

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МИКОЛАЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

Навчально-науковий інститут економіки та управління

Обліково-фінансовий факультет

Кафедра фінансів, банківської справи та страхування

СТРАХОВИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Опорний конспект лекцій

для здобувачів вищої освіти ступеня «магістр»
спеціальності 072 «Фінанси, банківська справа та страхування»
денної форми навчання

МИКОЛАЇВ

2017

УДК 336.221.4

Друкується за рішенням науково-методичної комісії обліково-фінансового факультету Миколаївського національного аграрного університету протокол № ____ від _____ року.

Укладач:

Н. О. Шишпанова канд. екон. наук, асистент кафедри фінансів,
– банківської справи та страхування,
Миколаївський національний аграрний
університет, м. Миколаїв

Рецензенти:

Ю. Ю. Чебан – канд. екон. наук, доцент, доцент кафедри
обліку і оподаткування, Миколаївський
національний аграрний університет, м.
Миколаїв;

І.М. Савченко – директор Державного підприємства «Дослідне
господарство «ЗОРЯНЕ» Інституту садівництва
Національної академії аграрних наук України»

© Миколаївський національний
аграрний університет, 2017

ЗМІСТ

Передмова.....	4
Структурно-логічна схема вивчення дисципліни.....	6
ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ТА ФУНКЦІЇ СТРАХОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ	
Тема 1. Сутність і значення страхового менеджменту.....	7
Тема 2. Ресурсний потенціал, структура й органи управління страховою організацією.....	16
Тема 3. Планування страхової діяльності.....	45
Тема 4. Комунікації та інформаційне забезпечення страхового менеджменту.....	63
Тема 5. Управління маркетинговою діяльністю в страховому бізнесі.....	85
ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПРАКТИКИ СТРАХОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ	
Тема 6. Управління відбором ризиків на страхування.....	94
Тема 7. Врегулювання страхових претензій.....	100
Тема 8. Управління грошовими потоками страховика.....	119
Тема 9. Управління фінансовою надійністю страхової компанії.....	125
Тема 10. Фінансовий моніторинг страхових компаній.....	139
Рекомендовані літературні джерела.....	164

ПЕРЕДМОВА

Страховання, як і будь-який вид комерційної діяльності, починається зі створення органу, що виконує страхові операції, тобто страхової компанії. Страховий менеджмент розглядається як діяльність страхових компаній на ринку страхових послуг та як відносини середовища страхового ринку.

Дисципліна «Страховий менеджмент» спрямована на вивчення питань забезпечення фінансової стійкості і ліквідності страхових компаній та формування в них системи антикризового управління. Глибокі і систематизовані знання з питань організації страхового бізнесу, управління фінансами страховика, оцінки платоспроможності страхових компаній потрібні і тим студентам, які будуть в майбутньому працювати в страхових компаніях, і тим, які будуть контактувати зі страховиками в процесі діяльності інших суб'єктів господарювання.

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

Завдання курсу – формування у студентів розуміння специфіки страхової діяльності та її впливу на усі сторони організації страхового бізнесу; отримання студентами необхідних знань для прийняття практичних рішень з питань управління фінансами страховиків, оцінки ризиків при прийнятті їх на страхування, формування перестрахової політики, забезпечення фінансової надійності страховика в усіх аспектах.

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

Після вивчення даної дисципліни студент повинен знати:

1) економічну природу страхового менеджменту, його функції та принципи, а також зв'язок страхового менеджменту з іншими фінансовими дисциплінами;

2) склад і джерела формування основних ресурсів страховика, а саме фінансових, організаційних, інформаційних, трудових;

3) основні принципи страхового менеджменту, методи розробки і реалізації управлінських рішень в сфері формування і ефективного використання наявних ресурсів страховика.

На основі отриманих у процесі навчання знань студент повинен уміти:

- 1) аналізувати структуру управління страховою компанією, її фінансовий стан, визначати ефективність менеджменту страховика;
- 2) планувати діяльність усіх управлінських ланок страховика;
- 3) проводити маркетингові дослідження;
- 4) організовувати роботу підрозділів страхової компанії за функціональним призначенням;
- 5) здійснювати оцінку фінансового стану страхової компанії;
- 6) контролювати фінансову надійність страхової компанії;
- 7) визначати критерії відбору ризиків на страхування.

Вивчення теоретичних основ фінансового контролінгу

здійснюється в розрізі наступних змістових модулів і тем:

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ТА ФУНКЦІЇ СТРАХОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ.

Тема 1. Сутність і значення страхового менеджменту.

Тема 2. Ресурсний потенціал, структура й органи управління страховою організацією.

Тема 3. Планування страхової діяльності.

Тема 4. Комунікації та інформаційне забезпечення страхового менеджменту.

Тема 5. Управління маркетинговою діяльністю в страховому бізнесі.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПРАКТИКИ СТРАХОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ.

