утримання.
- *Середня дохідність або середня збитковість за окремими видами страхування, за об'єктами.* Чим вищою буде дохідність і нижчою збитковість, тим більшим може бути рівень власного утримання.
- *Розмір витрат на ведення справи.* Якщо витрати з ведення справи за окремими видами страхування досить великі, страховик (цедент) при встановленні нижньої межі власного утримання може перекласти більшу частину цих витрат на перестраховиків.
- *Територіальний розподіл застрахованих об'єктів.* Чим більший розподіл, тим меншою буде кумуляція збитків і більшим можна встановити власне утримання.
- *Кваліфікація і практичний досвід спеціалістів страховика (цедента).* Правильна оцінка ризику, визначення максимально можливого збитку, встановлення адекватного розміру комісії і необхідного розміру передавань впливає на розмір власного утримання.

Для кожного виду ризиків (груп ризиків) страхові компанії складають таблиці лімітів власних утримань, які часто коригуються.

Порядок укладання перестраховувального договору на факультативній основі такої. Спочатку перестраховувальник та перестраховик укладають між собою Договір про співробітництво з факультативного перестраховування. Цей договір не містить даних про ризики, а лише визначає схему роботи, права та обов'язки сторін.

Підписуючи таку угоду, перестраховик не зобов'язаний приймати ризики від страховика на перестраховання. Факультативне перестраховання передбачає рішення перестраховика в кожному окремому випадку.

Коли у страховика з'являється ризик, який він бажає перестраховувати згідно з Договором про співробітництво з факультативного перестраховання, він надсилає перестраховикові коверноту.

## 96. Специфіка договорів перестраховання

В основі перестраховання лежить договір, згідно з яким одна сторона (цедент) передає повністю або частково страховий ризик (або групу ризиків) іншій стороні – перестраховику, котрий в свою чергу бере на себе зобов'язання відшкодувати цеденту відповідну частину страхового покриття.

За способом взаємозобов'язань цедента та цесіонарія договори перестраховання бувають:

- факультативними;
- облігаторними;
- факультативно-облігаторними.

*Факультативне* перестраховання вважається найпростішим. Воно широко використовується за умови великих ризиків. Договір факультативного перестраховання надає повну свободу цеденту у вирішенні питання щодо передачі (часткової чи повної) певного виду ризику та умов цієї передачі. Перестраховик може прийняти цю пропозицію або відхилити її. Розмір перестраховувальних платежів за цим договором визначає ринок. За цим же видом договорів цедент повинен передати частину ризику до початку відповідальності за нього.

Договір *облігаторного* перестраховання зобов'язує цедента передати перестраховику в межах певної частки всі ризики одного й того ж характеру, взяті на страхування в тій чи іншій країні, наприклад, ризики пожежі та непрямі ризики. Передача таких часток ризиків перестраховику здійснюється тільки тоді, коли страхова сума перевищує визначену раніше власну участь страховика.

Перестраховик за умовами цього виду договору зобов'язується прийняти всі ці ризики в перестраховання, не маючи можливості контролювати ні тарифікацію, ні виплати з ліквідації збитків.

Цей вид договору укладається на невизначений строк з правом його розірвання. Договір дуже вигідний для цедента, оскільки всі заздалегідь визначені ризики автоматично покриваються перестраховиком.

Облігаторне перестраховування дешевше від факультативного. Воно передбачає встановлення між цедентом та цесіонарієм стосунків повної взаємної довіри. Передача ризиків відбувається в рамках юридичного документа – договору, який має ряд положень, практично ідентичних для всіх країн світу.

Якщо договір страхування укладено з умовою перестраховування, про це робиться застереження в перестраховому договорі.

Як правило, договір перестраховування набирає сили 31 січня. Іншу дату може бути встановлено в разі створення страхового товариства або відкриття нової галузі протягом року.

*Факультативно-облігаторні* договори перестраховування – це договори «відкритого покриття».

За цією формою цедент вільний у виборі ризику (чи груп ризику), які він хоче передати перестраховику, а також у визначенні їхнього розміру.

Перестраховик зобов'язується прийняти цедовані ризики на попередньо застережених цедентом умовах.

*Перестрахові платежі* за цим договором визначаються на індивідуальній основі за згодою сторін або пропорційно страховим платежам, отриманим при підписанні первинного договору страхування.

Небезпека для цесіонарія за облігаторним та факультативно-облігаторним договорами полягає в тому, що цедент може зробити селекцію ризиків у страховому портфелі і найнебезпечніші передати перестраховику. Тому ці договори мають ґрунтуватися на абсолютній довірі сторін.

Якщо участь перестраховика в кожному переданому йому покритті ризику визначається за заздалегідь обумовленим співвідношенням власної участі цедента, то таке перестраховування називають пропорційним. У практиці пропорційного страхування використовують такі договори:

- квотні;
- ексцедентні;
- квотно-ексцедентні.

*Квотний* перестраховальний договір передбачає передачу цесіонарію премії та збитків в однаковій пропорції в межах певного ліміту прийняття ризиків. Якщо власне утримання цедента становить, скажімо, 30%, перестраховальник отримує 70% премій, сплачених цеденту, і відшкодовує 70% його збитків.

Договір *ексцедентного* перестраховання ґрунтується на тому, що перестраховик бере на себе зобов'язання відповідати за полісами, які покривають суми, що перевищують ліміти власної участі страховика в покритті ризику. В договорі передбачається кількість лімітів, які можуть бути передані перестраховальнику.

Максимум власної участі страховика в покритті ризику називається *ексцедентом*. Перевищення цього ліміту передається в перестраховання. Максимальна участь перестраховальника у покритті ризику визначається *кратністю* власної участі цедента.

*Квотно-ексцедентний* договір поєднує засоби двох уже названих.

Портфель за такими договорами перестраховується квотно, а перевищення сум страхування ризиків понад встановлену квоту (ліміт) у свою чергу підлягає перестрахованню на засадах ексцедентного договору.

При пропорційних договорах страхові інтереси цедента та цесіонарія збігаються. При непропорційних – цедент може домагатися певних результатів, а перестраховик – зазнати збитків. Здебільшого ці договори діють у зв'язку з подіями, а не ризиками, їхня мета – захист цедента:

- від великих збитків;
- від суміщення збитків;
- від подій катастрофічного характеру (землетрусу, урагану і т. ін.).

За цих умов перестраховик бере на себе суму збитку, яка перевищує власне утримання (або *пріоритет*) цедента в межах визначеної суми (ліміт пере-страховального покриття за договором).

*Пріоритет* – власна участь цедента в покритті збитків.

*Ліміт перестраховального покриття* – це максимальна межа відповідальності перестраховика за наслідки одного стихійного лиха.

Непропорційне перестраховання найчастіше використовується при страхуванні цивільної відповідальності власників транспортних засобів за збитки, спричинені третім особам в результаті ДТП,

а також у тих випадках страхування, де немає верхньої межі відповідальності страховика.

Системи перестраховування та розміри власного утримання залежать від галузі страхування. Перестраховування на основі ексцедента сум доцільне для страхування від пожежі і поєднується з покриттям на базі ексцедента збитку в тому разі, якщо пожежа збігається з подіями катастрофічного характеру. При страхуванні автомобілів та цивільної відповідальності перестраховування здійснюється на основі ексцедента збитку.

В Україні ще немає закону про перестраховування. Регламентація діяльності з перестраховування здійснюється на основі Постанови Кабінету Міністрів України від 24 жовтня 1996 року за № 1290 «Про затвердження Положення про порядок здійснення операцій з перестраховування». Це положення регламентує порядок укладання договорів перестраховування вітчизняних страховиків за межами України з перестраховиками-нерезидентами, але не врегульовує проблем взаємин страхових компаній всередині країни. І незважаючи на те, що Положення має досить суттєве значення для страхування у галузі ядерної енергетики, космосу тощо, які насправді потребують об'єднання міжнародних фінансових можливостей, це абсолютно не виправдовує байдужості національного законодавства щодо цедування прийнятих українськими страховиками ризиків, вартість яких не може бути покрита самотужки. Законодавче забезпечення перестраховування покликане, з одного боку, підняти довіру до інституту страхування, а з іншого – стимулювати наші капітали обслуговувати національну економіку

## 97. Зміст факультативного перестраховування

**Факультативне, тобто необов'язкове**, перестраховування передбачає, що відносини перестраховувальника і перестраховика формуються за кожним конкретним ризиком, що підлягає перестраховуванню. Перестраховувальник може не передавати ризик у перестраховування даному перестраховику, який, у свою чергу, не зобов'язаний його брати або може брати його частково.

Фактично перестраховувальник, беручи на себе ризик, у подальшому не має гарантії того, що він зможе вдало розмістити його в перестраховування, а це, природно, несприятливо позначається на його фінансовому становищі і фінансовому становищі його клієнтів.

З іншого боку, перестраховальник і перестраховик не пов'язані один із одним жодними довгостроковими зобов'язаннями з прийому й передачі ризиків у перестраховання, володіють певною свободою у виборі партнерів і мають можливість перестраховувати ризики на взаємовигідних умовах, що сприяє зниженню вартості страхової послуги для клієнта при прямому страхуванні.

Перестраховальні відносини на факультативній основі будуються в такий спосіб. **Підписанню конкретних договорів факультативного перестраховання (ковернотів) передують підписання договору про співробітництво у галузі факультативного перестраховання**, що не містить даних про конкретний ризик, а лише встановлює загальні умови конкретних договорів перестраховання, які сторони планують укласти надалі.

Кожна зі сторін, що підписала цей договір, може брати від іншої сторони або передавати їй на перестраховання ризики відповідно до видів страхування, зазначених у ліцензіях сторін, тобто виступати як у ролі перестраховальника, так і в ролі перестраховика.

Також у договорі про співробітництво в галузі факультативного перестраховання докладно описуються механізм передачі ризиків у перестраховання і механізм відшкодування збитків, інші розрахунки, порядок розгляду суперечок, встановлюються права та обов'язки сторін, їхня відповідальність, а також термін дії цього договору.

У певних випадках цей договір передбачає допомогу однієї зі сторін під час оцінювання ризику, при визначенні умов договору страхування, заходів для запобігання збитків і консультації з даних питань. Нерідко перестраховальник і перестраховик здійснюють спільну інспекцію ризику за місцем розташування об'єкта страхування.

На підставі договору про співробітництво в галузі факультативного перестраховання сторони можуть укласти конкретні **договори факультативного перестраховання – коверноти** окремо за кожним ризиком (або групою ризиків).

Предметом конкретного договору перестраховання (ковернота) є зобов'язання однієї сторони (перестраховика) за обумовлену в коверноті плату (перестраховальну премію) відшкодувати іншій стороні (перестраховальнику) частину витрат, що виникли в результаті

здійснення перестраховальником страхової виплати за оригінальним договором страхування.

Коверноти також можуть доповнювати або змінювати умови перестраховування, раніше описані в договорі про співробітництво у галузі факультативного перестраховування.

Перестраховальник після виникнення в нього конкретного ризику, який він бажає перестрахувати за умовами договору про співробітництво у галузі факультативного перестраховування, висловлює пропозицію з факультативного перестраховування у вигляді ковернота і направляє її перестраховику.

Після одержання ковернота перестраховик упродовж визначеного терміну, передбаченого умовами договору про співробітництво у галузі факультативного перестраховування, розглядає умови передачі ризику, що зазначаються в коверноті, за відсутності зауважень підписує документ і направляє його перестраховальнику. Саме з цього моменту ковернот вважається укладеним.

Якщо перестраховик вважає за необхідне внести до ковернота зміни (доповнення), то він в усній або письмовій формі погоджує їх з перестраховальником, після чого останній повторно направляє перестраховику ковернот із внесеними змінами (доповненнями). Перестраховик підписує відкоригований ковернот і направляє його перестраховальнику.

Якщо впродовж терміну, встановленого умовами договору про співробітництво у галузі факультативного перестраховування, сторони не змогли врегулювати розбіжності з перестраховування конкретного ризику, ковернот вважається непідписаним, а перестраховування – таким, що не відбулося.

У випадку завдання збитків за перестрахованим ризиком перестраховальник упродовж зазначеного в договорі про співробітництво у галузі факультативного перестраховування терміну з моменту виплати страхового відшкодування страхувальнику зобов'язаний направити перестраховику лист (рахунок) про виплату його частки страхового відшкодування і комплект документів, який містить:

- копію страхового акта або іншого документа, що фіксує страхову подію за правилами перестраховальника;
- копії всіх документів, на підставі яких складався страховий акт (згідно з оригінальним договором страхування), зокрема, копії офіційних висновків компетентних органів про подію, що відбулася, і причини її настання;

- калькуляцію збитків;
- копію документа, що підтверджує виплату перестраховальником страхового відшкодування страхувальнику;
- розрахунок частки перестраховика, що підлягає виплаті.

Перестраховик після одержання заяви на відшкодування збитків має право вимагати в перестраховальника додаткову інформацію і документи про подію, що відбулася, а також про розміри збитків, після чого приймає рішення про виплату або відмову у виплаті, повідомивши про причини відмови перестраховальника в терміни, зазначені раніше в договорі про співробітництво у галузі факультативного перестраховання.

Очевидно, що термін на оформлення факультативного перестраховання й досить тривалий, тому при збільшенні обсягу страхових операцій виникає потреба прискорити механізми передачі ризиків, що й зумовило розвиток облігаторного перестраховання.

## 98. Характеристика облігаторного перестраховання

**Облігаторне перестраховання** встановлює більш тісний зв'язок між сторонами, ніж одиничні перестраховальні цесії, і передбачає передачу в перестраховання певної сукупності ризиків, як правило, одного виду страхування, однорідних за ступенем ризику, характеру об'єктів тощо.

Облігаторне перестраховання обов'язкове для обох сторін: відповідно до договору перестраховальник зобов'язаний передавати, а перестраховик – брати в перестраховання всі ризики, що підпадають під дію договору. З цього виходить, що перестраховик, зобов'язаний брати такі ризики, не визначає і не оцінює ризик у кожному конкретному випадку, а цілком довіряє перестраховальнику брати ризики на власний розсуд і регулювати збитки в загальних інтересах перестраховальника і перестраховика.

В основу перестраховання на облігаторній zasadі покладено договір облігаторного перестраховання, що містить такі істотні умови:

- тип перестраховання;
- докладний опис ризиків, що передаватимуться в перестраховання згідно з цим договором;
- обмеження в перестрахованні;



- умови перестраховування;
- метод розподілу між сторонами страхової відповідальності із зазначенням часток;
- порядок розрахунків;
- права та обов'язки сторін;
- відповідальність сторін;
- термін дії та умови розірвання договору;
- порядок урегулювання спорів;
- реквізити і підписи сторін.

Конкретні ризики, що підпадають під дію цього договору, передаються перестраховику на підставі реєстру (так званого **бордеро премій**), що є переліком цих ризиків з докладним описом. Як правило, бордеро премій містить такі дані:

- номер і дату оригінального договору страхування (поліса, сертифіката);
- найменування об'єкта страхування;
- період страхування;
- страхова сума;
- розмір відповідальності перестраховальника;
- розмір перестраховальної премії.

Перестраховальник складає бордеро премій і передає перестраховику по закінченні звітного періоду в терміни, встановлені в договорі облігаторного перестраховування.

За наявності збитків, що підлягають відшкодуванню перестраховиком відповідно до умов договору облігаторного перестраховування, перестраховальник направляє перестраховику в супроводі відповідних страхових актів і документів, що підтверджують розмір збитку, **бордеро збитків**, де зазначаються:

- номер і дата оригінального договору страхування (поліса, сертифіката);
- дата настання страхової події;
- опис пошкодження об'єкта;
- повний розмір збитків;
- розмір страхового відшкодування, виплаченого страхувальнику;
- сума, що підлягає виплаті перестраховальнику перестраховиком.

У практиці перестраховування також використовується об'єднання факультативного та облігаторного методів перестраховування, так зване змішане перестраховування: факультативно-облігаторне та облігаторно-факультативне.

## **99. Особливості факультативно-облігаторного перестраховування**

**Факультативно-облігаторне перестраховування** дає перестраховальнику свободу в прийнятті рішень – які ризики і в якому розмірі слід передати перестраховику. Перестраховик за таким договором зобов'язується брати обумовлені договором ризики. Перестраховальник може відібрати ризики, які передаватимуться в перестраховування, а також визначати величину передачі. Для перестраховиків такий договір не завжди цікавий, може бути не вигідним і небезпечним, оскільки перестраховальник, проаналізувавши ризики у страховому портфелі, передасть у перестраховування тільки найбільш небезпечні з них. Тому договори факультативно-облігаторного перестраховування перестраховики укладають тільки з такими перестраховальниками, які користуються повною довірою, на підставі багаторічної практики їхнього взаємного співробітництва.

Зрозуміло, що перестраховик, який укладає факультативно-облігаторний договір, має повною мірою довіряти компанії-цеденту, оскільки його інтереси та збалансованість портфеля залежать від перестраховальника. Тому перестраховик не завжди зацікавлений у факультативно-облігаторному договорі, віддаючи перевагу звичайній факультативній цесії, яка дає йому змогу всебічно проаналізувати кожний ризик.

Факультативно-облігаторне перестраховування застосовується в особливо великих, небезпечних ризиках, у разі можливої кумуляції збитків, коли вичерпана місткість пропорційних договорів.

Облігаторно-факультативне перестраховування, навпаки, передбачає обов'язковість для страховика, а факультативність – для перестраховика. З огляду на світовий досвід такі договори частіше застосовують страхові компанії зі своїми філіями. За облігаторно-факультативним договором перестраховикові надається можливість відбирати вигідніші ризики, що небажано для незалежного страховика (цедента), оскільки може порушити баланс його страхового портфеля.

## **100. Порівняльний аналіз методів перестраховування**

Облігаторне перестраховування передбачає обов'язкове віддавання перестраховальником раніше узгодженої частини ризику за всіма покриттями. Перестраховик також обов'язково має приймати ці частини ризиків згідно з умовами договору.

У договорі облігаторного перестраховування обов'язково визначаються ліміти відповідальності, термін дії договору, перестраховувальна премія, перестраховувальна комісія, обмеження щодо покриття, схема розрахунків тощо. Перестраховування на облігаторній основі має універсальний характер, тобто використовується в усіх видах страхування, діє на всіх страхових ринках світу. Облігаторне перестраховування дало поштовх до розвитку техніки перестраховування, що посприяло розробленню системи договорів у різних галузях і видах страхування.

У практиці перестраховування інколи використовується поєднання методів перестраховування, так зване факультативно-облігаторне перестраховування і облігаторно-факультативне перестраховування.

У разі факультативно-облігаторного перестраховування компанія-цедент передає чи залишає в себе ризики або їхню частину. Перестраховик згідно з таким методом перестраховування зобов'язаний прийняти обумовлені договором ризики. Отже, факультативність передбачається для страховика (цедента), а облігаторність – для перестраховика.

## **101. Зміст активного та пасивного перестраховування**

*Перестраховування* – це страхування особливого виду. Зміст його полягає у передачі частини ризику (ризиків) у відповідальність іншому спеціалізованому страховику, тобто перестраховику. Страховика, котрий безпосередньо працює зі страхувальниками щодо взяття на себе їхніх ризиків, називають «прямим страховиком», або страховиком, що передає ризики. Процес передачі частини взятих на себе ризиків іншим страховикам з метою створення такого страхового портфеля, який забезпечував би стійкість і рентабельність страхових операцій, називають перестраховуванням.

Розрізняють активне та пасивне перестраховування.

**Активне** перестраховування полягає у прийнятті іноземних ризиків для покриття або продажу страхових гарантій.

**Пасивне** перестраховування – це передача ризиків іноземним страховикам (купівля страхових гарантій). Головна його мета – передача відносно дрібних ризиків великій кількості перестраховиків у різних країнах. Завдяки цьому досягається стабільність страхового портфеля та встановлюються широкі контакти на ринку перестраховування.

Процедура підписання договору перестраховання і пов'язаних із цим взаєморозрахунків залежить від того, належить договір до активного чи пасивного перестраховання. Укладання договорів пасивного перестраховання в цілому видається простішим ніж укладанням договорів активного перестраховання. Слід, проте, врахувати, що страховики, віддаючи частину ризиків зі свого портфеля в перестраховання, прагнуть отримати контралімент чи зв'язати підписання договору пасивного перестраховання з висновком договору активного перестраховання. Крім того, цедент прагне отримати вигідні для себе умови договору пасивного перестраховання, тобто отримати максимально можливу комісійну винагороду й у прибутках перестраховиків.

Одним з розділів пасивного перестраховання є ретроцесі. Мета ретроцесії – подальший перерозподіл ризику і навіть часткове задоволення вимог партнера в отриманні контралімента. Перерозподіл ризику у вигляді ретроцесії відбувається цим шляхом, як і раніше при перестрахованні, тобто. ретроцедент отримує комісійну винагороду, право щодо участі в прибутках.

Основний принцип, вживаний у пасивному перестрахованні, – передача щодо дрібних часток ризику великому числу перестраховальників у різних країнах. Тим самим досягається велика стабільність перестраховальних оборотів і встановлюються широкі контакти над ринком перестраховань.

Активне перестраховання, як відомо, залежить від прийняття на перестраховання договорів, пов'язаних прямими страховиками, чи переданих часткою від інших перестраховиків.

Проведення активного перестраховання потребує широких знань у галузі міжнародного страхового ринку, наявного попиту послуг страхування і перестраховання, аналізу цінового чинника цих послуг і тенденцій їх розвитку. Розглядаючи пропозиції (оферти) щодо активного перестраховання, перестраховальник застосовує ретельну селекцію (відбір) ризиків. Підставою для селекції є інформація, що надійшла в розпорядження перестраховальника щодо позицій цедента, зайнятих на страховому ринку, і навіть репутації брокера, через якого надійшла пропозицію укласти договір перестраховання. Акцепт оферти й визначення умов перестраховання залежать від обраної системи перерозподілу ризику (квотна чи ексцедентна), обсягу покриття та підвищення рівня максимальної відповідальності перестраховальника в цьому страховому випадку.

Одночасно обумовлюються комісійна винагорода для цедента і брокера і система участі у прибутках.

З метою адекватного визначення перестраховальних платежів необхідною умовою є аналіз динаміки збитковості в страховому портфелі цедента за кілька років. Аналізуються також поточні і перспективні зміни в структурі страхового портфеля.

Формально процедура підписання договору активного перестрашування аналогічна процедурі підписання договору пасивного перестрашування з тією лише різницею, що більшість договорів активного перестрашування укладається за посередництва маклерів (брокерів). Нині зростає роль брокерів над ринком перестрашувань. Брокерами можуть бути фізичні і юридичні (акціонерні товариства) особи.

Перестраховальник, акцептуючи оферту, запропоновану йому безпосередньо цедентом чи через довіреного маклера, укладає договір перестрашування і одночасно визначає відсоток від своєї участі у перестрашуванні ризиків. Початковий акцепт перестраховника щодо прийнятих ризиків може змінитися залежно від частки інших перестраховиків. Цедент (чи від його імені перестраховальний брокер) по отриманні звістки про акцепті оферти підготовляє остаточний текст договору перестрашування, підписує його й пересилає для підпису перестраховикові.

Розвиток активного перестрашування іде в напрямі якомога більшої числа партнерів у багатьох країнах. Це дає гарантію перестраховикові отримати позитивні результати.

## **102. Умови пропорційного перестрашування**

Пропорційне перестрашування включає договори квотного та ексцедентного перестрашування, згідно з якими перестраховик має свою частку в загальній сумі збитків і загальній сумі премій.

Пропорційне перестрашування (відоме також як квотне перестрашування – від. англ. «quota share») – перестрашування, за якого перестраховик приймає «на себе» квоту – певну частку (у відсотках) у кожному полісі, що підписує страховик, а потім *у тій самій пропорції* розділяє (зі страховиком) усі страхові премії та збитки. Власні можливості страховика можуть дозволити йому підписати у страховому полісі ризик до, скажімо, 1 млн грн, але купуючи пропорційне перестрашування, він зможе подвоїти чи потроїти цю межу.

Наприклад, страхова компанія може придбати пропорційну угоду з 50% розподілом часток; у цьому випадку вона буде розділяти з перестраховиком половину всіх збитків (і премій). У випадку угоди з 75% розподілом страховик передасть  $3/4$  усіх втрат (збитків) і премій.

Пропорційне перестраховування будується на основі розподілу відповідальності (пропорційно розподіляються між сторонами відповідальність, премії і страхові відшкодування), а непропорційне – на основі очікуваних збитків. В останньому випадку участь перестраховиків у збитку актуальна лише після того, як cedent виплатить заздалегідь обумовлену певну частку (пріоритет).

Пропорційні договори передбачають, що відповідальність за ризиком, яка підлягає передачі в перестраховування, розподіляється між страховиком і перестраховиком пропорційно, що передбачає пропорційну участь перестраховика і cedenta в усіх оригінальних ризиках, преміях і збитках. Розрізняють такі види пропорційного перестраховування: квотні, ексцедентні і квотно-ексцедентні. За умовами договору квотного перестраховування компанія передає в перестраховування в узгодженій з перестраховиком частці всі без винятку прийняті на страхування ризику з певного виду страхування чи групі суміжних страхувань. Частка участі в перестраховуванні виражається у відсотку від страхової суми, але можливе й обумовлення конкретною величиною (квотою). Крім того, в договорах цього виду для різних класів ризику за бажанням перестраховика встановлюються верхні межі (ліміти) відповідальності перестраховика. Перестраховик отримує відповідну частку премії і в такій же частці бере участь у відшкодуванні шкоди, завданої в результаті настання страхового випадку, незалежно від розмірів цього збитку.

### **103. Характеристика квотного перестраховування**

Перестраховування – страхування одним страховиком (cedентом, перестраховальником) на визначених договором умовах ризику виконання частини своїх обов'язків перед страхувальником у іншого страховика (перестраховика) резидента або нерезидента, який має статус страховика або перестраховика, згідно із законодавством країни, в якій він зареєстрований.

Перестраховування у страховика (перестраховика) нерезидента здійснюється згідно з вимогами та в порядку, встановленими Кабінетом Міністрів України.

Пропорційне перестраховання – історично найбільш давня і, власне кажучи, до кінця ХІХ ст. єдина загальна форма перерозподілу ризику. З цього погляду пропорційне перестраховання носить ще назву традиційного перестраховання. Договір пропорційного перестраховання передбачає, що частка перестраховальника в кожному переданому йому для покриття ризику визначається за заздалегідь обговореним співвідношенням власної участі цедента. Участь перестраховальника в платежах і відшкодуванні збитку відбувається за таким самим співвідношенням, що і його участь у покритті ризику. В узагальненій формі пропорційне перестраховання діє за принципом «перестраховальник розподіляє ризик цедента». Цей принцип, як буде видно далі, не використовується в договорах непропорційного страхування.

У практиці страхової роботи сформувалися такі форми договорів пропорційного перестраховання: квотний, ексцедентний; квотно-ексцедентний, чи змішаний.

У договорі квотного перестраховання цедент зобов'язується передати перестраховальникові частку в усіх ризиках цього виду, а перестраховальник зобов'язується прийняти ці частки. Звичайно, частка участі в перестрахованні виражається у відсотку від страхової суми. Іноді участь перестраховальника може бути обговорено конкретною сумою (квотою). Крім того, у договорах цього типу за бажанням перестраховальника встановлюються для різних класів ризику верхні межі (ліміти) відповідальності перестраховальника.

### **104. Умови договору ексцедентного перестраховання**

Договір ексцедентного перестраховання має ряд відмінностей від договору квотного перестраховання. Ексцедентне перестраховання може привести до повного вирівнювання тієї частини страхового портфеля, що залишилася як особиста участь цедента в покритті ризику.

Пристаюючи до висновку договору ексцедентного перестраховання, сторонни визначають розмір максимальної власної участі страховика в покритті визначених груп ризику. Для цього вдаються до аналізу статистичних даних і проведення актуарних розрахунків. Максимум власної участі страховика називається ексцедентом.

Перевищення страхових сум за встановлений рівень (лінію) власної участі страховика в покритті ризику передається в перестраховання одному чи декільком перестраховальникам. Таке пере-

вищення страхових сум ризику, переданих у перестраховання, називається надбанням ексцедента.

Договір ексцедентного перестраховання визначає максимальний рівень у кожній групі ризиків, що перестраховальник зобов'язаний прийняти в покриття. Максимум участі перестраховальника в покритті ризику називається кратністю власної участі цедента. Якщо, наприклад, максимум участі перестраховальника дорівнює 9 часткам власної участі цедента, то, говорячи мовою страхової термінології, договір перестраховання передбачає покриття 9 часткою (ліній), чи 9 перестраховальних максимумів.

У ексцедентного перестраховання виключаються будь-які ризики, страхова сума яких дорівнює встановленій для данного портфеля частці власної участі страховика. І навпаки, ризики, страхова сума яких перевищує власну участь страховика, вважаються перестрахованими. Відсоток перестраховання буде тим більший, чим вища страхова сума для даного ризику. У разі ексцедентного перестраховання пропонується гірше співвідношення ціни та якості, оскільки обираються менші утримання на ведення справи.

Але сегмент комерційної нерухомості – саме той, де постає найвищий ризик «високої частоти середніх та великих вимог».

Цей ризик має вплив на вимоги до капіталу.

Крім того, ексцедентне перестраховання працює нібито «за повноваженнями» перестраховання катастроф, оскільки воно зменшує обсяг перестраховання катастроф.

Тому підхід на основі фінансових показників не повністю переконливий.

## **105. Механізм здійснення квотно-ексцедентного договору**

Договір змішаного перестраховання – квотно-ексцедентний – застосовується на практиці порівняно рідко. Він являє собою поєднання двох перерахованих вище видів перестраховальних договорів. Портфель цього виду страхування перестраховується квотно, а перевищення сум страхування ризиків понад установлену квоту (норми) підлягає перестрахованню на принципах ексцедентного договору.

У разі якщо обсяги страхових платежів, що передаються в перестраховання нерезидентам, перевищують 50 % їхнього загального розміру, отриманого з початку календарного року, перестраховаль-



ник подає до Уповноваженого органу декларацію за звітний період за формою, встановленою Кабінетом Міністрів України.

У декларації страховик (перестраховальник) зобов'язаний вказати інформацію про ризики та об'єкти страхування, які перестраховуються у нерезидентів, дані про нерезидентів – перестраховиків та про перестраховиків брокерів, іншу інформацію, визначену Кабінетом Міністрів України.

Уповноважений орган може проводити тематичні перевірки страховиків на підставі аналізу поданих декларацій.

## **106. Умови використання непропорційного перестраховування**

Непропорційне перестраховування застосовується в різних видах страхування, але найчастіше – за договорами страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів за збитки, спричинені третім особам у результаті ДТП. Непропорційне перестраховування поділяється на договір ексцедента збитку і договір ексцедента збитковості.

За договором ексцедента збитку механізм перестраховування вступає в дію тоді, коли остаточна сума збитку за застрахованим ризиком перевищує обумовлену в договорі суму (пріоритет, франшизу) в разі настання страхового випадку. Перестраховування на базі ексцедента збитку полягає в тому, що страховик бере участь у компенсації частини страхової виплати, яка здійснюється страховиком тільки тоді, коли такий збиток у разі настання одного страхового випадку перевищить обумовлену договором страхування суму. Зазвичай такий договір укладається відносно всіх договорів одного виду страхування, укладених прямим страховиком.

За договором ексцедента збитковості покриваються не окремі ризики (збитки), а збитковість за всім портфелем договорів, які має цедент заданим видом страхування. Перестраховик бере участь у відшкодуванні збитків у тих випадках, коли збитковість за певний строк перевищує обумовлений договором перестраховування відсоток.

Практика страхового підприємництва свідчить, що депо створюється переважно при укладанні пропорційних договорів перестраховування. Це зумовлюється тим, що при проведенні перестраховування на базі договору ексцедента збитку та календарного року немає резерву премій, а це не дає економічних підстав для створення й утримання

депо незароблених премій. У свою чергу, премія за договором ексцедента збитку розраховується відповідно до страхового покриття і не враховує депо. Щодо перестраховання великих страхових ризиків, то кожен з них у випадку реалізації покривається перестраховиком, згідно з договором, відразу після надання відповідних документів і не потребує попереднього створення запасів коштів у цедента.

Розрахунки між сторонами договору охоплюють підсумкові фінансові результати цедента (або лише відшкодування за виключно великими збитками), а не лише окремі договори страхування і збитки, як це буває під час укладання договорів пропорційного перестраховання.

Одним із варіантів непропорційного перестраховання є перестраховальне перевищення збитків, коли страховик намагається не вирівнювати окремі ризики певного виду, а переслідує мету забезпечити фінансову рівновагу страхових операцій в цілому, яка може бути порушена припиненням збитку в особливо великих розмірах з деяких ризиків страхового портфеля.

За зазначеними умовами договору, перестраховик бере зобов'язання покрити ту частину збитку, яка вища від встановленої суми власної участі цедента, але нижча від зафіксованої в договорі суми, що дорівнює верхній межі відповідальності перестраховика. Взяті таким чином зобов'язання стосуються всіх збитків, які були зумовлені одним стихійним лихом, що складає страховим ризиком.

Якщо в результаті настання страхового випадку буде завданий збиток багатьом страхувальникам, то він розглядатиметься виключно як груповий збиток. Зобов'язання страховика встановлюються відносно групового збитку.

Власна участь цедента у покритті збитку називається пріоритетом, або франшизою, а верхня максимальна межа відповідальності перестраховика за наслідки одного стихійного лиха, яке спричинило збиток, — лімітом перестраховального покриття.

## **107. Сутність співстрахування та механізм його застосування**

Один і той самий об'єкт страхування може бути застрахований за одним договором страхування і, за згодою страхувальника, кількома страховиками.

Співстрахування – страхування, при якому два та більше страховиків беруть участь визначеними частками у страхуванні одного

й того самого ризику, видаючи спільні чи окремі поліси, кожний на страхову суму у своїй частці.

При цьому договір має містити умови, що визначають права і обов'язки кожного страховика.

За наявності угоди між співстрахувальниками та страхувальником один зі співстраховиків може представляти всіх інших у відносинах із страхувальником, залишаючись відповідальним перед ним лише у розмірі своєї частки.

На практиці страховик, котрий бере участь у страхуванні в меншій частці, підпорядковується умовам, узгодженим страхувальником, що має більшу частку. Однак це не зобов'язує його, як прийнято у пропорційному перестраховуванні, підпорядковуватися всім рішенням лідируючого страховика та сплачувати свою частку у збитках на тій підставі, що інші страховики сплатили свої частки.

Якщо страхувальник застрахував об'єкт не на повну суму, він розглядається як один із страховиків і несе відповідальність за недострахованою часткою. Інколи страховики, які беруть участь у співстрахуванні, вимагають, щоб страхувальник сам виступав співстраховиком, тобто утримував на власній відповідальності частину ризику.

Інколи співстрахування розглядається як окремий випадок перестраховування, коли одночасно кілька страховиків за взаємним узгодженням приймають чи передають на страхування великі ризики.

І це не випадково. Хоча з юридичного погляду співстрахування та страхування різні, за своєю економічною сутністю вони дуже схожі. В обох випадках здійснюється розподіл страхових внесків та страхових виплат, наявна співучасть у преміях та страхових ризиках. В обох випадках відповідно координуються страхові фонди різних страховиків (перестраховиків), які одночасно беруть участь в одному й тому самому страхуванні.

Співстрахувальні ознаки можна спостерігати на прикладі перестраховувальних пулів (об'єднань, фондів).

Пул ґрунтується на концепції взаємності. Сутність його полягає в тому, що премія та суми збитків за відповідними ризиками передаються до пулу, який розподіляє проходження операцій між членами пулу згідно з розміром премії, що її передано до пулу.

Розрізняють два типи пулів: пули страхування та пули перестраховування.

Зауважимо, що багато з пулів не виправдали надій, оскільки середній результат діяльності страхових компаній, які не були членами пулів, був вищий, ніж у членів пулу.

Проте створення пулів було доречним під час страхування ризиків з потенційною катастрофічною відповідальністю (наприклад, страхування атомних електростанцій, авіаційних ризиків). Об'єднання страховиків до пулів відбувається також за каско суден, у разі страхування нафторизиків, коштовностей тощо.

Раніше в деяких країнах пули створювались для скорочення обсягу операцій з перестраховування, що виходять за межі країни.

Об'єднання страховиків до пулів виправдане також в разі проведення небажаних з технічного погляду страхових операцій або невеликих та вузькоспеціалізованих операцій окремих страховиків, для яких важливо утримати спеціалістів у цій галузі, також виправдовує діяльність пулів. Мало місце створення регіональних перестраховувальних пулів, мета яких полягала в міжнародному розподілі ризиків.

Учасники пулу зобов'язані приймати всі зазначені в угоді ризики тільки в межах пулу. Вони також повинні брати участь в усіх ризиках, що передані до пулу, чи колективно підписаних усіма його членами.

Нерідко через пул здійснюється перестраховування ризиків. У такому разі договори страхування спочатку укладаються окремими його учасниками, а надалі передаються повністю до пулу. Частина кожного члена пулу в перестрахованні визначається на підставі пропорційного розподілу. Частина, яку отримує кожний з учасників пулу, має вигляд фіксованого відсотка.

Пул, створений на базі співстрахування, має принципові особливості. Він відрізняється від перестраховувального пулу тим, що в полісі, який видається страхувальнику, зазначається перелік членів пулу, які беруть участь у страхуванні певного ризику, і їхня частка в страховій сумі. У тому разі, коли в пулах зі співстрахування беруть участь і професіональні перестраховики, які не укладають прямих договорів страхування, їхня частка повинна бути погоджена і підписана прямими страховиками, що беруть участь у конкретному пулі.

Кожний із учасників пулу бере участь у ризиках, що покриваються пулом, на підставі схеми пропорційного розподілу. Частина кожного члена пулу визначається у відсотках від загальної місткості пулу під час його створення. Із зарубіжної практики відомі також

випадки визначення частки в абсолютних частках (наприклад, 15 із 100 часток), а інколи і в фіксованих сумах. Для країн з високим рівнем інфляції такий метод визначення пайової участі не зручний.