Тема 6. Управління відбором ризиків на страхування.

Тема 7. Врегулювання страхових претензій.

Тема 8. Управління грошовими потоками страховика.

Тема 9. Управління фінансовою надійністю страхової компанії.

Тема 10. Фінансовий моніторинг страхових компаній.

СТРУКТУРНО-ЛОГІЧНА СХЕМА ВИВЧЕННЯ ДИСЦИПЛІНИ

для здобувачів вищої освіти обліково-фінансового факультету
(5-го курсу) за спеціальністю 072 «Фінанси, банківська справа та
страхування»

Страховий менеджмент	Змістовий модуль 1. Теоретичні основи та функції страхового менеджменту	Тема 1 Сутність і значення страхового менеджменту.
		Тема 2 Ресурсний потенціал, структура й органи управління страховою організацією.
		Тема 3 Планування страхової діяльності.
		Тема 4 Комунікації та інформаційне забезпечення страхового менеджменту.
		Тема 5 Управління маркетинговою діяльністю в страховому бізнесі.
	Змістовий модуль 2. Особливості практики страхового менеджменту	Тема 6 Управління відбором ризиків на страхування.
		Тема 7 Врегулювання страхових претензій.
		Тема 8 Управління грошовими потоками страховика.
		Тема 9 Управління фінансовою надійністю страхової компанії.
		Тема 10 Фінансовий моніторинг страхових компаній.

ТЕМА 1 – СУТНІСТЬ І ЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

Мета: засвоєння здобувачами вищої освіти теоретичних засад страхового менеджменту, ознайомлення з цілями та завданнями страхового менеджменту й пізнання його правових основ.

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

План:

1. Необхідність і сутність страхового менеджменту.
2. Цілі і завдання страхового менеджменту.
3. Правові основи страхового менеджменту.

1. Необхідність і сутність страхового менеджменту

Страхова справа має особливості, що відрізняють її від інших видів господарювання. Ці особливості полягають у наступному: страхова діяльність визначається в Україні як виняткова діяльність і регламентується Законом України «Про страхування». У країнах з розвинутою ринковою економікою страховики значну частину прибутку одержують не від страхової діяльності, а від інвестиційної. Головне завдання для страховика – збільшити кількість страхувальників і використати зібрані страхові премії для інвестиційної діяльності. Усе це стає можливим завдяки продуманій і зваженій політиці управління. Саме тому страховики повинні виважено підходити до питання прийняття ризиків, ефективно використовувати можливості перестраховання, більше уваги приділяти превентивним заходам.

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

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

Діяльність акціонерної страхової компанії в умовах ринкової економіки вимагає високого рівня організації, без якого неможливе досягнення мети, що стоїть перед цим страховиком, забезпечення його конкурентоспроможності і ефективності діяльності. Цими міркуваннями обумовлена необхідність страхового менеджменту. Специфіка сфери управління в страховому бізнесі зумовлює необхідність виділення в менеджменті його особливого напрямку – страхового менеджменту. У найбільш загальній формі об'єктом управління в страховому менеджменті виступає сукупний страховий фонд, призначений для відшкодування можливого збитку. Страховий менеджмент системи страхування, що діє в країні, включає інституційні суб'єкти, які формують і використовують фінансові ресурси страхового фонду (недержавні пенсійні фонди, акціонерні страхові компанії, товариства взаємного страхування, страхові пули).

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

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

Страховий менеджмент – професійне управління страховою діяльністю страхової компанії, яке здійснюється в умовах ринкових відносин і спрямоване на отримання максимального прибутку при раціональному використанні всіх наявних ресурсів.

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

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

інформаційними комунікаціями і ухваленням управлінських рішень.

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

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

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

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

Існує декілька **форм контролю**. Розрізняють **повний і вибірковий контроль**. **Повний** контроль використовується в тих ситуаціях, коли необхідно перевірити діяльність всіх працівників, наприклад, звітність всіх страхових агентів. **Вибірковий** контроль застосовують, коли повний контроль з яких-небудь причин неможливий. Крім того, прийнято розрізняти такі форми контролю як **попередній, поточний і наступний**.

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

2. Цілі і завдання страхового менеджменту

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

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

Специфічні (соціальні) цілі страхового менеджменту передусім пов'язані з необхідністю якнайповнішого задоволення страхових потреб клієнтури страхової компанії, а також створення оптимального набору страхових продуктів, адекватно тим, що відповідають наявним страховим інтересам. Одночасно повинні бути забезпечені відповідний страховий захист вказаних майнових інтересів, а також належний рівень обслуговування клієнтури акціонерної страхової компанії.

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

1. Створення економічного механізму управління прибутковістю

акціонерної страхової компанії – управління обсягом і структурою активних і пасивних операцій страхової компанії, вартістю акцій, а також доходами і витратами страховика.