Один із головних принципів організації страхового пулу – це визначення ліміту його відповідальності.

Ліміт відповідальності пулу, чи максимальний обсяг зобов'язань за договором страхування, що укладений від імені пулу, установлюється в угоді про пул як сукупність максимальних обсягів відповідальності кожного учасника пулу. У свою чергу, максимальний обсяг відповідальності кожного страховика за окремим ризиком за договором страхування не може перевищувати 10% сплаченого статутного фонду і сформованих вільних резервів та страхових резервів страховика.

## **108. Особливості становлення ринку перестраховання в Україні**

Незалежно від обсягів зібраних страхових премій страховик зобов'язаний мати в розпорядженні кошти, достатні для задоволення вимог страхувальників по страхових виплатах. Тому перше питання для страховика – реальна оцінка власних можливостей за прийнятими ризиками на страхування, тобто розмір власного утримання за договором страхування. При недостатніх розмірах власних коштів українських страховиків таке обмеження потребує використання перестраховання.

На сьогодні умовами чинного страхового законодавства встановлено максимальний розмір власного утримання, недостатній рівень якого зобов'язує страховика перестраховувати ризик виконання прийнятих зобов'язань у перестраховиків резидентів або нерезидентів (ст.30 Закону України «Про страхування»).

При цьому державна політика регулювання страхового ринку та інтереси кожного окремого страховика мають збігатися в питаннях підвищення капіталізації, фінансової стабільності і платоспоможності.

Вплив умов перестраховання як на фінансовий результат діяльності страховиків, так і на економіку держави в цілому достатньо відчутний і має тим більше значення, чим більша частина ризиків передається на перестраховання, особливо за участю перестраховиків-нерезидентів.

На сьогодні ринок перестраховання має тенденції до зростання обсягів перестраховання частини відповідальності за договорами

страхування як в Україні, так і за кордоном. Як правило, за договорами перестраховування передається близько половини всіх прийнятих на страхування зобов'язань.

Звичайно, через різні причини вже сталою тенденцією превалювання здійснення операцій перестраховування за межами України. Водночас вплив валюти за кордон посилює тиск на гривню. Але останніми роками ці процеси поступово уповільнюються. Тобто, якщо в 2000 році темпи приросту перестраховування в нерезидентів були 86,3%, то вже в 2001 – 52,28%.

Це суттєві позитивні зрушення, які зумовлюють перспективу використання потенціалу українського ринку перестраховування. А також сприяють збільшенню інвестиційного капіталу в Україні.

Нині всі розуміють, що повністю розмістити великі ризики на внутрішньому ринку неможливо і не враховувати географії страхування недоцільно. Разом з тим необхідно знайти оптимальне співвідношення між частками ризиків, які передаються на перестраховування за кордон, і тими, які залишаються в Україні. На жаль, не всі українські страховики, які традиційно утримують певну частку ринку, працюють за такими принципами.

Отже, зважаючи на стан страхового ринку України, можна назвати плюси та мінуси страхової діяльності. Серед позитивних моментів – стійка тенденція до зростання капіталу, обсягів активів, зобов'язань страховиків, що є необхідною умовою їхнього стабільного функціонування та розвитку. Однак актуальними залишаються проблеми підвищення рівнів капіталізації та ліквідності активів, платоспроможності, поліпшення якості страхових послуг, активів і пасивів та збільшення обсягів інвестування реального сектора економіки.

З метою подальшого розвитку страхового ринку Міністерством фінансів України й надалі буде проводитися робота в напрямі реалізації державної політики щодо удосконалення системи державного регулювання страхової діяльності.

## **109. Визначення та склад доходів страховика**

Головна особливість діяльності страховика, яка полягає в тому, що він спочатку акумулює кошти (створює страховий фонд) і лише згодом зазнає витрат у вигляді страхових виплат, зумовила специфіку його доходів. Страховик може отримувати такі види доходів:

- доходи від страхової діяльності;
- інші доходи, в тому числі доходи від інвестиційної діяльності.

**Доходи від страхової діяльності.** Доходів від страхової діяльності страховика належать:

- страхові премії, отримані за укладеними з ним договорами страхування і перестраховування;
- комісійні винагороди, отримані страховиком за перестраховування його ризиків;
- частки від страхових відшкодувань, сплачені іншими перестраховиками;
- повернуті страховику суми з централізованих страхових резервних фондів;
- повернуті страховику суми страхових (технічних) резервів, інших, ніж резерви незароблених премій, у випадках і на умовах, які передбачені законодавством.

Страхові премії, які страховик отримує за надані ним страхові послуги, – первинний і головний вид доходів від страхової діяльності. Страхові премії є основою для подальшого кругообігу фінансових коштів, головним джерелом для створення страхових фондів і фінансування всієї діяльності страховика.

Згідно із Законом України «Про оподаткування прибутку підприємств», валовим доходом страховика від страхової діяльності (для оподаткування результатів страхової діяльності страховика) вважається сума страхових платежів, страхових внесків, страхових премій (далі – сума валових внесків), одержаних (нарахованих) страховиками-резидентами протягом звітного періоду за договорами страхування і перестраховування ризиків на території України або за її межами, зменшений на суму страхових платежів (страхових внесків, страхових премій), сплачених (нарахованих) страховиком за договорами перестраховування з резидентом.

Згідно з вимогами до складання декларації про доходи страховика, валовим доходом страховика від страхової діяльності (для оподаткування результатів страхової діяльності страховика) вважається сума страхових премій, отриманих (нарахованих) страховиком протягом звітного періоду (наприклад, календарного року) за договорами страхування і перестраховування, за відрахуванням сум внесків, переданих у перестраховування, сум повернутих страховальникам премій, які вони зайво сплатили, а також платежів, що

отримані від продажу страхових полісів інших страховиків (якщо цей страховик здійснює агентську діяльність), і премій, отриманих від філій, представництв та інших відособлених підрозділів страховика, що не мають статусу юридичної особи.

Комісійні винагороди, отримані прямим страховиком (цедентом, перестраховальником) за передачу ризиків у перестраховування іншим страховикам, також належать до доходів від страхової діяльності. Цей різновид доходу економічно виправданий тим, що прямий страховик (цедент) сам домовляється зі страхувальником, інспектує об'єкт страхування й аналізує ризики об'єкта, укладає зі страхувальником договір страхування, у повному обсязі відповідає перед ним за компенсацію шкоди і є щодо інших перестраховиків своєрідним посередником, який дає їм можливість одержати додатковий дохід від перестраховування застрахованих цедентом ризиків. Саме за ці послуги оплачується цеденту комісійна винагорода.

Комісійні за перестраховування враховуються у складі доходів від страхової діяльності лише у звітності страховика згідно з вимогами Держфінпослуг, а при оподатковуванні результатів господарської діяльності страховика враховуються згідно з доходами від нестрахової діяльності.

Частини страхових відшкодувань, оплачених перестраховиками, – ще один різновид доходу, який виникає у прямого страховика (цедента) тоді, коли з об'єктом страхування, що був перестрахований ним як цедентом у інших перестраховиків, стався страховий випадок, і цедент виплатив відшкодування в обсязі, що перевищує обсяг відповідальності, яка залишилася на ньому, після перестраховування, а перестраховики компенсували йому свої частини в загальному збитку, що відшкодовується, згідно з умовами договорів перестраховування.

Суми, що повернуті з централізованих страхових резервних фондів, є доходами страховика тоді, коли він, перебуваючи раніше учасником таких фондів, виходить із них. В Україні централізовані фонди створюються на базі Моторного, Авіаційного, Морського страхових бюро і Фонду страхових гарантій «Ексімстрах». До складу цих бюро повинні належати страховики, що здійснюють, відповідно, обов'язкове страхування цивільної відповідальності власників автотранспорту, страхування авіаційних ризиків, страхування морських ризиків і обов'язкове страхування пасажирів від нещасних випадків під час морських перевезень, а також страхування кредитних



ризиків держави, якщо іноземні кредити видаються українським юридичним особам під гарантії Кабінету Міністрів України. Страховики – учасники цих об'єднань – зобов'язані регулярно робити внески, що використовуються згідно з положеннями або установчими документами, які визначають діяльність таких структур.

Якщо внески страховиком були зроблені, а потім він виходить зі складу відповідного об'єднання страховиків, частина внесків повинна бути йому повернута. Можуть бути й інші причини повернення грошей із фондів об'єднань страховиків на адресу конкретного страховика.

Важливим моментом є правильне визначення дати збільшення валового доходу від страхової діяльності. Це дата однієї з двох подій, яка відбувається раніше: або надходження премії, комісійної винагороди або частини страхового відшкодування, оплаченої перестраховиком, на рахунок чи до каси страховика, або початок дії відповідного договору страхування (перестраховування), або прийняття відповідного рішення (про вихід страховика зі складу бюро і повернення йому частини внесків, про повернення суми з резерву збитків та ін.).

Інвестиційна діяльність страховика – інвестування і розміщення тимчасово вільних коштів, які є його власністю або якими він володіє (розпоряджається). Доходи від цієї діяльності є вторинними (похідними) від первинних доходів (зібраних страхових премій), але за обсягом можуть істотно перевищувати первинні доходи. Збираючи страхові премії, страховик накопичує обсяг первинних доходів і має право розпоряджатися ними протягом певного часу. Інвестування тимчасово вільних коштів страхового фонду ґрунтується на ймовірнісному характері обігу коштів цього фонду у процесі страхової діяльності, тому що від моменту надходження премій страхувальників на рахунки страховика до виплати страхових відшкодувань завжди проходить певний час.

Тривалість періоду збереження коштів страхувальників у страховика визначається терміном дії договору страхування. Термін страхування може бути значним, наприклад, в особистому страхуванні договори укладаються на декілька десятків років і навіть довічно. При цьому страховик формує запасні і резервні фонди, кошти яких десятиріччями можуть не використовуватися. Усе це створює об'єктивну основу для участі страховика в роботі ринку вільного капіталу й інвестуванні як власних,

так і накопичених ним коштів (страхових фондів) до економіки. Страховик виступає інституціональним інвестором, основна функція якого в умовах ринкової економіки – залучення вільного капіталу клієнта в обмін на гарантію надання клієнту страхової послуги. Найчастіше саме інвестиційна діяльність забезпечує страховикові основний прибуток, який компенсуватиме його збитки за основною (страховою) діяльністю та витрати на розвиток страхової діяльності. Напрями інвестиційної діяльності страховика залежать від характеру коштів, які він використовує для інвестування. Ці кошти представлені двома групами тимчасово вільних коштів:

- власними коштами страховика;
- коштами страхових резервів (страхового фонду) страховика.

### **110. Класифікація доходів страховика та їхня характеристика**

Головною особливістю діяльності страхової компанії є те, що, на відміну від сфери виробництва, де товаровиробник спочатку здійснює витрати на випуск продукції, а потім уже компенсує їх за рахунок виручки від реалізації, страховик спочатку акумулює кошти, які надходять від страхувальника, створюючи необхідний страховий фонд, а лише після цього несе витрати, пов'язані з компенсацією збитків за укладеними страховими угодами.

Така своєрідна «плата наперед» дає страховикові змогу накопичувати значні фінансові ресурси і виконувати активну роль на ринку капіталу, оскільки акумульовані кошти потребують ефективного управління.

Двоїстий характер діяльності страховика (одночасне здійснення страхової та інвестиційної діяльності) зумовлює специфіку його доходів.

Доходи страховика можна розподілити на три великі групи:

- доходи від основної, тобто страхової, діяльності (всі надходження на користь страховика, пов'язані з проведенням страхування і перестрахування);
- доходи від інвестиційної та фінансової діяльності, тобто пов'язані з інвестуванням і розміщенням тимчасово вільних коштів (як власних, так і коштів страхових резервів);
- інші доходи, тобто ті, які не належать ні до страхових, ні до інвестиційних доходів, але часом з'являються у страховика в процесі його звичайної господарської діяльності і під час надзвичайних подій.

Доходи від страхової діяльності є первинними доходами страхової компанії. Саме на залучення цих доходів розраховує страховик, з'являючись на страховому ринку і пропонуючи страхові послуги за певну плату.

Платою за страхування є страхова премія, яку страхувальник зобов'язаний внести страховикові згідно з договором страхування. Тільки після сплати страхувальником страхової премії (або першого платежу страхової премії, якщо вона сплачується в кілька строків) договір страхування набирає чинності, якщо інше не передбачено угодою сторін. Своєчасне внесення страхових премій – один з найважливіших обов'язків страхувальника щодо страховика. Саме надходження страхової премії приводить у дію механізм страхового захисту.

### **111. Склад та економічний зміст витрат страховика**

Витрати страхової компанії, так само як і доходи, пов'язані з двоїстим характером її діяльності. Виокремлюють витрати на проведення страхових операцій (саме вони формують собівартість страхової послуги) і витрати на проведення інших операцій (витрати, які супроводжують одержання доходів від інвестиційної та фінансової діяльності, а також інших його доходів від звичайної діяльності та надзвичайних операцій).

Понад 90 % загальної суми витрат страхової компанії припадає, безперечно, на «страхові» витрати. Ці витрати дуже неоднорідні. Усю їхню сукупність можна за економічним змістом розподілити на три великі групи:

- 1) виплати страхових сум та страхових відшкодувань за договорами страхування й перестрахування;
- 2) витрати на обслуговування процесу страхування і перестрахування;
- 3) витрати на утримання страхової компанії.

Дві останні групи витрат можна об'єднати поняттям «витрати на ведення справи».

Найвагоміша стаття витрат страховика – виплати страхових сум та страхових відшкодувань.

Згідно із Законом України «Про страхування», страхове відшкодування – це грошова сума, яка виплачується страховиком за умовами майнового страхування і страхування відповідальності в

разі настання страхового випадку. Що стосується особистого страхування, то виплату за умовами такого страхування у вітчизняному страхуванні називають не «страховим відшкодуванням», а «страховою сумою». Використання неоднакових термінів пов'язане з тим, що коли йдеться про відшкодування, то звичайно під ним розуміють компенсацію матеріальних збитків, які мають грошову оцінку. Що ж до шкоди, заподіяної здоров'ю людини, або втрати нею життя, то такі збитки не можна оцінити у грошовій формі. Тому йдеться вже не про компенсацію страховиком матеріальних збитків, а про виплату в разі настання страхової події страхової суми або її частини згідно з умовами договору страхування. Тобто ця виплата має швидше характер фінансової допомоги застрахованому або його родині, ніж відшкодування збитків, як у майновому страхуванні та страхуванні відповідальності. Тому й називається вона не «страховим відшкодуванням», а «страховою сумою».

Страхове відшкодування, згідно з чинним законодавством, не може перевищувати прямого збитку, якого зазнав страхувальник. Непрямі збитки вважаються застрахованими, якщо це передбачено договором страхування.

У разі якщо в майновому страхуванні маємо «недостраховання», тобто страхова сума не дорівнює повній вартості застрахованого об'єкта, а становить лише певну частку його вартості, страхове відшкодування виплачується в такій самій частці від визначених за страховою подією збитків. При цьому використовується пропорційна система страхового забезпечення, якщо умовами страхування передбачене використання іншої системи.

Виплати страхових відшкодувань і страхових сум – це ті витрати, які, відповідно до структури тарифної ставки, забезпечуються страховими нетто-преміями.

Виплату страховик здійснює згідно з договором страхування або керуючись законодавством на підставі заяви страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) і страхового акта (аварійного сертифіката), що складається страховиком або уповноваженою ним особою (аварійним комісаром) у формі, яку визначає сам страховик.

У разі потреби страховик може робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а

також може самостійно з'ясувати причини й обставини страхового випадку. Законодавство зобов'язує підприємства, установи й організації надсилати страховикам відповідь на запит про відомості, пов'язані зі страховим випадком, у тому числі й дані, що є комерційною таємницею. При цьому, згідно із Законом України «Про страхування», страховик несе відповідальність за їхнє розголошення.

Дуже важливе значення має термін сплати страхових сум і страхових відшкодувань на користь страхувальника (застрахованого, правонаступника). Згідно із Законом України «Про страхування», страховик зобов'язаний протягом двох робочих днів, тільки-но стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати. Виплату страховик має здійснити у передбачений договором термін. Він несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату шляхом сплати страхувальникові неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування.

Наступна група витрат страховика – витрати на обслуговування процесу страхування і перестраховування. У практиці західних страхових компаній ці витрати поділяють на аквізиційні, інкасаційні, ліквідаційні.

Аквізиційні витрати – це витрати, пов'язані із залученням нових страхувальників, укладанням нових договорів страхування. Вони можуть включати оплату послуг із розробки умов, правил страхування та проведення актуарних розрахунків; комісійну винагороду страховим посередникам (брокерам, агентам) за укладання й обслуговування договорів страхування; відшкодування страховим агентам витрат на службові поїздки, пов'язані з виконанням їхніх обов'язків; оплату послуг спеціалістів, які оцінюють прийняті на страхування ризики; витрати на виготовлення бланків страхової документації; витрати на рекламу і т. ін.

Інкасаційні витрати – це витрати, пов'язані з обслуговуванням готівкового обігу страхових премій: на оплату праці службовців компанії, які забезпечують отримання страхових премій у готівковій формі; витрати на виготовлення бланків квитанцій і відомостей щодо прийому страхових премій; на оплату банківських послуг, пов'язаних з інкасацією страхових премій.

Ліквідаційні витрати – це витрати, пов'язані з урегулюванням збитків. Вони включають оплату послуг спеціалістів зі з'ясування причин і визначення розміру збитків, завданих об'єктам страхування; витрати на нагромадження відповідної інформації; оплату банків-

ських послуг, пов'язаних зі здійсненням виплат страхового відшкодування; витрати на проїзд аварійного комісара та експертів до місця страхової події і назад; судові витрати; поштово-телеграфні витрати з даного страхового випадку; відрахування в резерв збитків тощо.

Зазначені витрати разом зі страховими виплатами – це специфічні витрати. Саме вони відрізняють витрати страховика від витрат інших суб'єктів господарювання.

Остання група витрат – витрати на утримання страхової компанії – це такі самі адміністративно-управлінські витрати, які має будь-який господарюючий суб'єкт. Вони включають заробітну плату персоналу компанії (основну і додаткову) з нарахуваннями, плату за оренду приміщення, оплату комунальних послуг, послуг зв'язку; витрати на придбання канцелярських і господарських товарів, рекламу, відрядження, утримання й обслуговування автотранспорту, амортизаційні відрахування та інші витрати, які, згідно з чинним законодавством, відносять до складу операційних витрат страховика.

Крім витрат, які забезпечують виконання страховиком його основної діяльності (страхування і перестрахування) і на основі яких визначається собівартість страхової послуги, страхова компанія має витрати, пов'язані із забезпеченням інвестиційної та фінансової діяльності, тобто витрати з управління своїми активами та пасивами. Характер цих витрат залежить від конкретних видів та структури активів і пасивів страховика. Здебільшого такі витрати складаються з оплати послуг фінансово-кредитних установ, які діють на ринку цінних паперів. Порівняно з доходами від інвестиційних операцій ці витрати виглядають досить незначними, проте вони існують. Так само як і витрати, пов'язані з одержанням доходів від іншої звичайної операційної діяльності та надзвичайних операцій. Усі перелічені види витрат страхова компанія бере до уваги при визначенні фінансових результатів своєї діяльності.