2. Управління ліквідністю при оптимізації обсягу прибутку – управління грошовими потоками, організація контролю за станом високоліквідних активів, прогнозування ліквідної позиції страхової компанії.

3. Управління ризиками, властивими конкретним об'єктам страхування, відносно яких відбувається укладення

відповідних договорів страхування – розробка методології оцінки різних страхових ризиків, ведення статистики страхових випадків і супроводжуючих їх ризикових обставин, стандартизація управлінських процедур відносно наявних страхових ризиків.

4. Управління персоналом акціонерної страхової компанії – забезпечення максимальної реалізації його потенційних можливостей. Передбачає організацію внутрішньофірмового навчання, впровадження ефективної системи оплати праці і моральних стимулів, внутрішнього контролю (аудиту) тощо.

3. Правові основи страхового менеджменту

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

Система правового регулювання страхової діяльності містить норми, визначені:

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

Закон України «Про страхування» має 5 основних розділів. У першому розділі встановлюється головний понятійно-термінологічний апарат: визначаються такі базові поняття, як страхування, страховики, страхувальники, об'єкти і види страхування, форми страхування, страхові ризики і страхові

випадки, страхова сума, страхове відшкодування, страхові платежі і тарифи, співстрахування, перестрахування, об'єднання страховиків, страхові агенти та страхові брокери і деякі інші.

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

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

Важливість законодавчих норм, передбачених цим розділом, полягає в тому, що вони з максимальною повнотою відбивають особливості договірних відносин, прав та обов'язків сторін у сфері страхування. Фактично конкретизуються загальні норми цивільного права у цій сфері. Третій розділ визначає умови забезпечення платоспроможності страховиків і має дуже важливе значення. Саме тут подається фінансовий механізм здійснення страхової діяльності, встановлюються певні обмеження щодо можливості прийняття зобов'язань і визначаються загальні принципи аудиту страховика. Важливими статтями цього розділу є ті, де йдеться про порядок формування та види страхових резервів як технічних, так і зі страхування життя. Ряд статей регулює питання, що стосуються створення гарантійних фондів, порядку обліку та звітності.

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

змогу контролювати їх після того, як вони припинять свою діяльність.

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

Нормативні акти, що їх видає орган, уповноважений здійснювати контроль за страховою діяльністю, є обов'язковими для страховиків. Цими актами (наказами, розпорядженнями, рішеннями колегії) установлюються, по-перше, інструкції та методики щодо здійснення окремих видів діяльності; по-друге, заходи впливу на страховиків за виявлені порушення - приписи, зупинки, обмеження та відкликання ліцензії; по-третє, вимоги до звітності й обліку; по-четверте, порядок реєстрації, ліцензування, вилучення з реєстру, ліквідації та реорганізації; по-п'яте, порядок здійснення навчання, підготовки та перепідготовки кадрів для страхового ринку.

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

Законом України «Про страхування» було визначено єдиний орган державної виконавчої влади, що здійснює відповідний нагляд. В Україні таким Уповноваженим органом до 2000 року був Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю (Укрстрахнагляд), який підпорядковувався Кабінету Міністрів України. З 2000 до 2003 року функції Уповноваженого органу виконувало Міністерство фінансів України, зокрема Департамент фінансових установ та ринків. Після 26 квітня 2003 року спеціально уповноваженим органом виконавчої влади у сфері страхування стала Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України (Держфінпослуг). Указом Президента України від 23 листопада 2011 року № 1070/2011 створено *Національну комісію, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг*, яка у своїй діяльності керується Конституцією та

законами України, а також указами Президента України і постановами Верховної Ради України, прийнятими відповідно до Конституції та законів України, актами Кабінету Міністрів України та Положенням про Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг України (Постанова Кабінету Міністрів України від 3 лютого 2010 р. N 157).

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

- ведення єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) та державного реєстру страхових та перестрахових брокерів;

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

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

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

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

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

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

- проведення і координація у визначеному законодавством порядку навчання, підготовки і перепідготовки кадрів;

- участь у міжнародному співробітництві у сфері страхування та перестраховуванні, організація виконання міжнародних договорів України з цих питань.

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

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

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

- проводити перевірку щодо правильності застосування страховиками законодавства України про страхову діяльність;

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

- проводити тематичні перевірки діяльності страховика;

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

- звертатися до суду з позовом про скасування державної реєстрації страховика (перестраховика) або страхового посередника у випадках, передбачених законом.

Докладно функції і права Уповноваженого органу з нагляду за страховою діяльністю викладені у Законі України «Про страхування».

Питання для самоконтролю:

1. У чому полягає специфіка менеджменту страхової діяльності?
2. Обґрунтуйте необхідність і розкрийте сутність страхового менеджменту.
3. Розкрийте цілі і завдання страхового менеджменту.
4. Назвіть основні функції менеджменту страхової діяльності.
5. Висвітліть правові основи страхового менеджменту.