## **112. Поняття про собівартість страхової послуги**

*Витрати страховика* утворюють собівартість страхових послуг. Вони мають таку структуру:

- витрати на виплату страхових сум та страхових відшкодувань;
- відрахування в централізовані страхові резервні фонди;
- відрахування в технічні резерви, відмінні від резервів незароблених премій, у випадках і на умовах, передбачених актами чинного законодавства;

- витрати на проведення страхування;
- інші витрати.

Собівартість у страховій справі – явище особливе. Страховик, беручи на себе страхову відповідальність за певним видом договору, тільки приблизно знає, в яку суму йому обійдеться надання тієї чи іншої страхової послуги. Вона може коштувати страховику тільки суми витрат на ведення справи за цим договором, а може, крім того, включати виплату річного відшкодування. Саме тому в страховій практиці явище собівартості розглядають у вузькому та широкому її розумінні.

У **широкому розумінні** собівартість – сукупність усіх витрат страховика з надання послуг як безпосередніх, спрямованих на здійснення виплат з відшкодування збитків або страхових сум та на ведення страхової справи, так і опосередкованих, тобто витрат, пов'язаних із забезпеченням фінансової стійкості страхової компанії (формування запасних та резервних фондів).

У **вузькому розумінні** собівартість – це витрати страховика на ведення страхової справи.

*Головна стаття витрат страховика* – виплата страхових сум і страхового відшкодування.

Зіставляючи доходи та витрати страхової організації, визначають її фінансові результати. Найбільш загальним показником результативності діяльності страховика є його **валовий дохід**. Він визначається як сума доходу від страхової діяльності, прибутку від страхування життя, прибутку від позареалізаційних операцій та іншої реалізації, зменшених на виплати страхового відшкодування та страхових сум, відрахувань у централізовані страхові резервні фонди та в технічні резерви, інші, ніж резерв незароблених премій.

### **113. Визначення та класифікація прибутку страховика**

Зіставляючи доходи та витрати страхової організації, визначають її фінансові результати. Найбільш загальним показником результативності діяльності страховика є його **валовий дохід**. Він визначається як сума доходу від страхової діяльності, прибутку від страхування життя, прибутку від позареалізаційних операцій та іншої реалізації, зменшених на виплати страхового відшкодування та страхових сум, відрахувань у централізовані страхові резервні

фонди та в технічні резерви, інші, ніж резерв незароблених премій.

Розглянемо докладніше складові валового доходу.

**Прибуток від страхових операцій** є різницею між ціною наданих страхових послуг та їхньою собівартістю. Головним джерелом формування прибутку від страхових операцій є прибуток у тарифі, який під час калькуляції навантаження закладається в тарифну ставку як самостійний елемент ціни на страхову послугу. Частка прибутку в тарифі встановлюється у відсотках або в абсолютному розмірі.

Як елемент тарифу, прибуток відіграє важливу роль у регулюванні попиту та пропозиції з окремих видів страхування, оскільки всі інші елементи тарифу мають суто об'єктивну основу.

Фактичний прибуток від страхових операцій може формуватись (під впливом обставин) за рахунок будь-якого елемента тарифу, включно з нетто-ставкою. З метою виключення цієї можливості і для забезпечення формування запасних фондів у достатньому обсязі використовують такий порядок розподілу фонду поточних платежів, згідно з яким за кожним видом страхування в запасний фонд перераховується різниця між нормативним і фактичним обсягами виплат.

Таким чином, фактичний прибуток від страхових операцій включає:

- прибуток у тарифах;
- економію з витрат на ведення справи;
- економію на управлінських витратах, яка є тоді, коли їхні темпи зростання відстають від темпів зростання страхових платежів.

**Прибуток від діяльності зі страхування життя** визначається сумою надлишку резерву довгострокових зобов'язань (математичних резервів) понад обсяг страхових зобов'язань.

**Прибуток від інвестування та розміщення тимчасово вільних коштів** не включає доходів від інвестування та розміщення коштів резервів із страхування життя і медичного страхування в разі використання їх на поповнення резервів із страхування життя відповідно до методики формування резервів із страхування життя, зазначеної у ст. 31 Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування» (2001 р.), або на поповнення резервів з медичного страхування у випадках, передбачених чинним законодавством.



## 114. Поняття про валовий дохід страхової компанії

Прибуток страхової компанії являє собою фінансовий результат її діяльності за певний звітний період (квартал, півріччя, дев'ять місяців, рік). Фінансовий результат – це вартісна оцінка підсумків господарювання страховика. Він визначається як різниця між доходами і витратами. Фінансовий результат, як правило, має додатний характер, тобто набуває форми прибутку, хоча іноді можуть бути й збитки. Оскільки страхова компанія проводить не лише основну (страхову), а ще й інвестиційну та фінансову діяльність, прибуток страховика також є підсумком фінансових результатів усіх перелічених видів діяльності.

Прибуток страховика складається з прибутку від страхової діяльності, прибутку від інвестиційної та фінансової діяльності, прибутку від іншої звичайної операційної діяльності та надзвичайних операцій. Найскладнішим є обчислення прибутку від страхової діяльності.

Прибуток від страхової діяльності (крім страхування життя і медичного страхування) обчислюється як різниця між доходами від страхової діяльності та відповідними витратами страховика, склад яких визначений чинним законодавством України.

У зв'язку з прийняттям Закону України «Про внесення змін в Закон України «Про оподаткування прибутку підприємств»» прибуток страховиків від страхової діяльності для цілей оподаткування не визначається. Проте це не означає, що він не повинен визначатися взагалі. Адже страховик за будь-яких обставин має точно знати фінансові результати від проведення страхових операцій, щоб контролювати, наскільки ефективно він веде страхову справу; щоб на чітко визначеній основі формувати спеціальні і резервні фонди, вільні резерви; виплачувати дивіденди засновникам та акціонерам; складати фінансову звітність, в якій передбачається висвітлення цього показника. Тобто проблема «страхового прибутку» лишається так само актуальною, як і раніше.

Розглядаючи страховий тариф як ціну за страхову послугу і входячи зі структури тарифної ставки, бачимо, що, як і будь-яка ціна, він складається з витрат на надання страхової послуги, тобто собівартості і прибутку. Прибуток, як правило, планується під час розроблення тарифів за всіма видами страхування.

Страхові премії в контексті доходів страховика розглядалися з погляду надходжень від страхувальників на користь страховика певної кількості грошей як плати за страхові послуги. Загальний підхід полягає в тому, що страхові премії мають бути сплачені раніше, ніж виникає зобов'язання страховика зробити страхову виплату. Страхова компанія вправі повністю розпоряджатися всім обсягом отриманих страхових премій, використовуючи ці кошти для поточного інвестування й одержання інвестиційного доходу. Проте коли йдеться про визначення прибутку від страхової діяльності, не вся сума отриманих страхових премій може розглядатися як дохід страховика. Отримана премія має перетворитися на зароблену премію.

Страховання – це вид діяльності, за якого послуга, що надається страховиком (тобто гарантія страхового захисту), має певну тривалість у часі. Через це отриману від страхувальника на початку дії договору страхову премію не можна відразу вважати доходом страховика. Вона перетворюється на дохід поступово, пропорційно до спливання терміну дії договору страхування. Оскільки в більшості договорів страхування ризик рівномірно розподіляється в часі, то є всі підстави вважати, що так само рівномірно зароблятиметься страховою компанією отримана нею страхова премія.

Зароблені страхові премії, відповідно до чинного законодавства, визначаються збільшенням суми надходжень страхових премій протягом звітного періоду на суму незароблених страхових премій на початок звітного періоду і зменшення отриманого результату на суму незароблених страхових премій на кінець звітного періоду. До суми надходжень страхових премій не включаються частки страхових премій, які були сплачені перестраховикам у звітному періоді за договорами перестраховання. Ідеться, по суті, про коригування надходжень страхових премій за звітний період на суму премій, переданих на користь перестраховиків, і суму збільшення (зменшення) резерву незароблених премій. При цьому, в свою чергу, сума резерву незароблених премій на початок і кінець звітного періоду коригується на відповідні частки перестраховиків у цих резервах. З огляду на сказане, суму зароблених страхових премій можна визначити за формулою

$$ЗП = (РНП_{\text{поч}} - ЧП_{\text{поч}}) + (СП - ПП) - (РНП_{\text{кін}} - ЧП_{\text{кін}}),$$

де ЗП – зароблена страхова премія на звітну дату;

РНП<sub>поч</sub> – резерв незароблених премій на початок звітного періоду;

СП – страхові премії, що надійшли у звітному періоді;

ПП – страхові премії, передані перестраховикам;

РНП<sub>кін</sub> – резерв незаробленої премії на кінець звітного періоду;

ЧП<sub>поч</sub> – частка перестраховика у резерві незароблених премій на початок звітного періоду;

ЧП<sub>кін</sub> – частка перестраховика в резерві незароблених премій на кінець звітного періоду.

Ступінь реальності визначеного фінансового результату (прибутку або збитку) від страхової діяльності значною мірою залежить від того, наскільки точно поділена страхова премія на зароблену і незароблену, тобто наскільки точно обчислені суми резервів незароблених премій та частки перестраховиків у цих резервах. Точність обчислення залежить від методу, яким його виконують. Тому в практиці західних страхових компаній особлива увага приділяється використанню найпридатніших методів залежно від характеру діяльності страховика і видів страхування, які він пропонує. З огляду на це зазначимо, що метод, який застосовується українськими страховиками, виглядає занадто приблизним. Він не враховує специфіки окремих видів страхування, терміну дії страхових договорів. А тому неможливо досить точно визначити фінансовий результат від страхових операцій.

Прибуток від страхової діяльності не завжди є головною частиною прибутку страховика. Дуже часто основна діяльність страховика приносить йому не прибутки, а збитки, що компенсуються прибутком від інвестиційної та фінансової діяльності, а також прибутком від іншої звичайної діяльності та надзвичайних операцій. Ці види прибутку страховика визначаються як різниця між відповідними доходами і витратами.

Прибуток страховика розподіляється за спільними для всіх суб'єктів підприємницької діяльності принципами. Схема розподілу прибутку залежить від форми організації страхової компанії (акціонерне товариство відкритого або закритого типу, командитне, повне товариство, товариство з додатковою відповідальністю) і регулюється Законом України «Про господарські товариства» та установчими документами страховика. Особливістю розподілу прибутку страхової компанії є те, що, згідно із Законом України «Про страхування», за рахунок нерозподіленого прибутку, тобто прибутку, який реінвестовано в страхову компанію, вона може створювати вільні резерви з метою зміцнення своєї платоспроможності.

## 115. Особливості оподаткування страхової організації

Система оподаткування є важливим фінансовим важелем регулювання діяльності суб'єктів господарювання. Вона має загальні принципи побудови і впливу на фінансово-господарську діяльність господарюючих суб'єктів в умовах ринкової економіки.

Становлення в Україні системи оподаткування суб'єктів господарювання, в тому числі страхових компаній, почалося з 1991 року. Перший Закон про систему оподаткування в Україні було прийнято 1991 року. Становлення і розвиток системи оподаткування з часу прийняття цього Закону свідчить про недоліки в податковій політиці держави щодо суб'єктів господарювання, зокрема й таких, що працюють на страховому ринку.

Оподаткування страхової діяльності потребує з'ясування не лише відповідних законодавчих і нормативних актів з оподаткування, а й законодавства щодо страхової справи. Діяльність страховика охоплює як страхову діяльність, що має свій відмінний порівняно з іншим порядок оподаткування, та діяльність, не пов'язану зі страхуванням (інвестиційну та іншу діяльність), яка оподатковується в загальному порядку.

Розглянемо податки й відрахування, що їх мають здійснювати страхові компанії згідно з чинним податковим законодавством.

**Оподаткування прибутку страхових компаній.** Згідно з прийнятим 22 травня 1997 року Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про оподаткування прибутку підприємств»» істотно змінилося оподаткування страхової діяльності. Об'єктом оподаткування визначено валовий дохід від страхової діяльності, який включає суму страхових внесків, страхових платежів або страхових премій, нагромаджених страховиками протягом звітного періоду за договорами страхування і перестраховання ризиків на території України або за її межами. Ставка податку визначена в розмірі 3 % від суми валового доходу, отриманого від страхової діяльності.

До складу валового доходу страхової компанії, що оподатковується за ставкою 3 %, не включаються доходи, отримані страховиками-резидентами у вигляді страхових внесків, страхових платежів або страхових премій, нагромаджених протягом звітного періоду за договорами страхування і перестраховання життя на території України або за її межами.

Доходи нерезидентів, отримані у вигляді страхових внесків, страхових платежів або страхових премій від перестраховування ризиків на території України, оподатковуються за ставкою 15 % у джерела їх виплати за рахунок таких виплат.

Доходи нерезидентів, отримані у вигляді страхових внесків, страхових платежів або страхових премій від страхування ризиків на території України, оподатковуються за ставкою 30 % у джерела їх виплат за рахунок таких виплат.

Згідно із Законом України «Про страхування», нерезиденти не можуть здійснювати страхування на території України. Тобто існує неузгодженість у названих законодавчих актах.

Водночас слід звернути увагу на те, що підвищені ставки оподаткування доходів нерезидентів від страхової діяльності в Україні створюють сприятливі умови для діяльності українських страховиків на внутрішньому страховому ринку. Звільняється від оподаткування валовий дохід страхових компаній, пов'язаний зі страхуванням життя фізичної особи, що передбачає страхову виплату в разі таких страхових випадків:

- смерть застрахованої особи;
- рішення суду про оголошення застрахованої особи померлою;
- дожиття застрахованої особи до закінчення строку дії договору страхування або досягнення нею віку, визначеного договором страхування. У цьому випадку строк дії договору не повинен бути меншим від 120 календарних місяців. Договір не може передбачати часткових виплат до закінчення строку його дії або настання страхового випадку. (На перехідний період до 2003 року строк дії договору зі страхування життя громадян віком після 50 років встановлюється від 60 календарних місяців.)

Якщо договір страхування життя буде розірваний достроково і це не пов'язано зі смертю застрахованої особи, доходи, отримані страховиком, підлягають оподаткуванню в оподаткованому періоді, протягом якого відбулося розірвання договору. При цьому використовується ставка податку в розмірі 6 %.

Доходи від страхування фізичних осіб на інших умовах, крім щойно перелічених, оподатковуються за ставкою в розмірі 3 %.

Крім доходів від страхової діяльності, страховики можуть одержувати доходи з інших джерел: прибуток від продажу цінних паперів; доходи від здійснення операцій з оперативного лізингу, оренди землі та приміщень; доходи від торгівлі борговими зобов'язаннями

і вимогами у вигляді суми нарахованих відсотків за кредитно-депозитними операціями, доходи у вигляді додатної різниці від перерахунку у гривні іноземної валюти і дебіторської заборгованості в іноземній валюті; доходи у вигляді безповоротної фінансової допомоги і безкоштовно отриманих товарів; доходи від операцій з основними фондами і нематеріальними активами. Ці доходи оподатковуються в загальному порядку. Тобто об'єктом оподаткування є прибуток, який обчислюється зменшенням валового доходу звітного періоду від зазначених операцій на суму валових витрат і амортизаційних відрахувань при їх здійсненні.

При цьому до складу валових витрат, пов'язаних з отриманням доходів з інших джерел, не включаються витрати страхової компанії, які мають місце при здійсненні операцій з основної діяльності (страхування і перестраховання). Тобто потрібно вести як окремий від основної діяльності облік доходів, що надходять з інших джерел. У разі неможливості прямим підрахуванням визначити розмір амортизаційних відрахувань за основними фондами, що використовуються під час здійснення страхової та іншої діяльності, не пов'язаної зі страхуванням, він визначається пропорційно частці валових доходів від страхової діяльності та валових доходів, не пов'язаних зі страхуванням (перестрахованням) у загальному валовому доході.

Завдяки змінам в оподаткуванні результатів основної діяльності страховиків, тобто переходу до оподаткування валового доходу від страхової діяльності (крім доходу від страхування і перестраховання життя), розширюється самостійність страхових компаній у здійсненні фінансово-господарської діяльності, у формуванні поточних витрат, а отже, й прибутку. Одночасно перехід до оподаткування валового доходу замість прибутку підвищує відповідальність страховиків за поточні і кінцеві результати їхньої діяльності.

## **116. Фінансова структура страхової компанії**

Фінансову структуру страхової компанії утворюють:

- засоби власників страхових полісів або технічні резерви;
- засоби акціонерів, вільні резерви або активне сальдо.

Технічні резерви необхідні для покриття невиконаних зобов'язань перед власниками страхових полісів.

У страхуванні, відмінному від страхування життя, засоби акціонерів називають вільними резервами.

*Вільні резерви* – частка власних коштів страховика, не пов'язана із зобов'язаннями власників страхових полісів. Ці резерви можуть використовуватись на розсуд страховика, але частина з них має зберігатися для задоволення вимог органів державного нагляду щодо забезпечення резерву платоспроможності.

Засоби акціонерів використовують для виплати дивідендів акціонерам, для нагромадження додаткових сум, що використовуються для врегулювання неочікувано збільшеної кількості претензій.

Для забезпечення страхових зобов'язань зі страхування життя та медичного страхування формують окремі резерви за рахунок надходження страхових платежів і доходів від інвестування коштів сформованих резервів з цих видів страхування.

Методику формування резервів зі страхування життя, обсяги страхових зобов'язань залежно від видів договорів страхування життя, а також мінімальні терміни дії договорів страхування життя визначає Уповноважений орган у справах нагляду за страховою діяльністю. Отже, всі страхові резерви розподіляють на технічні резерви та резерви страхування життя (математичні резерви).

Розглянемо структуру технічних резервів страховика. У розвинутих європейських країнах вона включає резерви для покриття:

- незароблених премій;
- незакінчених ризиків;
- незакінчених збитків;
- сталих, але не заявлених збитків (СНЗ);
- катастрофічних збитків;
- коливань збитковості.

Необхідність формування **резервів для покриття незароблених премій** пов'язана з тим, що договори страхування, відмінні від страхування життя, укладаються строком на 1 рік. Це означає: поліс, підписаний, скажімо, в травні, дійсний ще 4 місяці після закінчення звітного періоду (*року*). Тому деяка частка річного збору премії має нагромаджуватись з *метою* покриття можливих збитків, що з певною мірою ймовірності можуть виникнути в січні-квітні наступного року. Такий резерв зіставляють з тією частиною отриманих премій, яка відповідає періоду річного строку дії полісу, що припадає на наступний звітний рік. Звідси й назва – незароблені премії.

**Резерви для покриття незакінчених ризиків.** Ці резерви необхідні тоді, коли, з огляду на непередбачувані обставини, резерв незароблених премій виявиться недостатнім для виконання зобов'язань, що залишилися з минулого року. Такими обставинами можуть бути: зростання рівня інфляції, зростання збитків з різних причин тощо. Тоді резерв незакінчених ризиків може використовуватися для компенсації резерву незароблених премій з урахуванням зазначених уже обставин.