ТЕМА 2 – РЕСУРСНИЙ ПОТЕНЦІАЛ, СТРУКТУРА Й ОРГАНИ УПРАВЛІННЯ СТРАХОВОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ

***Мета:** засвоєння здобувачами вищої освіти теоретичних засад ресурсного потенціалу та його структури й органів управління страхової організації, процес її створення, а також процеси розвитку бізнесу страховика.*

***Ключові поняття:** склад і структура ресурсного потенціалу, наявний потенціал страховика, ефективність використання потенціалу страховика, кадрове забезпечення страхових компаній, підбір працівників, мотивація персоналу.*

План:

1. Основні організаційно-правові форми здійснення страхової діяльності в Україні.
2. Процес створення страхової компанії.
3. Основні типи організаційних структур управління страхової компанії, їх переваги та недоліки
4. Поняття ефективного управління в страхових компаніях.
5. Органи управління страховою компанією.
6. Бізнес-процеси страховика.

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

Страхова компанія або страхове товариство – це юридично оформлена одиниця підприємницької діяльності, де відбувається формування страхового фонду і переплітаються індивідуальні, колективні та групові інтереси. Страхова компанія відповідно до отриманої ліцензії бере на себе відповідальність зі певну плату відшкодувати страхувальникові завданий страховим випадком збиток або виплатити страхову суму.

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

Учасників страховика повинно бути не менше трьох. Предметом безпосередньої діяльності страховика може бути лише

страхування, перестраховування і фінансова діяльність, пов'язана з формуванням, розміщенням страхових резервів та їх управлінням.

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

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

2. За інституціональною ознакою: акціонерні страхові компанії, товариства з додатковою відповідальністю, товариств з повною відповідальністю, командитні товариства, товариства взаємного страхування.

3. За територією охоплення страховим захистом страхові компанії умовно можна поділити на місцеві, регіональні, національні та транснаціональні (міжнародні).

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

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

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

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

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

2. Процес створення страхової компанії.

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

1. Державна реєстрація страхової компанії як суб'єкта господарювання;
2. Реєстрація емісії акцій страхової компанії (якщо компанія створена у вигляді акціонерного товариства);
3. Ліцензування страхової діяльності страхової компанії.

Перший етап – реєстрація страхової компанії як суб'єкта господарювання. Страхова компанія реєструється як суб'єкт господарської діяльності згідно з Господарським кодексом України та Законом України «Про державну реєстрацію юридичних та фізичних осіб-підприємців».

Страхова компанія повинна мати своє найменування, яке містить інформацію про її організаційно-правову форму та назву.

Статутний капітал страхової компанії має бути сформований виключно у грошовій формі. Допускається формування статутного фонду страхової компанії цінними паперами, що випускаються державою, за їх номінальною вартістю в порядку, визначеному Нацкомфінпослуг, але не більше ніж 25% загального розміру статутного фонду. Забороняється використовувати для формування статутного фонду векселі, кошти страхових резервів, бюджетні кошти, а також кошти, одержані в кредит, позику та під заставу, вносити нематеріальні активи.

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

Дата внесення до Єдиного державного реєстру запису про проведення державної реєстрації юридичної особи є датою державної реєстрації юридичної особи. На підставі результатів реєстрації страхова компанія отримує свідоцтво про державну реєстрацію.

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

Якщо страхова компанія створена у вигляді приватного акціонерного товариства, то реєстрація акцій здійснюється згідно з вимогами Положення про порядок реєстрації випуску акцій приватними акціонерними товариствами.

Приватне акціонерне товариство має право випускати лише іменні акції. На момент реєстрації акцій засновник (засновники) зобов'язаний сплатити не менше ніж 50% вартості акцій. Решту суми засновник (засновники) має право сплачувати в термін до одного календарного року після реєстрації емісії акцій.

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

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

Після реєстрації інформації про емісію акцій страхова компанія зобов'язана надрукувати у засобах масової інформації проспект емісії акцій, які планується розміщувати (обов'язково в одному із місцевих органів преси і одній із газет, що рекомендовані

Нацкомціннихпаперів: «Українська інвестиційна газета», «Бюлетень. Цінні папери України»). Інформація про розміщення акцій має бути надрукована не пізніше, ніж за 10 днів до початку розміщення акцій на ринку.

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

За результатами розміщення акцій страхової компанії проводиться аудиторська перевірка. Не пізніше як через 15 днів після закінчення строку підписки на акції страхова компанія подає в Нацкомціннихпаперів звіт про результати підписки.

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

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

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

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

Згідно із Законом України «Про страхування» ліцензуванню підлягають обов'язкові та добровільні види страхування. Ліцензії на обов'язкові види страхування видаються відповідно до ліцензійних вимог та особливих умов ліцензування, встановлених Кабінетом Міністрів. Ліцензія на конкретний вид обов'язкового страхування видається, якщо страхова компанія має досвід здійснення добровільного страхування не менше, ніж два роки, якщо інше не передбачено законодавством.

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

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

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

Видаються ліцензії на здійснення конкретних видів страхування.

Нацкомфінпослуг може відмовити у видачі ліцензії. Підставою для відмови у видачі юридичній особі ліцензії на здійснення страхової діяльності може бути невідповідність документів, що додаються до заяви, вимогам чинного законодавства України.

В разі відмови у видачі ліцензії на підставі виявлення недостовірних даних у поданих документах, страхова компанія може подати до Нацкомфінпослуг нову заяву про видачу ліцензії не раніше, ніж через три місяці від дати прийняття рішення про відмову у видачі ліцензії.

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

Відповідно до Господарського кодексу України та Законів України «Про господарські товариства» і «Про страхування», страхова компанія може припинити свою діяльність шляхом *реорганізації* (злиття, приєднання, поділу, виділення, перетворення) чи *ліквідації*.

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

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

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

Виділення передбачає створення страхової компанії-юридичної особи (або кількох страхових компаній), до яких за

розподільним актом (балансом) у відповідних частинах переходять майнові та немайнові права і обов'язки страхової компанії-юридичної особи, що реорганізується.

Перетворення передбачає:

- зміну організаційно-правової норми товариства, у вигляді якого була створена страхова компанія. При цьому до нової страхової компанії усі майнові та немайнові права і обов'язки компанії, що реорганізується

- перепрофілювання страхової компанії у страхового посередника за умови погашення ним своїх майнових і немайнових зобов'язань перед страхувальниками та перестраховиками.

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

Припинення діяльності страхової компанії можливе у випадках:

- за рішенням вищого органу страхової компанії;

- на підставі рішення суду за поданням органів, що контролюють діяльність страхової компанії (наприклад, Нацкомфінпослуг), у разі систематичного або грубого порушення законодавства;

- на підставі рішення господарського суду в порядку, встановленому Законом України «Про відновлення платоспроможності боржника або визнання його банкрутом»;

- з інших підстав, передбачених установчими документами страхової компанії.

Ліквідація страхової компанії проводиться призначеною нею ліквідаційною комісією, а у разі припинення діяльності компанії за рішенням суду – ліквідаційною комісією, що призначається судом. У разі визнання страхової компанії

банкрутом її ліквідація проводиться згідно з ліквідаційною процедурою, передбаченою Законом України «Про відновлення платоспроможності боржника або визнання його банкрутом».

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

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

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

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

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

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

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

Дивізійна організаційна структура. Групування видів діяльності тут здійснюється за принципом розподілу праці за цілями. Це означає, що навколо певного виробництва формується організаційний підрозділ з автономією у здійсненні своєї повсякденної операційної діяльності.

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

4. Поняття ефективності управління в страхових компаніях

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

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

Концептуальна модель страхової компанії базується на чотирьох загальновідомих вимогах:

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

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

Приведення страхової компанії в робочий стан та його постійне підтримання. Необхідне постійне та достатнє ресурсне забезпечення організаційної структури компанії (інновації, інвестиції, кадри, інформація, технології, матеріальне забезпечення). Ресурсний потенціал компанії повинний зростати пропорційно зростанню обсягів її діяльності.

Ефективне оперативне управління компанією. Не можна допускати, щоб

основною функцією роботи керівництва страховою компанією було лише оперативне управління. Необхідно раціонально збалансувати стратегічне, тактичне та оперативне управління.

5. Органи управління страховою компанією

Органи управління страховою компанією формуються в залежності від її організаційно-правової форми згідно з Законом України «Про господарські товариства».

Найвищим органом управління страхової компанії, створеної у вигляді акціонерного товариства, є загальні збори акціонерів.

У загальних зборах мають право брати участь усі акціонери компанії, незалежно від кількості та класу акцій, якими вони володіють. Брати участь у загальних зборах з правом дорадчого голосу можуть і члени виконавчих органів компанії (правління), які не є акціонерами. Акціонери (їх представники), які беруть участь у

загальних зборах страхової компанії, реєструються із зазначенням кількості голосів, яку має кожний учасник.