**Резерви для покриття незакінчених збитків.** Деякі збитки, заявлені протягом року, можуть виявитися неліквідованими до закінчення цього року. За рахунок річного збору премій формують резерви для сплати цих збитків.

**Резерви для покриття сталих, але не заявлених збитків (СНЗ).** Резерви сталих, але не заявлених збитків покликані покривати збитки, які уже є, але про які не заявлено страховальником до закінчення року. Зазначені резерви схожі на резерви незакінчених збитків. Відмінність їх від попередніх полягає в тому, що вони покривають зобов'язання, про які страховик на даний момент не знає.

**Резерви для покриття катастрофічних збитків.** Ці резерви створюються страховиком спеціально для того, щоб протистояти можливому масовому, надзвичайному розвитку збитків.

**Резерви для покриття коливань збитковості.** Число та розмір збитків з року в рік не залишаються незмінними. У кращі роки страховики можуть дійти висновку про необхідність переведення частини коштів у цей резервний фонд з розрахунку на те, що несприятливих років їм не уникнути.

Закон України «Про страхування» визначає два різновиди технічних резервів:

- резерв для покриття незароблених премій;
- резерв для покриття збитків, який включає зарезервовані несплачені суми страхового відшкодування за відомими вимогами страховальників.

Величина резервів для покриття незароблених премій на будь-яку звітну дату (згідно з чинним законодавством України) встановлюється залежно від сум надходжень страхових платежів за відповідними видами страхування в кожному з трьох кварталів щодо періоду, який передує цій звітній даті, і обчислюється в такому порядку:

- а) сума надходжень страхових платежів у першому кварталі цього періоду множиться на  $1/4$ ;



- б) сума надходжень страхових платежів у другому кварталі мно-  
житься на  $1/2$ ;
- в) сума надходжень страхових платежів у третьому кварталі мно-  
житься на  $3/4$ .

Одержані добутки додаються.

Із страхування життя та медичного страхування законодавство України зобов'язує страховика створювати і *вести* облік двох резервів:

- довгострокових зобов'язань (математичні резерви). Величина математичних резервів обчислюється актуарно окремо за кожним договором з урахуванням темпів зростання інфляції;
- резерв належних виплат страхових сум.

## 117. Формування та структура страхових резервів

Проведення страхування потребує спочатку внесення страхової премії, а через деякий час – надання страхової послуги у вигляді виплати страхової суми і страхового відшкодування. Моменти надходження страхових премій і виплати страхового відшкодування, як правило, не збігаються, і це дає змогу страховикові акумулювати значні кошти у вигляді страхових резервів. Розмір цих резервів на будь-який момент має бути постійно достатнім для виконання страховиком умов договору страхування.

Міжнародний досвід розрахунку розміру страхових резервів показує, що вони формуються за рахунок страхових премій з урахуванням наявності у страховому портфелі страховика видів страхування та терміну дії договору страхування. Методика розрахунку страхових резервів визначається залежно від виду та строку дії договору страхування.

Через неоднаковий розподіл ризику та різну структуру тарифної ставки як джерела формування страхових резервів страхові резерви в ризикових видах страхування і страхуванні життя мають відмінності у складі та методах визначення. При страхуванні життя згідно з особливостями його проведення формуються резерви зі страхування життя. За видами страхування, відмінними від страхування життя, формуються технічні резерви.

Формування резервів зі страхування життя здійснюється відрахуванням частини страхової премії, яка передбачена для забезпе-

чення страхових виплат (нетто-премії), та частини інвестиційного доходу від розміщення тимчасово вільних коштів страховика.

Технічні резерви – це показник, який виражає грошову оцінку обов'язків страховика за страховими зобов'язаннями, і одночасно – сума коштів, що є гарантією виконання зобов'язань перед страхувальниками з огляду на наявні у портфелі страховика договори страхування.

Технічні резерви дають змогу страховику бачити загальний обсяг відповідальності за діючими договорами їхнього страхування. Обсяг технічних резервів має бути достатній для покриття відшкодування всіх збитків за діючими договорами страхування, навіть у випадках припинення надходження премій договорами. З огляду на це при оцінюванні фінансового стану страховика та його надійності, розміру статутного фонду і резервів, вільних від зобов'язань, правильно розрахованої тарифної ставки та збалансованого страхового портфеля важливе місце має надаватися достатності страхових резервів. Останнє зумовлюється складом таких резервів і застосуванням тих чи інших методів їх обчислення.

Резерви зі страхування життя мають у своєму складі резерви довгострокових зобов'язань (математичні резерви); резерви належних виплат страхових сум. Величина резервів довгострокових зобов'язань обчислюється актуарно, окремо за кожним договором за методикою формування резервів зі страхування життя.

Законодавством України передбачено таке: резерв незароблених премій, що включає частки від сум надходжень страхових платежів, які відповідають страховим ризикам, що не минули на звітну дату; резерв збитків – зарезервовані несплачені суми страхового відшкодування за відомими вимогами страхувальників. Технічні резерви формуються окремо за кожним видом страхування. Згідно із Законом України «Про страхування», українські страховики використовують один спрощений метод розрахунку резерву незароблених премій – метод «плаваючих кварталів», застосований також при визначенні прибутку страховика.

Призначення кожного виду технічних резервів різне. Спільним є те, що протягом певного часу в період дії договору страхування вони являють собою кошти страхувальників, а не страховиків, і призначені для виплати страхових відшкодувань за договорами страхування, які не минули на звітну дату.

Страховики країн ЄС, які здійснюють ризикові види страхування, формують резерви премій та резерви збитків. При цьому майже

$2/3$  обсягу річної премії припадає на резерв збитків і  $1/3$  – на резерв премій.

Резерви премій являють собою резерв незароблених премій; додатковий резерв ризиків, що не минули.

Резерв незароблених премій складається з частини страхових премій, які надійшли за договорами страхування, що укладені в звітному періоді, але стосується терміну дії договору страхування, який припадає на наступний звітний період.

Для визначення справжнього розміру резерву незаробленої премії існують різні методи. При виборі тієї чи іншої методики розрахунку резерву незаробленої премії необхідно враховувати такі чинники: вид страхування, термін дії договору страхування, рівень збалансованості страхового портфеля, рівномірність розподілу ризику. Береться до уваги також періодичність сплати премій за укладеними договорами страхування.

Резерв ризиків, які ще не минули, формується як додаток до резерву незароблених премій, щоб компенсувати можливість зниження тарифу.

Резерв катастроф формується з метою забезпечення страхових виплат у разі настання природних катастроф або значних промислових аварій, у результаті яких буде завдано збитків численним страховим об'єктам і коли настає потреба здійснювати виплати страхового відшкодування в сумах, що значно перевищують середні розміри збитків, які взято до уваги при розрахунку страхових тарифів. Резерв катастроф формується з урахуванням можливості великомасштабних аварій, від яких одночасно постраждає багато страхових об'єктів, і виявиться брак страхових резервів, сформованих з огляду на рівномірне настання випадків. Резерв катастроф особливо необхідний при страхуванні ризиків стихійних лих, а також при формуванні страхового портфеля на території підвищеної небезпеки. Відрахування до резерву катастроф мають надходити протягом тривалого періоду і формуватися страховиками в разі, якщо діючими договорами страхування передбачена відповідальність при настанні такого роду подій.

Резерв коливань збитковості дає страховикам змогу компенсувати перевищення своїх витрат, що пов'язані з відшкодуванням збитків, у випадках, якщо фактична збитковість страхової суми за видом страхування на звітний період перевищує очікуваний рівень збитковості, який узятю за основу при розрахунку тарифної ставки за цим видом

страхування. У роки успішної діяльності страховика цей резерв поповнюється за рахунок отриманих у результаті страхової діяльності надлишків, у збиткові роки з нього вилучаються кошти для покриття збитків, що пов'язані зі здійсненням страхових операцій.

Що ж до резерву збитків, то фіксуються суми виплат, які передбачаються за страховими випадками, що настануть до закінчення фінансового року.

Підставою для формування резерву збитків є забезпечення можливості відшкодувати збитки в майбутньому періоді за страховими випадками. У практиці страхової справи збитки за застрахованими ризиками сплачуються страховиком не відразу, а через деякий час. Так, визначення резерву збитку можна розподілити на кілька етапів. Перший етап – настання страхового випадку: страховик не отримав повідомлення про його настання і розмір збитку не визначений. На другому етапі страховик на підставі заяви страхувальника про випадок, який настав, у журналі реєстрації збитків фіксує страхову суму за наявним договором страхування. Наступний етап – визначення фактичної суми збитку. І останній етап – розрахунок зі страхувальником за збитками, що заявлені. Отже, резерв збитків поділяється на резерв збитків, що сталися, але ще не відомі (IBNR); резерв збитків, що заявлені, але ще не врегульовані.

Отже, порядок визначення розміру технічних резервів, який застосовують українські страховики, недостатньо відбиває обсяг відповідальності страховика за діючими на момент оцінки договорами страхування. Це може призвести до зниження надійності страхових операцій, платоспроможності страховика.

## **118. Методи забезпечення фінансової стійкості страхової організації**

Під фінансовою стійкістю страхових операцій розуміють балансування доходів з витратами за страховим грошовим фондом, що формується зі страхових внесків сплачуваних страхувальниками (премій).

Основою фінансової стійкості страховиків є наявність сплаченого статутного капіталу, страхових резервів, а також система перестрахування. Статутний капітал (статутний фонд) страхових організацій спочатку формується за рахунок бюджету (обов'язкова форма страхування) або за рахунок коштів від продажу акцій та інших цінних паперів.

Мінімальний розмір статутного капіталу залежить від різних видів страхування і перестраховання. Статутний капітал акціонерного страхового товариства закритого типу створюється за рахунок внесків засновників і продажу акцій працівникам даного товариства, акціонерного страхового товариства відкритого типу – шляхом обміну внесків на акції засновників і продажу акцій по відкритій підписці чи на аукціоні біржі.

Акумуляція коштів страхового фонду досягається насамперед за рахунок збільшення кількості страхувальників і застрахованих об'єктів.

Проблема забезпечення фінансової стійкості може розглядатися подвійно: як визначення системи імовірності дефіциту коштів у якому-небудь році і як відношення доходів до витрат за минулий тарифний період.

Ступінь дефіцитності коштів страхової компанії залежить від величини страхового портфеля.

Для визначення ступеня імовірності дефіцитності коштів (ДК) застосовується коефіцієнт Коньшина :

$$K = \sqrt{\frac{1 - \bar{T}}{n \times \bar{T}}},$$

де  $T$  – середня тарифна ставка страхового портфеля;

$n$  – кількість застрахованих об'єктів.

Чим менше значення коефіцієнта ДК, тим вища фінансова стійкість страховика. На величину показника ДК, як видно з формули, не впливає розмір страхової суми застрахованих об'єктів.

Однак варто мати на увазі, що коефіцієнт Коньшина дає найточніші результати, якщо страховий портфель страховика складається з об'єктів із приблизно однаковими за вартістю ризиками (тобто без катастроф, землетрусів, загибелі космічних кораблів, літаків і т.п.).

Отже, однією з умов забезпечення фінансової стійкості страхових операцій є вирівнювання розмірів страхових сум, на які застраховані різні об'єкти туризму. Завдання за рахунок передачі частини видів страхування чи їхньої вартості іншим страховикам у перестраховання набуває останніми роками щораз більшого значення у страховій справі.

Для оцінювання фінансової стійкості як відношення доходів до витрат за тарифний період можна скористатися коефіцієнтом фінансової стійкості страхового фонду:

$$K_{c\phi} = \frac{\Sigma D + \Sigma 3\Phi}{\Sigma B},$$

де  $\Sigma D$  – сума доходів за тарифний період, грн;

$\Sigma ЗФ$  – сума коштів у запасних фондах, грн;

$\Sigma В$  – сума витрат за тарифний період, грн.

Фінансова стійкість страхових операцій буде тим вищою, чим більший коефіцієнт стійкості страхового фонду.

Важливим фактором, що характеризує фінансову стійкість страхової організації, крім статутного капіталу і резервних фондів, є рентабельність страхових операцій, що виражається відношенням балансового (валового) прибутку до дохідної частини:

$$P(\%) = \frac{\text{балансовий прибуток}}{\text{дохід}} \times 100,$$

Через не виробничий характер діяльності страхових організацій доход не створюється, а формується прибуток за рахунок перерозподілу коштів страховальників, тобто необхідного і доданого продукту, створеного в інших виробничих сферах. Тому більш коректним є визначення рентабельності страхових операцій як показник рівня прибутковості, тобто відношення загальної суми прибутку за визначений період до сукупної суми платежів за той самий період:

$$D = \frac{\Sigma БП}{\Sigma СВ},$$

де  $D$  – прибутковість;

$\Sigma БП$  – сума балансового прибутку за рік, грн;

$\Sigma СВ$  – сукупна сума страхових внесків за рік, грн.

Варто мати на увазі, що доходи від страхових платежів при добровільному страхуванні являють собою ціну від продажу страхових послуг. У той час як при державному страхуванні ціна продажу регламентується калькуляційною ціною. В умовах ринкової економіки калькуляційна ціна і ціна продажу можуть не збігатися.

Розраховуючи тарифну ставку (брутто-ставку), страховик визначає очікувану вартість страхової послуги, а ціна продажу стає відомою тільки в момент укладення договору. Вартість страхової послуги – величина об'єктивна, а ціна продажу формується під впливом цілого ряду факторів: кон'юнктури ринку, цінової політики уряду, відсоткових ставок у банках. Максимальні ціни визначаються потребами страховальників, а мінімальні – необхідністю еквівалентності відносин страховальника і страховика.

Склад і структуру витрат визначають два взаємозалежних економічних процеси: 1) погашення зобов'язань перед страхувальниками; 2) фінансування діяльності страхової організації. У зв'язку з цим у страховій справі прийнятна така класифікація витрат:

- витрати на страхові виплати;
- відрахування в запасні фонди і страхові резерви;
- відрахування на запобіжні заходи (запобігання виникненню пожеж, консультації щодо вибору вогнестійких конструкцій, матеріалів, систем водопостачання і т.п.);
- витрати на ведення справ.

У сукупності ці витрати становлять собівартість страхових операцій. У страховій справі собівартість розглядають у широкому і вузькому значеннях.

У широкому значенні слова – це сукупність усіх витрат страховика на надання страхових послуг як безпосередніх (виплат страхового відшкодування чи страхового забезпечення), так і витрат на забезпечення фінансової стійкості страхових операцій (формування запасних і резервних фондів). У вузькому значенні слова – це витрати страхової організації на ведення справи.

Витрати на ведення справи закладають до кошторису брутто-ставки; вони є важливим елементом собівартості страхових операцій. Відповідно до прийнятої класифікації, до складу витрат входять витрати на оплату роботи агентів, господарські і канцелярські.

## **119. Економічні показники розвитку страхування**

Починаючи з 1998 р., спостерігається стабільна тенденція поступового зростання (в середньому на 14 % щорічно) кількості страхових компаній і станом на початок 2002 р. в Україні функціонувало 328 страховиків. Загалом це досить життєздатні компанії, які або пройшли складний процес становлення в період економічної кризи, або були створені після прийняття в 1996 р. зазначеного вище закону. Крім того, в Україні створені Моторне, Авіаційне і Морське страхові бюро, які розробляють основні правила страхування. Також функціонують Асоціація фахових страхових посередників, Асоціація страховиків в аграрному секторі економіки, Ліга страхових організацій України. Проте фінансові можливості більшості страхових компаній дуже обмежені – середній розмір власного капіталу становить лише 5,9 млн грн, або трохи більше ніж 1 млн дол. США. Понад 2/3 страховиків мають капітал менший ніж 100 тис.

дол. При цьому законом «Про страхування» мінімальний розмір статутного фонду був установлений у сумі 100 тис. євро (близько 93 тис. дол.).

У 2001 р. прийнято поправки до закону, відповідно до яких протягом 2-х років статутний фонд страхових компаній має бути збільшений до 500 тис. євро, а протягом ще одного року – до 1 млн євро. Для страховиків, що здійснюють страхування життя, – відповідно спочатку до 750 млн, а потім до 1,5 млн євро. З погляду забезпечення надійності страхових компаній це дуже важливе рішення. Проте переважна більшість із них фінансово малопотужні і для них установлені нормативи скоріше за все виявляться непосильними. Це, може призвести до нового скорочення їх чисельності. Крім того, відповідно до зазначених поправок, страховиками в Україні можуть бути тільки резиденти. Разом з тим зняті обмеження на частку іноземного капіталу в статутному фонді, який до прийняття поправок не міг перевищувати 49 %.

Розвиток страхового ринку характеризується як кількістю страхових компаній, що працюють на ньому, так і його місткістю, що відбивається в сумах страхових платежів і страхового відшкодування. Їхня динаміка, а також обсяги сформованих страхових резервів наведені в табл. 3.

Як видно з наведених даних, страховий ринок України має стійку тенденцію розвитку. Так, за період 1995–2001 рр. страхові платежі в номінальному обчисленні зросли в 12,4, а в порівняному – у 4,2 разу. Істотно збільшилися і страхові резерви – відповідно у 18,2 і 6,2 раза. Обсяги ж страхових виплат були досить стабільними: у номінальному обчисленні вони збільшилися в 2,9 разу, а в порівняному не змінилися.

Таблиця 3

**Динаміка показників розвитку страхового ринку України (1995–2001 рр.), млн грн\***

Показники	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Страхові платежі:							
- номінальний обсяг	244	317	408	789	1164	2136	3031
- обсяг з урахуванням інфляції	?	226	265	426	529	771	1031
Страхові виплати:							
- номінальний обсяг	144	147	129	177	360	398	424
- обсяг з урахуванням інфляції	?	105	84	96	164	147	144
Страхові резерви:							
- номінальний обсяг	65	92	159	447	537	959	1184
- обсяг з урахуванням інфляції	?	66	103	242	244	346	403

\* За даними Ліги страхових організацій України.



Подібне співвідношення в динаміці основних параметрів страхового ринку навряд чи може однозначно сприйматися як позитивне явище. Адже значне зростання страхових платежів за практично незмінних обсягів страхових виплат свідчить про завищення страхових тарифів. Співвідношення між показниками, що аналізуються (у 2000 р. страхові платежі у 5,2, а у 2001 р. у 7,1 разу перевищували страхові виплати), наочно показує цю невідповідність. І хоча, як видно з наведених даних, більша частина цього перевищення направлялася на формування страхових резервів (у 2000 р. 45, а в 2001 р. – 39 % від суми страхових платежів), подібні пропорції просто неприйнятні для страхувальників. Тому як і на кредитному ринку, у сфері страхування в Україні ціна послуг, що надаються, надмірно висока. Цей чинник стримує подальший розвиток страхового ринку. У зв'язку з цим прискорене нарощування страхових резервів (тільки за 2000 р. їхній приріст становив 78 %) стратегічно навряд чи може бути виправдане. Та й навіть потрібні страхові резерви, які в 2,8 разу перевищують страхові виплати?

У цілому, незважаючи на тенденцію зростання, обсяги страхового ринку України не просто незначні – вони вкрай малі. За даними Ліги страхових організацій, він охоплює усього лише близько 10 % ризиків, тоді як у розвинутих країнах цей показник становить 90–95 %. Частка українського страхового ринку в Європі становить 0,05 % при тому, що в країні проживає 7 % населення Європи. Страхові платежі відносно обсягу ВВП становлять трохи більше 1 %. Природно, що в подібній ситуації всі зусилля мають бути спрямовані на всебічний розвиток даного сегмента фінансового ринку, у тому числі й на основі виваженої політики страхових тарифів. За вкрай низької платоспроможності і громадян, і підприємств охарактеризовані вище тенденції та пропорції скоріше перешкоджають розвитку.

## **120. Поняття про страховий портфель, його структуру й величину**

Поняття «страховий портфель» вживається для встановлення фактичної кількості застрахованих об'єктів або діючих договорів страхування на певній території. Йдеться про підприємство, ділянку страхового агента, район тощо. Під страховим портфелем в особистому страхуванні може також матись на увазі сума місячного

страхового внеску за діючими договорами довгострокового страхування життя на встановлену дату на певній території. Уся поточна й перспективна діяльність страхової організації спирається на страховий портфель, структура якого в кінцевому підсумку визначає фінансову стійкість страхових операцій. Адже від величини й якості страхового портфеля залежать величини надходжень страхових платежів, обсяги й коливання виплат страхових сум і страхового відшкодування.

Структура та якість страхового портфеля можуть аналізуватися за допомогою деяких показників. Величина ж його виражається або кількістю застрахованих об'єктів, або загальною страховою сумою, тобто обсягом страхової відповідальності.

Для структури страхового портфеля властиве співвідношення окремих видів страхування, а також між добровільними й обов'язковими формами. Структура страхового портфеля може аналізуватися в аспекті частки діючих договорів і знову укладених договорів з мінімальними (низькими) і максимальними (високими) страховими сумами, групових та індивідуальних страхувань. Структура страхового портфеля складається під впливом асортименту страхових послуг, тобто системи видів і форм страхування. Особливе значення для забезпечення фінансової стійкості страхових операцій має оперативне реагування на задоволення попиту в тих страхових послугах, які в ринкових умовах відповідають інтересам страхувальників.

При аналізі страхового портфеля необхідно звертати увагу на його динамічність, що характеризується співвідношенням між договорами, що вже закінчуються, та договорами, які знову укладаються.

Для перспективного забезпечення фінансової стійкості страхових операцій важливо намагатись досягти й зберігати рівновагу портфеля. Цей стан характеризується, як мінімум, компенсацією знову укладеними договорами тих, строк дії яких закінчується. Разом з тим така компенсація повинна поширюватись не лише на кількість договорів та обсяг внесків за ними, а й бути узгодженою зі страховою сумою, строком страхування і *суттєво* не відрізнятися від ймовірності збитку, яка переважала в попередніх договорах.

Певні особливості властиві страховому портфелю за договорами страхування життя. У цьому виді страхування на структуру страхового портфеля впливає так зване сторно. Під ним розуміється

відмова страхувальника від виконання умов договору ще до закінчення строку його дії. Сторно в соціальному аспекті показує, що попит страхувальника на певну страхову послугу даним страховиком не може бути задоволений.

Для збалансованого страхового портфеля як основи забезпечення фінансової стійкості страхових операцій важливе значення має його однорідність за обсягом страхової суми об'єктів та за відповідною їм сукупністю ризиків. За величиною страхової суми однорідність страхового портфеля встановлюється досить просто – за близькими в грошовому виразі страховими сумами різних об'єктів. У відношенні ймовірності збитку необхідні розрахунки, що спираються на показник розсіювання страхової суми, яка відображає частку договорів з максимальною і мінімальною сумами.

Показник збитковості страхової суми виражає собою відношення виплат страхового відшкодування або страхової суми до страхової суми всіх застрахованих об'єктів. За наведеним показником можна зіставити витрати на виплату страховика з прийнятою ним страховою відповідальністю.

Дослідження динаміки показників збитковості страхової суми переслідує мету встановити відповідність фактичної збитковості тарифному рівню. Якщо буде виявлено, що фактична збитковість перевищує норматив, який включено до тарифної ставки, то необхідно встановити роль у цьому окремих елементів збитковості.

По-перше, при обов'язковому й добровільному страхуванні майна колгоспів та радгоспів застраховані об'єкти враховуються лише у вартісному виразі. Тому можливий аналіз лише загального показника збитковості, зокрема в розрізі груп майна, що дасть змогу встановити за ними фінансову стійкість операцій.

По-друге, при обов'язковому страхуванні будівель у господарствах громадян зіставляється число постраждалих страхувальників, які отримали страхове відшкодування (ці дані містяться в річному статистичному звіті), і число господарств, що мають застраховані будівлі.

По-третє, в разі добровільного страхування засобів транспорту, домашнього майна й будівель для з'ясування впливу збитковості страхової суми на фінансову стійкість страхових операцій досліджується відношення числа виплат до кількості укладених договорів, а також відношення ризиків як зіставлення середньої страхової виплати по одному договору і середньої страхової суми по тому самому договору.

По-четверте, при добровільному страхуванні майна державних підприємств, кооперативних і громадських організацій, враховуючи лише вартісне відображення в статистичній звітності застрахованих об'єктів, можливий аналіз впливу на фінансову стійкість страхових операцій лише синтетичного показника збитковості в розрізі видів кооперації чи громадських організацій.

Взагалі по страхуванню майна зміст елементів збитковості страхової суми дає широкі можливості для з'ясування причин підвищення збитковості. Наприклад, підвищений рівень частоти та спустошувальності страхових випадків, пов'язаних з пожежею, свідчить насамперед про недостатню якість протипожежних заходів. Якщо ж відношення ризиків перевищує одиницю по обов'язковому страхуванню, то є підстави перевірити роботу страхових фахівців по переоцінці будівель з тим, щоб звести до мінімуму післяпожежні переоцінки будівель у напрямі підвищення їх страхової оцінки. Якщо ж йдеться про добровільне страхування, то високий рівень відношення ризиків свідчить про завищені розміри страхових сум.

Збитковість страхової суми по страхуванню врожаю сільськогосподарських культур та вплив цього показника на фінансову стійкість страхових операцій установлюється через відношення страхового відшкодування до певної вартості врожаю за державними цінами. Цей показник можна порівняти з тарифним рівнем.

Аналіз проводиться за кожною сільськогосподарською культурою та однорідними групами культур. Розміри страхового відшкодування містяться в річному статистичному звіті.

Елементи збитковості при цьому виді страхуванню суттєво трансформовані. Наприклад, при розрахунку спустошливості страхового випадку знаменник дробової величини нерідко становить одиницю (відбулась одна повінь чи засуха). Навіть у разі страхових випадків важко виділити ступінь впливу одного з них на величину збитку. Чисельник дробової величини (число постраждалих об'єктів) перетворюється на суму страхового відшкодування.

## **121. Склад технічних резервів страховика**

Відповідно до вимог чинного законодавства, українські страхові компанії формують два види страхових резервів:

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

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

Технічні резерви – це показник, який виражає грошову оцінку обов'язків страховика за страховими зобов'язаннями, і одночасно – сума коштів, що є гарантією виконання зобов'язань перед страхувальниками з огляду на наявні в портфелі страховика договори страхування.

Страхові резерви створюються в тій валюті, якою страховики відповідають за своїми страховими зобов'язаннями, і призначені саме для забезпечення виплат страхових сум і страхових відшкодувань за укладеними договорами страхування. Для забезпечення страхових зобов'язань із страхування життя та медичного страхування страховики формують окремі резерви за рахунок надходження страхових платежів і доходів від інвестування коштів сформованих резервів за цими видами страхування. Резерви із страхування життя, медичного страхування і обов'язкових видів страхування формуються окремо від резервів для інших видів страхування. Забороняється здійснювати виплати за ризиковими видами страхування за рахунок резервів із страхування життя і медичного страхування, і витратити страхові резерви для інших цілей, окрім страхових виплат.

Окремий перелік резервів за медичним страхуванням, а також порядок їх формування та обліку може визначатися відповідними нормативно-правовими актами.

З метою забезпечення отримання інформації, необхідної для формування страхових резервів, страховики зобов'язані вести облік договорів страхування і вимог (заяв) страхувальників щодо виплати страхової суми або страхового відшкодування за відповідною формою, що дозволить отримати цю інформацію. Коли визначаються фінансові результати від проведення страхової діяльності за станом на звітну дату, страховик обов'язково розраховує розміри страхових резервів. Звіт про страхові резерви надається до органів контролю у складі річного бухгалтерського звіту страховика.

Страховик, який здійснює страхову діяльність за ризиковими видами страхування, зобов'язаний формувати технічні резерви. Обсяг технічних резервів повинен гарантувати виконання зобов'язань перед страхувальниками за всіма укладеними договорами ризико-

вого страхування, навіть якщо припинено надходження премій за цими договорами. При цьому обсяг технічних резервів, які створені страховиком, приймається рівним обсягу виданих ним страхових зобов'язань. Призначення кожного виду технічних резервів різне. Спільним є те, що протягом певного часу в період дії договору страхування вони являють собою кошти страхувальників, а не страховиків, і призначені для виплати страхових відшкодувань за договорами страхування, які не минули на звітну дату.

Відповідно до вимог Закону «Про страхування» (ст. 30) та інших нормативних документів, страховики, що здійснюють ризикові види страхування, зобов'язані за кожним видом страхування окремо формувати і вести облік таких технічних резервів:

- А) резерви незароблених премій (резервів премій), які утворюються з частин сум страхових премій, які отримані страховиком, що відповідають страховим ризикам, котрі не закінчилися на звітну дату (тобто за договорами страхування, термін дії яких на звітну дату не минув);
  - Б) резерви збитків (зарезервовані невикладені суми страхових відшкодувань і страхові суми за заявленими вимогами страхувальників, за якими не прийнято рішення щодо виплати або відмови у виплаті страхового відшкодування або страхової суми). Призначення кожного виду технічних резервів різне, але протягом певного інтервалу часу, коли діє договір страхування, це є не власні кошти страховика, а кошти страхувальників, призначені для виплати страхових відшкодувань за тими договорами, що на звітну дату ще не закінчилися. Базою для розрахунку величини страхових резервів є страхова премія, яка надійшла у звітному періоді, за укладеними договорами страхування, розрахована відповідно до структури страхового тарифу за договорами страхування.
- А. **Резерви незароблених премій.** Поняття незароблених премій впливає із зіставлення звітного періоду діяльності страховика з періодом дії конкретного договору страхування. Незароблені премії – це частини страхових премій, що надійшли за договорами страхування з конкретних видів страхування, котрі діяли у звітному періоді, і належать до періодів дії договорів страхування, що виходять за рамки звітного періоду. Наприклад, якщо договір укладений 1 січня строком на один рік, то вся отримана за ним премія вважатиметься заробленою у цьому фінансовому

році. Якщо ж аналогічний договір укладений 1 липня, то лише половина терміну його дії припадає на звітний рік, тому друга половина премії, яка відповідає терміну дії договору, що виходить за рамки цього фінансово-календарного року, буде вважатися незаробленою.

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

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

## **122. Визначення мети фінансового планування страхової організації**

Як і будь-якій підприємницькій діяльності, страхуванню властиве планування. За своїм змістом план страхової компанії виражає собою баланс доходів і витрат. Особливу роль у страховій справі відіграє нормативний метод планування, що пов'язано з особливостями встановлення величини страхового тарифу.

Розроблення плану страховика повинне бути підпорядковане вирішенню головного для нього завдання на певному етапі. Серед завдань можуть виділятися розширення видів «страхування й послуг, забезпечення фінансової стійкості страхових операцій тощо. Але в будь-якому випадку з поля зору страхових фахівців не повинно випадати надходження» страхових платежів і внесків, за рахунок чого формується первинний дохід страховика. Саме його обсяг виражає фінансову базу для реалізації всіх планів страхової компанії. Тому можна вважати, що планування в страхуванні націлене на передбачення обсягу й напрямів використання страхового фонду.

Його величина визначається як кількістю договорів у портфелі страхової організації, так і структурою видів страхування, які вона проводить. Якраз вони й характеризують потенційних страхувальників і тим самим – економічну базу страхування (страхову суму, страховий внесок, страхове відшкодування, тощо).

У страхових організаціях розробляються плани різної тривалості, що зумовлюється змістом поставлених завдань. Такі плани можна розмежувати на довгострокові й короткострокові.

Найважливішим серед довгострокових є п'ятирічний план. Він не випадково займає центральне місце у фінансовому плануванні страхової організації – адже більшість видів страхування має тарифну основу п'ять років. Це означає, що за п'ять років страховик повинен забезпечити еквівалентність відносин зі своїми партнерами.

Крім п'ятирічних планів, складаються річні плани, для яких властива конкретизація завдань страхової компанії, виявлення можливих диспропорцій в її діяльності, шляхів їх подолання та включення резервів. Ця робота спрямована на визначення балансу доходів та витрат.

Основою його є план надходження страхових платежів, який доцільно розглядати не лише як інструмент управління виробника страхових послуг з точки зору їхнього обсягу, асортименту, якості, а й як план заходів досягнення певної величини й структури страхового фонду, його руху.

При формуванні фінансового плану страхової організації розраховуються, аналізуються й використовуються багато показників, що розглядалися в попередніх розділах посібника. Найважливішими показниками в фінансовому плануванні є обсяг страхових платежів і підсумкові результативні показники – прибуток, рентабельність.

Показник величини страхових платежів покладений в основу всього процесу фінансового планування страхової компанії. Спираючись на нього, розробляють планове завдання за окремими видами страхування з урахуванням залучення потенційних страхувальників. Як було встановлено раніше, показник обсягу страхових платежів має синтетичний характер, тому при його плануванні застосовується обчислення середнього платежу, середньої страхової суми, кількості діючих договорів тощо.

Для складання фінансового плану особливе значення мають показники прибутку й доходу, темпи зростання яких та пропорції розподілу показують можливості розвитку страхової компанії. У попередніх розділах Уже розглядалися можливості зростання прибутку-страховика за рахунок інвестиційної діяльності. Тому у фінансовому плануванні використовуються окремо два, показники – доходу й прибутку, що належать безпосередньо до страхових операцій та інвестиційної діяльності.



Розміри страхових платежів, перебуваючи під впливом різних факторів, мають певні коливання за роками. Разом з тим динаміка цих факторів досить стабільна, що дозволяє планувати як рівень цих факторів, так і синтетичний показник обсягу платежів.

При плануванні надходження страхових платежів необхідно враховувати специфіку використання основних видів договорів. Так, застосовуються типові договори, умови яких відповідають інтересам багатьох страхувальників і в яких проявляється дія закону великих чисел. Індивідуальні ж договори відображають особливості конкретного клієнта, їм властиві спеціальні умови, встановлення індивідуальних тарифів тощо. За такими договорами планування проводиться окремо по кожному, з урахуванням конкретних особливостей діяльності страхувальника.

Планування надходження страхових платежів проводиться по кожному виду страхування окремо, тому що кожна страхова операція здійснюється з певним споживачем (тобто зорієнтована на конкретне страхове поле). Йдеться про властиві лише йому особливості впливу різних соціально-економічних факторів на обсяги страхових платежів. Можливе й планування також окремо по кожній групі майна.

Практика засвідчила переваги планування надходження страхових платежів у три етапи. Змістом першого є визначення очікуваного надходження платежів за цілий рік, величина яких є вихідним моментом у плануванні. На другому етапі обчислюється плановий розмір надходження платежів у межах усїєї страхової організації, а на третьому – ці величини доводяться до структурних підрозділів страховика (страхових агентів),

Розглянемо поетапний процес планування більш детально. На першому етапі складається таблиця щоквартального надходження страхових платежів, величина яких устанавлюється на основі можливої їх динаміки порівняно з попереднім роком і попереднім кварталом чи місяцем. Вивчення темпів їхньої зміни дає змогу прогнозувати їх величини на наступні квартали (місяці).

Враховуючи те, що процес планування надходження страхових платежів на наступний рік починається в середині поточного, сумують платежі, що надійшли за I і II квартали, з очікуваним надходженням за III і IV квартали року. В результаті визначається сума

надходжень за рік. Проаналізувавши темпи зростання середніх платежів за останні п'ять років, розраховується їх величина в поточному році. У плануванні надходження платежів по страхуванню життя показник середнього платежу на один договір обчислюється шляхом ділення суми внесків, які надійшли, на число діючих договорів на кінець року. Практика свідчить, що темпи зростання середнього платежу досить стійкі. Це дає можливість із значним рівнем достовірності прогнозувати обсяги страхових платежів.

Щоб визначити очікувану кількість договорів, необхідно поділити очікувану суму надходження страхових платежів на прогнозований середній внесок.

На другому етапі планова величина надходження страхових платежів розраховується в такій послідовності. Спочатку встановлюється очікувана кількість договорів у поточному році і, спираючись на аналіз динаміки показника кількості договорів, включаючи поточний рік, розраховується кількість договорів у поточному році. Далі визначається очікуваний середній платіж на один договір у поточному році. Встановивши його динаміку, включаючи очікувану величину поточного року, можна розрахувати планову величину середнього платежу.

Після цього обчислюється пошукувана планова сума надходження платежів шляхом множення планової суми середнього платежу на планову кількість договорів.

Певні особливості надходження платежів по страхуванню життя зумовлені його довгостроковим характером. Як відомо, внески в довгостроковому страхуванні поступають щомісяця. Загальний обсяг одержаних платежів, залежить від того, в якому місяці було укладено договір страхування (наприклад, за договором, підписаним у червні, за рік поступить 7 внесків, а за договором, укладеним у в жовтні, – лише 3). Внаслідок цього певну складність становить розрахунок очікуваного надходження за поточний рік планової суми внесків.

Значне поширення одержали договори страхування життя за рахунок коштів підприємств і організацій з одноразовою виплатою внесків. За такими договорами можна планувати надходження страхових платежів шляхом прямого підрахунку по кожному договору індивідуально.

## **123. Характеристика факторів, які впливають на ефективність страхової діяльності**

Становлення України як незалежної, демократичної країни з ринковою економікою створило умови для розвитку ринку страхових послуг. Формування нової системи господарювання в Україні вносить принципові зміни в організацію страхової справи. Варто зазначити, що в сучасних економічних умовах страхування – чи не єдина галузь економіки України, яка протягом останніх років має стабільний значний щорічний приріст обсягів наданих послуг. Але, незважаючи на номінальне зростання обсягів страхового ринку, ця галузь забезпечує перерозподіл незначної частини внутрішнього валового продукту.

Страховий ринок демонструє одну з найбільших динамік зростання серед секторів економіки країни. Кількісні показники страхового ринку свідчать про високі темпи зростання страхового ринку. Його щорічний приріст становить 30–40 % у сегменті страхування ризиків та 60–70 % – життя. Основні чинники зростання ринку – приріст добробуту населення та збільшення його страхової культури.