До компетенції зборів акціонерів страхової компанії входить:

- а) визначення основних напрямів діяльності страхової компанії і затвердження планів та звітів про їх виконання;
- б) внесення змін до статуту страхової компанії;
- в) обрання та відкликання членів ради страхової компанії (спостережної ради);
- г) обрання та відкликання членів виконавчого органу (правління страхової компанії) та ревізійної комісії;
- д) затвердження річних результатів діяльності страхової компанії включаючи її дочірні компанії, затвердження звітів і висновків ревізійної комісії, порядку розподілу прибутку, строку та порядку виплати дивідендів, визначення порядку покриття збитків;
- е) створення, реорганізація та ліквідація дочірніх компаній, філій та представництв, затвердження їхніх статутів та положень;
- є) винесення рішень про притягнення до майнової відповідальності посадових осіб органів управління страхової компанії;
- ж) затвердження правил процедури та інших внутрішніх документів товариства, визначення організаційної структури страхової компанії;
- з) вирішення питання про придбання страховою компанією акцій, що випускаються нею;
- и) визначення умов оплати праці посадових осіб страхової компанії, її дочірніх компаній, філій та представництв;
- і) затвердження договорів (угод), укладених на суму, що перевищує вказаний граничний розмір;
- ї) прийняття рішення про припинення діяльності страхової компанії, призначення ліквідаційної комісії, затвердження ліквідаційного балансу.

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

Наглядова рада страхової компанії (спостережна рада компанії, рада компанії) і обирається з числа акціонерів у кількості від трьох до дев'яти осіб та здійснює контроль за діяльністю компанії у період між загальними зборами акціонерів. Загальні збори акціонерів можуть делегувати наглядовій раді

окремі повноваження, як то: прийняття рішень що до призначення і відкликання голови та членів правління страхової компанії, затвердження річного звіту компанії, вирішення інших питань, що не є виключною прерогативою загальних зборів страхової компанії.

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

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

Перевірки фінансово-господарської діяльності правління страхової компанії проводяться ревізійною комісією за дорученням загальних зборів, наглядової ради, з її власної ініціативи або на вимогу акціонерів, які володіють у сукупності більш як 10 відсотками голосів.

Ревізійній комісії акціонерного товариства повинні бути подані всі матеріали, бухгалтерські або інші документи і особисті пояснення службових осіб на її вимогу. Ревізійна комісія доповідає про результати проведених нею перевірок перед загальними зборами акціонерів або наглядовою радою. Ревізійна комісія складає висновок за річними звітами та балансами.

Без висновку ревізійної комісії загальні збори акціонерів не вправі затверджувати баланс. Ревізійна комісія зобов'язана вимагати позачергового скликання загальних зборів акціонерів у разі виникнення загрози суттєвим інтересам страхової компанії або виявлення зловживань, вчинених посадовими особами компанії.

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

Правління вирішує всі питання діяльності страхової компанії, крім тих, що входять до компетенції зборів акціонерів і наглядової ради. Правління підзвітне загальним зборам акціонерів і наглядовій раді, а в де яких випадках і раді директорів та організовує виконання їхніх рішень. Правління діє від імені страхової компанії в межах, передбачених чинним законодавством і статутом компанії.

6. Бізнес-процеси страховика.

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

Маркетингові:

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

Організаційно-технічні:

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

Фінансово-економічні:

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

Управлінські:

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

Центральною структурою, яка реалізує функції управління страховою компанією є менеджер у зарубіжній практиці або голова правління (директор) в українській практиці функціонування

ринку. При цьому виділяють чотири базові операції, які він виконує:

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

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

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

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

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

На **стратегічному рівні** визначаються довгострокові, розраховані на 10-15 років цілі страхової компанії, які враховують

загальну ситуацію в економіці країни. При цьому визначаються фінансові, матеріальні та інші ресурси, обирається відповідна стратегія досягнення цих цілей.

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

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

Для реалізації цілей компанії, визначених різними рівнями управління необхідні послідовні дії засновників та менеджменту, які здійснюються в рамках даної організаційно-правової структури. Сукупність таких дій отримала назву бізнес-процесів.

Основними бізнес-процесами в діяльності страхової компанії є:

- розрахунок страхових тарифів;
- андеррайтинг;
- виробництво
- урегулювання збитків;
- відшкодування збитків за правом регресу;
- перестраховання;
- інвестування;
- бухгалтерський облік;
- ризик-менеджмент;
- впровадження нових страхових продуктів.

1. Розрахунок страхових тарифів –це основа ціноутворення у страхуванні. Цей процес значно відрізняється від встановлення цін на інші товари та послуги. Якщо при продажу традиційних продуктів відома їхня собівартість та норма прибутку, то у страхуванні це не відомо. Премія, яка сплачується при укладанні договору страхування, може виявитися недостатньою для формування страхових резервів та виплати страхового відшкодування. Тільки після закінчення дії договору страхування страхова компанія може визначити реальні доходи та витрати. Фахівець, який займається визначенням розміру тарифів, називається актуарієм. Розмір страхового тарифу повинен повністю задовольнити вимоги страхувальника та забезпечити прибуткову діяльність компанії.

При особистому страхуванні при розрахунку страхових тарифів до уваги береться статистична інформація, пов'язана з народжуваністю, смертністю, кількістю працездатного населення, рівнем безробіття, частотою захворювань, а також з кількістю та характером нещасних випадків. Мета цього процесу – визначення імовірності настання страхового випадку з фізичною особою, що призведе до необхідності виплати ти страхову суму.