Незважаючи на світову фінансову кризу, яка в цілому негативно відобразилась на динаміці національних фінансових ринків, позитивна динаміка на українському страховому ринку збереглась і наприкінці 2008 року. Зокрема, страхові премії за видами страхування життя за III квартал 2008 року зросли на 72 %, а відповідні страхові виплати – на 39 %. Зростання обсягів страхової діяльності стало одним із факторів збільшення страхових резервів та активів. Протягом останніх двох періодів (2007 та 2008 роки) зберігається позитивна динаміка зростання активів страховиків, страхових резервів, а також збільшенні частки сформованих страхових резервів зі страхування життя (у 2007 році резерви зі страхування життя становили 11,8 % у загальній величині страхових резервів, а в III кварталі 2008 року – 12,8 %). Динаміка основних параметрів за останні роки свідчить про зміцнення тенденцій до зростання обсягів страхового ринку. Серед позитивних чинників – стійке зростання капіталу та обсягів активів, що є необхідною умовою стабільного функціонування і розвитку страхового ринку.

**Незважаючи на позитивні зрушення в розвитку страхового ринку, мають місце і негативні тенденції.** В Україні існує також безліч проблем організаційно-методологічного забезпечення страхової діяльності, зокрема:

- відсутність послідовної і чіткої державної політики щодо розвитку страхування й достатнього рівня методологічної підготовки страхових механізмів;
- відсутність системи стандартизації і сертифікації страхових продуктів і системи менеджменту;
- наявність недобросовісної конкуренції;
- нерозвинутість страхового брокерства;
- недосконалість інвестиційної діяльності страхових компаній.

Страховий ринок України гостро потребує належного інформаційного забезпечення. Можна твердити про відсутність загальнонаціональної системи розкриття фінансової інформації учасниками страхового ринку України. Недостатньо на вітчизняному страховому ринку вирішені питання автоматизації обліку, формування бази даних клієнтів, оперативного прийняття рішень щодо страхових випадків і скарг клієнтів, комп'ютеризації з використанням передових інформаційних технологій для розв'язання поточних завдань компанії. Головною проблемою є й відсутність доступної аналітики.

Справді привабливим для страхового бізнесу вітчизняний страховий ринок може стати тільки за умови вироблення і послідовної реалізації науково обґрунтованої політики стимулювання кількісного розвитку і якісного удосконалення його клієнтської бази, тобто політики, здійснюваної в інтересах усіх потенційних вітчизняних страхувальників.

Стратегія розвитку страхового ринку України має бути орієнтована передусім на досягнення незалежного рівня особистого страхування, зокрема його довгострокових (накопичувальних) видів. При цьому найзацікавленішою в розвитку ринку особистого страхування в країні має бути держава.

По-перше, проблема пошуку коштів для розв'язання державних проблем має першочергову значущість, і саме особисте страхування, разом із страхуванням життя, дасть змогу залучити додаткові кошти, що є джерелом довгострокових інвестиційних ресурсів.

По-друге, особисте страхування компенсує дефіцит державних соціальних гарантій. Довгострокове особисте страхування (зокрема пенсій-

ні ануїтети) забезпечує отримання додаткового доходу, що не залежить від розміру державних виплат, у тому числі через старість і інвалідність. Наявність розвинутого ринку особистого страхування знижує навантаження на видаткову частину бюджету, зменшуючи витрати держави на соціальне забезпечення громадян. Отже, держава зможе зосередитися на захисті найменш забезпечених верств населення.

По-третє, розвиток особистого страхування, як однієї з найбільш працемістких і науковомістких галузей страхування, веде до утворення нових робочих місць.

Вітчизняний страховий ринок потребує модернізації, що передбачає заміну наявної моделі його функціонування й розвитку нової, ефективнішої, яка відповідатиме потребам розвитку реального страхування і базуватиметься на динамічно зростаючому платоспроможному попиті.

В основу Концепції розвитку страхового ринку України має бути покладений принципово новий для сучасного страхового ринку підхід, коли саме страхувальники розглядаються як імператив. Це означає, що інтереси страхувальників повинні розглядатися як пріоритетні у загальній системі інтересів, які забезпечують функціонування вітчизняного страхового ринку. Страхувальники є головним джерелом існування і розвитку страхового бізнесу.

Для подальшого розвитку вітчизняного страхового ринку необхідний збалансований розвиток обов'язкових і добровільних видів страхування. Для цього треба встановити основи обов'язкового страхування, до яких входять принципи і вимоги до його здійснення, посилити контроль за проведенням обов'язкового державного страхування і страхування, що здійснюється із залученням бюджетних коштів.

Систематичний розвиток нових страхових продуктів – інновативність – як один із наріжних принципів маркетингу в страхуванні має охоплювати всі сфери страхової діяльності: від укладання договорів страхування до пошуку нових сфер інвестування і сучасних методів корпоративного управління. Важливе місце в стратегії розвитку страхового ринку належить формуванню і реалізації стратегії розвитку систем управління продажем страхових компаній, до якої мають входити відповідні завдання:

- розвиток організаційної культури і клієнтоорієнтованості підрозділів;
- зміцнення управлінської команди, розвиток її творчого і підприємницького потенціалу;

- вироблення й формалізація рішень із підвищенням ефективності управління продажем у компанії;
- розроблення стратегічних напрямів розвитку в сфері продажу й управління продажем;
- побудова, налагодження і запуск корпоративної системи професійного розвитку спеціалістів.

Одним із важливих моментів стратегічного планування діяльності страхових компаній є мінімізація страхових ризиків, що не меншою мірою зумовлює фінансову результативність страхування, ніж тарифна політика й розширення філіальної і агентської мережі. Важливим моментом стратегічного розвитку вітчизняного страхового ринку має стати і оптимізація структури витрат, що входять до собівартості послуг страхових компаній, і наближення цієї структури до загальновизнаних світових норм. У цьому плані, зокрема, чільне місце має належати розвитку електронного страхування.

## **124. Критерії показників економічної ефективності страхової діяльності**

Крім прибутковості, ефективність страхових компаній, що здійснюють страхування інше, ніж страхування життя, можна відобразити системою таких показників.

**Показник ділової активності**, який показує відношення надходжень страхових премій (платежів) на певну дату поточного року до валюти балансу на цю ж дату за попередній рік.

Цей показник показує, скільки оборотів зробив капітал страховика за певний проміжок часу (як правило, за півріччя чи рік). Кожний оборот капіталу може приносити страховику прибутки чи збитки. Тому цей коефіцієнт характеризує ефективність використання ресурсів страховика.

**Зіставлення обсягів власного капіталу і статутного капіталу.** Нагадаємо, що складовими власного капіталу є:

- статутний капітал;
- додатковий капітал;
- нерозподілений прибуток;
- резервний фонд;
- інший капітал, за винятком несплаченого і вилученого капіталу.

Якщо обсяг власного капіталу перевищує обсяг статутного капіталу, то таке співвідношення характеризує прибуткову ді-

яльність страховика. Зростання дає змогу страховій компанії здійснювати виплати дивідендів, реінвестувати капітал і т. ін. Якщо обсяг статутного капіталу перевищує обсяг власного капіталу, то це свідчить про збиткову діяльність страховика, про заборгованість засновників стосовно сплати статутного капіталу.

**Рівень сплаченого статутного капіталу.** Чим він вищий, тим вищий рівень зацікавленості власників капіталу в розвитку страхової компанії.

Показники структури активів, які визначають рівень платоспроможності страховика:

- відношення суми інвестиційних вкладень і грошових коштів до загальної суми активів. Цей показник має наближатись до 1 (одиниці);
- відношення інвестиційних вкладень і грошових коштів до розміру страхових резервів.

Цей показник має бути рівним або більшим від одиниці. Темп зростання страхових премій визначається як відношення надходжень страхових премій поточному році до надходжень страхових премій у попередньому році. Досвід показує, що цей темп при стабільній діяльності страховика перебуває в межах 25%.

Різке збільшення темпів зростання страхових премій означає зростання зобов'язань страхової компанії, що потребує зростання власного капіталу.

Значне зменшення темпів зростання страхових премій свідчить про порушення збалансованості страхової діяльності, що загрожує фінансовій стабільності страховика.

**Показник забезпечення страховика власними засобами** визначається як відношення обсягу власного капіталу до технічних резервів. Оптимальне значення показника більше ніж 28%. Достатній обсяг власних засобів страховика, вільних від зобов'язань, є надійним чинником фінансової стійкості страхової компанії. Рівень покриття інвестиційними активами страхових резервів визначається як відношення обсягу інвестиційних активів та грошових коштів до страхових резервів (резервів незароблених премій).

Бажано, щоб обсяг інвестиційних активів перевищував обсяг страхових резервів, або ж, принаймні, дорівнював йому.

Якщо ж обсяг страхових резервів перевищує інвестиційні активи і кошти, то це свідчить про розміщення засобів у високоризикові або неліквідні активи.

**Показники, що характеризують участь перестраховика в забезпеченні фінансової надійності страхової компанії:**

- частка страхових платежів, що належать перестраховикам, показує залежність здатності страхової компанії до виконання своїх зобов'язань від надійності партнерів по страхуванню. Оптимальне значення цього показника визначається межами 5–50% від валових показників страхових платежів. Перевищення показником установленої межі свідчить про надто високий ступінь залежності страховика від партнерів по страхуванню. Якщо цей показник менший від установленої межі, то це свідчить про фактичну відсутність зв'язку фінансового стану страховика з перестраховими операціями;
- участь перестраховальників у страховій премії визначається як відношення обсягу страхових премій за ризиками, що передаються у перестраховання, до загального обсягу страхових премій.

Цей показник показує ступінь участі операцій з перестраховування ризиків у забезпеченні фінансової стійкості страхової компанії.

Оптимальне значення показника теж перебуває в межах 5–50% від обсягу страхових премій. Якщо коефіцієнт буде нижчим від установленої межі, то це свідчитиме про фактичну відсутність залежності фінансового стану страховика від перестрахових операцій, і навпаки, перевищення коефіцієнтом установленої межі свідчить про надмірну залежність фінансового стану страховика від партнерів з перестраховування.

Є й інші показники ефективності функціонування страховиків. Але розглянутих нами показників достатньо для того, щоб, проаналізувавши основні показники діяльності страховиків, які оприлюднюються щорічно, потенційний страхувальник міг визначитись у вільному виборі надійного для себе страховика.

**125. Порядок обчислення фактичного та нормативного запасу платоспроможності страховика**

Страховики відповідно до обсягів страхової діяльності зобов'язані підтримувати належний рівень *фактичного запасу платоспроможності (нетто-активів)*.

Фактичний запас платоспроможності (нетто-активи) страховика визначається вирахуванням з вартості майна (загальної суми активів) страховика суми нематеріальних активів і загальної суми зобов'язань, у тому числі страхових. Страхові зобов'язання приймаються рівними обсягам наявних технічних резервів.



На будь-яку дату фактичний запас платоспроможності страховика повинен перевищувати розрахунковий нормативний запас платоспроможності. Методика обчислення нормативного запасу платоспроможності неоднакова для страхових компаній, які здійснюють страхування життя і які здійснюють загальні види страхування.

Нормативний запас платоспроможності для страховика, який здійснює страхування життя, на будь-яку дату дорівнює величині, що визначається множенням загальної величини резерву довгострокових зобов'язань (математичних резервів) на коефіцієнт 0,05. Загальна величина резерву довгострокових зобов'язань дорівнює сумі резервів довгострокових зобов'язань (математичних резервів), розрахованих на цю саму дату окремо за кожним договором страхування життя.

Нормативний запас платоспроможності страховика, який здійснює загальні види страхування, обчислюється двома способами. Для подальшого порівняння з фактичним запасом платоспроможності обирається більша з отриманих величин.

Відповідно до першого способу, нормативний запас платоспроможності обчислюється множенням суми страхових премій за попередні 12 місяців на коефіцієнт 0,18 (останній місяць складатиметься з кількості днів на дату розрахунку). При цьому сума страхових премій зменшується на скориговану суму страхових премій, належних перестраховикам. Сума страхових премій, належних перестраховикам, коригується множенням на встановлені Законом «Про страхування» коефіцієнти, а саме:

- у 2002 році – 0,75;
- у 2003 році – 0,60;
- у подальші роки – 0,50.

Відповідно до другого способу нормативний запас платоспроможності обчислюється множенням суми страхових виплат за попередні 12 місяців на коефіцієнт 0,26 (останній місяць складатиметься з кількості днів на дату розрахунку).

При цьому сума страхових виплат зменшується на скориговану суму страхових виплат, що компенсуються перестраховиками згідно з укладеними договорами перестраховування. Коригування здійснюється з використанням таких самих коефіцієнтів, які використовуються в першому способі розрахунку нормативного запасу платоспроможності.

Завдання аудитора – розрахувати обидва з передбачених законодавством показників нормативного запасу платоспроможності, обрати більший з них і порівняти з фактичним нормативним запа-

сом. Якщо фактичний показник перевищує обраний більший показник, то можна говорити про дотримання страховиком визначених законодавством вимог.

Економічний смисл такого порівняння полягає в тому, щоб визначити, наскільки обороти за страховими операціями конкретного страховика відповідають його фінансовим можливостям. Обороти страхової компанії за звітний період можна розглядати як з погляду на зібрані страхові премії, так і на здійснені страхові виплати. Через це законодавство встановлює два показники нормативного запасу платоспроможності. Вільний від зобов'язань власний капітал страхової компанії (а саме цей показник уособлює фактичний запас платоспроможності) має становити не менше ніж 18 % від оборотів страховика за преміями і не менше ніж 26 % від оборотів страховика за виплатами. Якщо для забезпечення фінансової стійкості страхових операцій страхова компанія використовує перестраховання, то показники нормативного запасу платоспроможності дещо зменшуються. Тобто законодавчі вимоги для такої страхової компанії менш жорсткі.

Крім ніж трьох головних умов забезпечення платоспроможності, законом з метою підтримки належного рівня платоспроможності страховиків визначено обов'язкові вимоги передачі ризиків на перестраховання. Це стосується, по-перше, зобов'язань страховика за окремими об'єктами страхування; по-друге – загальної суми зобов'язань страховика. У першому випадку законодавство вимагає від страховика укласти договір перестраховання, якщо страхова сума за окремим об'єктом страхування перевищує 10 % суми сплаченого статутного фонду і сформованих вільних резервів та страхових резервів. У другому випадку йдеться про те, що страховики, які прийняли на себе страхові зобов'язання в обсягах, що перевищують можливість їх виконання за рахунок власних активів, повинні застрахувати ризик виконання зазначених зобов'язань у перестраховиків (резидентів або нерезидентів). Перевіряючи дотримання цих законодавчих вимог, аудитор спирається на дані аналітичного обліку, зокрема на дані журналу обліку договорів страхування, який має вести страхова компанія. Порівнюючи страхові суми за окремими договорами страхування з обсягом сплаченого статутного фонду, сформованих страхових і вільних резервів, аудитор переконується в дотриманні вимог щодо максимальної відповідальності страховика за окремим об'єктом страхування.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України «Про страхування» // Урядовий кур'єр. – 1996. – 18 квіт. із змінами, внесеними згідно із Законами: № 306/97-ВР від 4.06.97; № 589/97-ВР від 21.10.97; № 684/97-ВР від 3.12.97.
2. Закон України «Про господарські товариства» // Відомості Верховної Ради України. – 1991. – № 49. – С. 1403–1425.
3. Закон України «Про селянське (фермерське) господарство» // Голос України. – 1992. – 14 січ.
4. Закон України «Про колективне сільськогосподарське підприємство» // Голос України. – 1992. – 20 берез.
5. Закон України «Про заставу» // Голос України. – 1992. – 11 лист.
6. Закон України «Про транспорт» // Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 51 від 20 груд. – С. 1303–1319.
7. Закон України «Про охорону навколишнього середовища» // Голос України. – 1991. – 20 берез.
8. Закон України «Про приєднання України до Віденської Конвенції про цивільну відповідальність за ядерну шкоду» // Голос України. – 1996. – № 41.
9. Постанова Кабінету міністрів України «Про порядок і умови проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів» // Україна–Бізнес. – 1996. – 24 жовт.
10. Постанова Кабінету міністрів України «Положення про Моторне (транспортне) страхове бюро» // Україна–Бізнес. – 1996. – 24 жовт.
11. Постанова Кабінету міністрів України «Про затвердження Положення про порядок провадження діяльності страховими посередниками» // Урядовий кур'єр. – 1997. – 21 січ.
12. Постанова Кабінету міністрів України «Про затвердження Положення про організацію діяльності аварійних комісарів» // Україна–Бізнес. – 1997. – 18 лют.
13. Постанова Кабінету міністрів України «Про порядок утворення та державної реєстрації Авіаційного страхового бюро і Морського страхового бюро» // Україна–Бізнес. – 1998. – 13 трав. – С. 6.
14. Постанова Кабінету міністрів України «Про порядок і умови проведення обов'язкового авіаційного страхування» // Україна–Бізнес. – 1998. – 22 лип. – С. 3.

15. Постанова Кабінету міністрів України «Про створення мережі закладів з організації надання медичної допомоги “Асістанс–Україна”» // Україна–Бізнес. – 1998. – 23 груд. – С. 5.
16. Цивільний кодекс України // Голос України. – 1998. – 17 черв.
17. Повітряний кодекс України // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 25. – 22 черв. – С. 623–649.
18. Кодекс торговельного мореплавства України // Голос України. – 1995. – № 127–128.
19. Автострахование: теория, практика и зарубежный опыт: Специальное приложение к журналу «Финансы». – М., Финансы. – 1995. – 225 с.
20. *Айзенштейн Х. А.* Сравнение и критика полисных условий по страхованию жизни. – М.: Анкил, 1993. – 61 с.
21. *Александрова Т. Г., Мещерякова О. В.* Коммерческое страхование (справочник). – М.: Институт новой экономики, 1996. – 254 с.
22. *Аленичев В. В., Аленичева Т. Д.* Страхование валютных рисков, банковских и экспортных коммерческих кредитов. – М.: ТОО «ИСТ-Сервис», 1994. – 114 с.
23. *Анисимов В. М.* Развитие страховой медицины – путь к реформированию здравоохранения // Финансы. – 1995. – № 5. – С. 46–50.
24. *Базилевич В. Д., Базилевич К. С.* Страхова справа. – К.: Знання, 1997. – 216 с.
25. *Бабенко В.* Страховання – це рівень культури // Урядовий кур’єр. – 1996. – 26 верес.
26. *Бабенко В.* Канали розподілу страхових послуг в промислово розвинутих країнах // Економіка України. – 1997. – № 7. – С. 82–87.
27. *Балабанов И. Т.* Риск – менеджмент. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 192 с.
28. *Баторин В. Г.* Страхование жизни. – М.: Финансы и статистика, 1990. – 76 с.
29. *Бирюков В.* Банковское страхование – защита от различных видов преступлений // Україна–Бізнес. – 1996. – № 9. – 7 берез.
30. *Бондаренко Л. Н.* Страхование урожая: новые подходы к старой дискуссии // Финансы. – 1997. – № 5. – С. 43–47.
31. *Вобльй К. Т.* Основы экономии страхования. – М.: Анкил, 1995. – 228 с.
32. *Воробьев М. В.* Страхование от огня. – М.: Анкил, 1992. – 16 с.