При майновому страхуванні та страхуванні відповідальності актуарій визначає тарифні ставки за різними видами страхування на основі попередніх збитків страхової компанії за минулий період та аналізує статистику стихійних явищ, пожеж, дорожньо-транспортних та інших пригод, що можуть призвести до страхового випадку. Для правильної оцінки ризиків, що приймаються на страхування, більшість компаній використовують власну базу даних при розробці розміру страхових тарифів.

У міжнародній практиці актуарії, що працюють в майновому страхуванні та страхуванні відповідальності, визначають адекватність обсягу резервів збитків прийнятим зобов'язанням, збирають статистичні дані, здійснюють аналіз результатів страхової діяльності для менеджменту компанії, а також для державних органів з нагляду за страховою діяльністю. Актуарії допомагають вирішувати проблеми андеррайтингу продажу, процесу урегулювання збитків, визначаючи тарифну політику страхової компанії з врахуванням факторів ризиків та інших показників компанії. Актуарій виконує функції ризик-менеджменту страхової компанії у частині оцінки базових тарифів, які слугують основою для прийняття ризиків на страхування. При цьому такий фахівець не здійснює ризик-менеджменту ризиків конкретного клієнта, оскільки ця функція покладається на андеррайтерів.

2. Андеррайтинг – це процес відбору та класифікації ризиків фізичних та юридичних осіб, які звертаються до страхової компанії.

Завдання андеррайтингу:

- ідентифікація ризику, що включає класифікацію ризиків за джерелами та ступенем небезпеки;
- оцінка ризику, запропонованого для страхування;
- ухвалення рішення про доцільність страхування конкретного ризику;
- визначення термінів, умов і розмірів страхового покриття;
- коригування розміру страхових тарифів.

Принципи андерайтингу:

Вибір об'єктів та ризиків, які приймаються на страхування. Андерайтери відбирають ті об'єкти, рівень збитковості при страхуванні яких не перевищує показник, закладений у страхові тарифи.

Належний баланс всередині кожної групи ризиків. Об'єкти з ризиковими характеристиками, нижчими від середнього рівня, повинні компенсувати об'єкти з більш високим рівнем ризику. Об'єкти зі схожими характеристиками збитковості групуються разом та об'єднуються у певний андерайтинговий клас. Кожний об'єкт у рамках цієї групи має однаковий страховий тариф. Проте навіть в одному андерайтинговому класі об'єкти не ідентичні. Андерайтер повинен визначити належний баланс між застрахованими об'єктами таким чином, щоб розмір тарифу по всій групі виявився адекватним для оплати претензій та покриття витрат.

Рівність між держателями полісів (власниками договорів страхування). Андерайтер має призначити адекватні страхові тарифи, а кожна група власників полісів (страхувальників) повинна сплачувати розмір страхового платежу, встановлений для цієї групи. Жодна з груп страхувальників не повинна субсидіювати іншу.

Етапи андерайтингу.

Розробка поточної політики страхової компанії. Процес андерайтингу розпочинається з розробки поточної політики страхової компанії, яка визначає фактори ризику та категорії об'єктів, що страхуються, максимальний розмір страхової суми (в залежності від виду страхування) і напрямки діяльності, котрі повинні розвиватися, виходячи з кон'юнктури ринку. Андерайтер відповідає за формування страхового (перестраховального) портфеля страхової компанії. Андерайтингова політика може бути оформлена документом, який затверджується керівництвом страхової компанії.

Доведення до відома працівників компанії страхової політики. Після того, як поточна страхова політика сформована, вона доводиться до відома працівників, які реалізують страхові продукти, а також до відома посередників, з якими співпрацює компанія.

Оцінка ризику в розрізі конкретних об'єктів страхування. Якщо об'єкт страхування має типовий характер (страхування автомобіля, страхування на випадок нещасного випадку і т. ін.), оцінка ризику здійснюється безпосередньо працівником компанії, який реалізує страховий продукт, керуючись при цьому рекомендаціями, наданими андеррайтером та згідно з умовами поточної страхової політики. Якщо об'єкт страхування нетиповий (страхування виробничого цеху, страхування кредитних операцій, страхування інвестицій і т. ін.) або потребує особливої уваги при оцінці рівня ризику, андеррайтер здійснює персональну оцінку ризику об'єкту, який приймається на страхування. Для прийняття рішення про прийом об'єкта на страхування андеррайтери повинні мати необхідну інформацію, яку одержують з різних джерел (заява на страхування, звіт агента та оцінників (майнове страхування), огляд приміщень, медичний огляд тощо).