33. *Виноградов П. П., Нейфельд П. Б.* Транспортное страхование. – М.: ЮКИС, 1993. – 180 с.
34. *Галагуза Н. Ф.* Реклама в страховании: ключ к успеху. – М.: Финансы, 1995. – 132 с.
35. *Гвозденко А. А.* Основы страхования: Учебник. – М.: Финансы и статистика, 1998. – 304 с.
36. *Гончар С.* Обов'язкове страхування депозитів фізичних осіб // Галицькі контракти. – 1996. – № 14.
37. *Государственное* страхование в СССР: Учебник / Под ред. Л. И. Рейтмана. – М.: Финансы и статистика, 1989. – 336 с.
38. *Гуминский И.* Моторное бюро действует // Финансовые услуги. – 1997. – № 1. – С. 55–57.
39. *Дарков В.* Ассоциация страховых посредников Украины – какой ей быть? // Финансовые услуги. – 1997. – № 3. – С. 28–32.
40. *Ефимов С. Л.* Энциклопедический словарь: Экономика и страхование. – М.: Церих-ПЭЛ, 1996. – 528 с.
41. *Ефимов С. Л.* Организация управления страховой компанией: теория, практика, зарубежный опыт. – М.: Российский юридический издательский дом, 1995. – 147 с.
42. *Ефимов С. Л.* Деловая практика страхового агента и брокера: Учеб. пособие. – М., 1996. – 416 с.
43. *Європейський* досвід страхової діяльності і вдосконалення її кадрового забезпечення. Професійні дискусії педагогів і практиків Сходу і Заходу / Матеріали Міжнародної конференції 17–18 жовтня 1996 р. – К., 1996. – 136 с.
44. *Журавлев Ю. М., Секерж И. Г.* Страхование и перестрахование (Теория и практика). – М.: Анкил, 1993. – 115 с.
45. *Журавлев Ю. М.* Страхование во внешнеэкономических связях. – М.: Анкил, 1993. – 76 с.
46. *Журавлев Ю. М.* Формы и методы проведения перестраховочных операций. Основные виды перестраховочных договоров. – М.: ЮКИС, 1993. – 191 с.
47. *Заруба О. Д.* Страхова справа: Підручник. – К.: Знання, 1998. – 321 с.
48. *Закревич Н.* Перші кроки Асоціації професійних посередників // Україна – Бізнес. – 1997. – № 36. – 17 верес.
49. *Захаревич Н.* Обов'язкове страхування цивільної відповідальності в полі зору виконавчих органів та громадськості // Україна–Бізнес. – 1997. – № 10. – 13 берез.

50. *Иванова И. Г.* Медицинское страхование: Учеб. пособие. – СПб., Изд-во. С.-Петербургского ун-та экономики и финансов, 1992. – 24 с.
51. *Ляшенко С. С.* Страхування вкладів фізичних осіб // Вісник НБУ. – 1997. – № 3. – С. 21–22.
52. *Кагаловская Э. Т., Левант Н. А.* Справочное пособие по личному страхованию в России. – М.: ЮКИС, 1993. – 133 с.
53. *Кагаловская Э. Т.* Страхование жизни (тенденции развития). – М.: Финансы, 1979. – 110 с.
54. *Клапків М.* Кредитно-страховий альянс. – Тернопіль: Збруч, 1995. – 135 с.
55. *Косырев Б. А.* Пенсионное страхование как главный вид социального обеспечения // Деньги и кредит. – 1996. – № 6. – С. 69–74.
56. *Кредитное* страхование (по материалам Великобритании). – М.: Анкил, 1992. – 232 с.
57. *Криворучко А.* Рівень розвитку страхування в сільському господарстві // Финансовые услуги. – 1998. – № 1. – С. 28–30.
58. *Концепція* медичного страхування населення за участю страхових організацій // Україна – Бізнес. – 1996. – 26 груд.
59. *Корольок Ю.* Страховий ринок України: характеристика основних гравців // Галицькі контракти. – 1997. – № 25.
60. *Корунов С. С. и др.* Методическое обеспечение страхования космических программ. – М.: Анкил, 1996. – 59 с.
61. *Кузнецов Ю. М.* Положення про порядок та умови страхування ядерних ризиків // Орієнтир. Інформаційний додаток до газ. «Урядовий кур'єр». – 1998. – № 5–6.
62. *Локшин Д.* Страхование неплатежей иностранного партнера // Бизнес и страхование. – 1997. – № 10. – С. 36.
63. *Манэс А.* Основы страхового дела. – М.: Анкил. – 1992. – 114 с.
64. *Маркетинг* в страховом деле // Україна – Бізнес. – 1996. – № 10. – 14 берез. – С. 3.
65. *Мартынов В.* Грузы и контракты // Посредник. – 1996. – № 16. – С. 36–37.
66. *Махно В., Нечипоренко В.* Реализация страховых продуктов // Финансовые услуги. – 1997. – № 4–5. – С. 10–15.
67. *Михайлов В. И.* Роль страхования в сельскохозяйственном производстве // Бизнес и страхование. – 1997. – № 8. – С. 52–55.
68. *Непочатова Л.* Тенденции развития рынка авиационного страхования в Украине // Финансовые услуги. – 1997. – № 6. – С. 23–24.

69. *Никитенков Л. К.* Сельскохозяйственное страхование. – М.: Финансы и статистика, 1988. – 143 с.
70. *Нэлмэн У.* Роль страхования в управлении рисками банков // Финансовые услуги. – 1997. – № 2. – С. 41–44.
71. *Оговорки* института Лондонских страховщиков по страхованию грузов // Финансовые услуги. – 1997. – № 3. – С. 56–60.
72. *Орланюк-Малицкая Л. А.* Платежеспособность страховых компаний. – М.: Анкил, 1994. – 152 с.
73. *Особенности* имущественного страхования (опыт страхового рынка Швейцарии). – М.: Анкил. – 1994. – 32 с.
74. *Плешков А. П., Орлова И. В.* Очерки зарубежного страхования. – М.: Анкил, 1997. – 200 с.
75. *Плешков А. П.* Автотранспортное страхование в СССР: проблемы и перспективы развития. – М.: Финансы и статистика, 1980. – 175 с.
76. *Плешков А. П., Кагаловская Э. Т.* Методология исследования страховых интересов населения. – М.: Научно-исследовательский финансовый институт, 1991. – 66 с.
77. *Програма* заходів щодо розвитку медичного страхування (Проект) // Україна – Бізнес. – 1998. – № 34. – 2 верес.
78. *Путов А.* Альтернативная медицина: бесплатная, платная или страховая // Финансовая консультация. – 1997. – № 12. – С. 8–9.
79. *Редькин И.* Страхование грузов: анализ и перспективы // Финансовые услуги. – 1997. – № 1. – С. 58–60.
80. *Рудницкий В. В., Федорова Т. А.* Основы страховой деятельности. – СПб.: Изд-во ун-та экономики финансов. – 1992. – 77 с.
81. *Рудницкий В. В.* Экономика и организация страхового дела. – СПб, 1993. – 135 с.
82. *Савченко И.* Экологические риски и хозяйственная деятельность // Бизнес. – 1996. – № 5. – С. 11–12.
83. *Саркисов С. Э.* Личное страхование. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 94 с.
84. *Сахар И.* Авиационному страхованию необходима профессиональная основа // Финансовые услуги. – 1997. – № 2. – С. 33–35; № 3. – С. 60–61.
85. *Семенов А. В., Чернов А. Ю.* Медицинское страхование. – М.: Финстатинформ, 1993. – 128 с.
86. *Словарь* страховых терминов / Под ред. Е. В. Коломина, В. В. Шахова. – М.: Финансы и статистика, 1991. – 336 с.

87. *Сплетугов Ю.* Страхование рисков, связанных с предпринимательской деятельностью // *Финансовый бизнес.* – 1997. – № 12. – С. 24–29.
88. *Справочник* по страхованию в промышленности / Под ред. Н. А. Никологородского. – М.: ЮНИТИ, 1994. – 336 с.
89. *Страхование от А до Я* (книга для страхователей) / Под ред. Л. И. Корчевской, К. Е. Турбиной. – М.: Инфра-М, 1996. – 624 с.
90. *Страхование* в промышленности: (опыт страхового рынка ФРГ) / Под ред. О. Ю. Бриллиантова. – М.: Анкил, 1993. – 123 с.
91. *Страховое дело: Учебник* / Под ред. Л. И. Рейтмана. – М.: Банковский и биржевой научно-консультационный центр. – 1992. – 530 с.
92. *Страхування: Підручник* / Кер. авт. кол. і наук. ред. С. С. Осадець. – К.: КНЕУ, 1998. – 528 с.
94. *Янишен В.* Страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств // *Бизнес-информ.* – 1997. – № 21. – С. 18–21.
94. *Страховой портфель: Кн. предпринимателя. Кн. страховщика. Кн. страхового менеджера* / Отв. ред. Ю. Б. Рубин, В. И. Солдаткин – М.: СОМИНТЭК, 1994. – 628 с.
95. *Суворов Д. В., Кочетков В. П.* Обязательное страхование гражданской ответственности пользователя ядерной установки // *Финансы.* – 1993. – № 2. – С. 62–66.
96. *Суворов Д. В.* Становление страхования // *Финансы.* – 1997. – № 12. – С. 52–57.
97. *Тагиев Г. И.* Развитие государственного страхования в СССР. – М.: Финансы, 1978. – 224 с.
98. *Туровский В.* Брокер – трудный путь на рынок // *Финансовые услуги.* – 1997. – № 4–5. – С. 26–50.
99. *Шахов В. В.* Введение в страхование: экономический аспект. – М.: Финансы и статистика, 1992. – 192 с.
100. *Шахов В. В.* Страхование. – М.: ЮНИТИ. – *Страховой полис,* 1997. – 311 с.
101. *Шиминова М. Я.* Страхование: история, действующее законодательство, перспективы. – М.: Наука, 1989. – 174 с.
102. *Экономика* страхования и перестрахования. – М.: Анкил. – 1996. – 224 с.
103. *Страхование* жизни на примере Швейцарии. – М.: Анкил, 1994. – 80 с.



# ЗМІСТ

<b>Модуль 1. . . . .</b>	<b>3</b>
1. Необхідність страхового захисту як важливого засобу економічно безпеки . . . . .	3
2. Страхові фонди як матеріальна основа страхового захисту та його форми . . . . .	4
3. Самострахування, його джерела меж доцільного застосування. . . . .	6
4. Виникнення та етапи розвитку страхування . . . . .	8
5. Сутність страхування та його місце в системі грошових відносин. . . . .	10
6. Загальні та специфічні риси економічних категорій – страхування, кредиту та фінансів . . . . .	13
7. Функції страхування. . . . .	14
8. Принципи страхування . . . . .	16
9. Сфери застосування страхування. . . . .	19
10. Роль страхування в розвитку ринкової економіки. . . . .	21
11. Поняття про класифікацію. Її наукове та практичне значення . . . . .	24
12. Ознаки класифікації . . . . .	25
13. Класифікація страхування за об'єктами. Визначення галузей та видів страхування . . . . .	28
14. Системи страхового забезпечення . . . . .	30
15. Класифікація за родом небезпек. . . . .	32
16. Форми проведення страхування. Принципи добровільного обов'язкового страхування . . . . .	37
17. Визначення обов'язкових видів страхування Законом України «Про страхування» . . . . .	39
18. Класифікація за статусом страхувальника . . . . .	42
19. Класифікація страхування за спеціалізацією страховика . . . . .	43
20. Поняття про ризику . . . . .	46
21. Основні характеристики ризику. . . . .	48
22. Визначення страхового ризику та його ознаки . . . . .	49
23. Класифікація ризиків у різних видах страхування . . . . .	50
24. Методи оцінювання ризику . . . . .	51
25. Управління ризиком у страхуванні. . . . .	55
26. Визначення ціни ризику в страхуванні . . . . .	58
27. Структура страхового тарифу . . . . .	59
28. Поняття про страховий ринок, умови його формування, розвитку . . . . .	62
29. Структура страхового ринку залежно від критерію, покладеного в основу його класифікації . . . . .	64
30. Учасники страхового ринку та взаємовідносини між ними . . . . .	67

31. Визначення страховиків та страхувальників згідно із законодавством України . . . . .	69
32. Страхові послуги як об'єкт купівлі-продажу на страховому ринку . . . . .	70
33. Роль посередників на страховому ринку . . . . .	72
34. Характеристика основних етапів розвитку страхового ринку України . . . . .	74
35. Перспективи розвитку страхового ринку України . . . . .	77
36. Страховий маркетинг . . . . .	81
37. Функції маркетингу страховика . . . . .	84
38. Страхові договори, порядок їх підготовки й укладання . . . . .	86
39. Визначення страхової компанії . . . . .	88
40. Поняття про страхову систему як частину сфери послуг . . . . .	91
41. Характеристика особливостей різних видів страхових компаній . . . . .	93
42. Відмінності страховиків за приналежністю . . . . .	96
43. Особливості діяльності страховиків за спеціалізацією . . . . .	100
44. Порядок створення, функціонування та ліквідації страхових компаній . . . . .	102
45. Особливості роботи товариств взаємного страхування . . . . .	104
46. Перспективи діяльності нерезидентів на страховому ринку України . . . . .	106
47. Інфраструктура страховика та її характеристика . . . . .	107
48. Організаційна структура страхової компанії . . . . .	109
49. Принципи структури управління страховою компанією . . . . .	115
50. Функції та роль філій і представництв страховика . . . . .	118
51. Об'єднання страховиків та їхні функції . . . . .	119
52. Необхідність та зміст державного регулювання страхової діяльності . . . . .	121
53. Шляхи наближення законодавчої нормативної бази зі страхування до міжнародних стандартів . . . . .	123
54. Тенденції збільшення обсягів статутного фонду страховиків . . . . .	125
55. Функції, права та обов'язки Комітету в справах нагляду за страховою діяльністю . . . . .	126
56. Методи державного регулювання страхової діяльності . . . . .	130
57. Умови і порядок ліцензування страхової діяльності . . . . .	133
58. Санкції до страхових компаній за результатами перевірок Укрстрахнагляду . . . . .	137
<b>МОДУЛЬ 2 . . . . .</b>	<b>141</b>
59. Класифікація особистого страхування . . . . .	141
60. Розрахунок страхових тарифів в особистому страхуванні . . . . .	142

---

61. Страхування життя і його основні види. . . . .	145
62. Особливості договорів змішаного страхування життя. . . . .	147
63. Страхування пенсій. . . . .	150
64. Сутність страхування від нещасних випадків. . . . .	152
65. Характеристика окремих видів обов'язкового особистого страхування. . . . .	154
66. Особливості індивідуального та колективного страхування від нещасних випадків. . . . .	155
67. Медичне страхування як один із методів поліпшення соціальної захищеності громадян. . . . .	159
68. Особливості програм обов'язкового та добровільного страхування. . . . .	162
69. Напрями розвитку медичного страхування в Україні. . . . .	166
70. Специфіка страхування майна юридичних осіб. . . . .	170
71. Економічна ефективність страхування сільськогосподарських підприємств. . . . .	173
72. Методика розрахунку збитку в рослинництві. . . . .	177
73. Особливості страхування технічних ризиків. . . . .	180
74. Характеристика каско і карго страхування. . . . .	181
75. Страхування авіаційних та морських ризиків. . . . .	182
76. Економічне призначення страхування будівель, які належать фізичним особам. . . . .	187
77. Особливості страхування домашнього майна населення. . . . .	190
78. Страхування тварин, які належать громадянам. . . . .	193
79. Особливості страхування ризику непогашеного кредиту. . . . .	195
80. Зміст страхування відповідальності позичальника за непогашення кредиту. . . . .	199
81. Мета створення системи депозитного страхування. . . . .	201
82. Необхідність страхування відповідальності. . . . .	204
83. Характеристика страхування відповідальності. . . . .	206
84. Суб'єкти та об'єкти у страхуванні відповідальності. . . . .	209
85. Особливості страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів. . . . .	210
86. Функції Моторного (транспортного) страхового бюро. . . . .	213
87. Міжнародна система «Зелена картка». . . . .	216
88. Особливості страхування професійної відповідальності. . . . .	219
89. Визначення розміру страхового відшкодування у страхуванні професійної відповідальності. . . . .	222
90. Доцільність страхування відповідальності роботодавців. . . . .	224
91. Класифікація страхування відповідальності товаровиробників за якість продукції. . . . .	227

92. Зміст та функції екологічного страхування . . . . .	230
93. Мета й економічна сутність перестраховування . . . . .	234
94. Функції перестраховування . . . . .	238
95. Особливості методів перестраховування . . . . .	239
96. Специфіка договорів перестраховування . . . . .	242
97. Зміст факультативного перестраховування . . . . .	245
98. Характеристика облігаторного перестраховування . . . . .	248
99. Особливості факультативно-облігаторного перестраховування . .	250
100. Порівняльний аналіз методів перестраховування . . . . .	250
101. Зміст активного та пасивного перестраховування . . . . .	251
102. Умови пропорційного перестраховування . . . . .	253
103. Характеристика квотного перестраховування . . . . .	254
104. Умови договору ексцедентного перестраховування . . . . .	255
105. Механізм здійснення квотно-ексцедентного договору . . . . .	256
106. Умови використання непропорційного перестраховування . . .	257
107. Сутність співстрахування та механізм його застосування . .	258
108. Особливості становлення ринку перестраховування в Україні . . .	261
109. Визначення та склад доходів страховика . . . . .	262
110. Класифікація доходів страховика та їхня характеристика . .	266
111. Склад та економічний зміст витрат страховика . . . . .	267
112. Поняття про собівартість страхової послуги . . . . .	270
113. Визначення та класифікація прибутку страховика . . . . .	271
114. Поняття про валовий дохід страхової компанії . . . . .	273
115. Особливості оподаткування страхової організації . . . . .	276
116. Фінансова структура страхової компанії . . . . .	278
117. Формування та структура страхових резервів . . . . .	281
118. Методи забезпечення фінансової стійкості страхової організації . . . . .	284
119. Економічні показники розвитку страхування . . . . .	287
120. Поняття про страховий портфель, його структуру й величину . .	289
121. Склад технічних резервів страховика . . . . .	292
122. Визначення мети фінансового планування страхової організації .	295
123. Характеристика факторів, які впливають на ефективність страхової діяльності . . . . .	299
124. Критерії показників економічної ефективності страхової діяльності . . . . .	302
125. Порядок обчислення фактичного та нормативного запасу платоспроможності страховика . . . . .	304
<b>Список використаних джерел . . . . .</b>	<b>307</b>



НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

Наталія Олександрівна ДОЛГОШЕЯ

# **СТРАХУВАННЯ**

## **В ЗАПИТАННЯХ ТА ВІДПОВІДЯХ**

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Керівник видавничих проектів – Б. А. Сладкевич  
Оригінал-макет підготовлено  
ТОВ «Центр учбової літератури»

Підписано до друку 22.12.2009. Формат 60×84 1/16.  
Друк офсетний. Гарнітура PetersburgС.  
Умовн. друк. арк. 18.  
Наклад 600 прим.

Видавництво “Центр учбової літератури”  
вул. Електриків, 23  
м. Київ, 04176  
тел./факс 425-01-34, тел. 451-65-95, 425-04-47, 425-20-63  
0-800-501-68-00 (безкоштовно в межах України)  
e-mail: office@uabook.com  
сайт: WWW.CUL.COM.UA

Свідоцтво ДК №2458 від 30.03.2006