Для оцінки підприємницьких ризиків андеррайтери керуються звітами сюрвейерів, що містять:

- повний опис об'єкту страхування і чинників, що впливають на імовірність настання страхових подій;
- розмір максимально можливого збитку;
- рекомендації у формі вимог, які страхувальник зобов'язується виконати, якщо він хоче одержати страхове покриття.

Прийняття рішення про страхування. Після оцінки одержаної інформації про об'єкт, який пропонується на страхування, андеррайтер ухвалює відповідне рішення: прийняти; прийняти з відповідними умовами та виключеннями; відхилити. При необхідності андеррайтер може запропонувати встановити розмір франшизи або при розрахунку кінцевого страхового та рифу використати коригуючі коефіцієнти.

Важливим фактором є кваліфікація та досвід андеррайтерів. Досвід андеррайтера у процесі відбору ризиків, їх оцінки та встановлення адекватного страхового тарифу суттєво впливає на фінансову стійкість страхової компанії.

В залежності від виробничого потенціалу страхової компанії функції андеррайтера може виконувати або спеціалізований підрозділ компанії, або окремі працівники.

3. Виробництво. Термін «виробництво» відноситься до продажу та маркетингової діяльності страхової компанії. В деяких випадках термін «виробництво» підміняється терміном «збут», що вказує на

важливість продажу страхових продуктів, як основної парадигми господарської діяльності страхової компанії. Ефективна система продажу страхових продуктів – це один із шляхів до фінансового успіху страхової компанії. Від результатів продажу страхових продуктів залежить дохід компанії та прибутковість її діяльності в цілому. На відміну від класичного виробництва, страхова компанія не має матеріальних складових страхових продуктів, проте дуже час то користується послугами сторонніх організацій, як то банки, юридичні компанії, страхові посередники, актуарії і т. ін. У страховому бізнесі існує таке поняття, як передпродажна підготовка, яка включає отримання необхідних дозволів (ліцензування страхової діяльності та реєстрацію правил страхування), проведення маркетингової та рекламної компаній, відпрацювання механізму продажу.

Страхова компанія самостійно розробляє механізм реалізації страхових продуктів. В умовах українського страхового ринку найбільш поширений метод продажу страхових продуктів через спеціалізовані підрозділи та із залученням посередників, як правило, страхових агентів. Слабкою стороною такого методу є велика кількість підрозділів та неефективна організація роботи, яка проявляється у різному ступені завантаженості підрозділів, що займаються різними видами страхування. Виникає ситуація, коли частина підрозділів створює «видимість роботи», щоб виправдати доцільність свого існування, а інша – працює з надмірним навантаженням. В деяких випадках спеціалізація підрозділів на реалізації послуг за видами страхування негативно впливає на роботу з клієнтами, оскільки вносить непотрібне дублювання та створює нездорову конкуренцію серед підрозділів однієї компанії.

Зарубіжний досвід організації виробництва страхових компаній базується на методі «фронт-офіс – бек-офіс», який полягає у розподілі обов'язків щодо обслуговування клієнтів.

Фронт-офіс займається комплексною реалізацією усіх страхових продуктів, які розроблені страховою компанією. При цьому він виконує мінімум облікових та розрахункових функцій. Це дає йому можливість акцентувати увагу на роботі з клієнтами. Фронт-офіс виконує такі функції: реалізація страхових продуктів (оформлення страхової документації, розрахунок премій та графіку надходження страхових платежів); узгодження документів та врегулювання збитків (облік заяв, збір документів); оформлення

вхідних та вихідних договорів перестраховування. Фронт-офіс працює у тісному взаємозв'язку з актуарієм та андеррайтером.

У великих страхових компаніях вводиться посада «менеджер з продажу» (з окремих видів страхування, який відслідковує тенденції на ринку страхування, здійснює передпродажну підготовку серед потенційних клієнтів, залучає великих та середніх клієнтів, координує роботу фронт-офісу й організовує роботу філій (представництв) страхової компанії та посередників. Менеджер з продажу виконує частину функціональних обов'язків керівника страхової компанії в процесі оперативного управління.

Бек-офіс виконує функції обліку і супроводу страхових договорів, а також договорів перестраховування; веде бухгалтерський облік та подає фінансову звітність; здійснює збір статистично інформації, розрахунок страхових тарифів; контролює процес супроводу страхових договорів та урегулювання збитків.

4. Урегулювання претензій. Страхова діяльність безпосередньо пов'язана з ризиком, який реалізується у вигляді збитків. Тому процес урегулювання збитків та здійснення страхових виплат є чи не найважливішою функцією у діяльності страхової компанії. Великі страхові компанії мають окремі підрозділи з урегулювання збитків. У деяких випадках фахівці з урегулювання збитків працюють в рамках профільних підрозділів з продажу страхових продуктів.

Основні принципи процесу врегулювання претензій:

правомірність вимог щодо покриття збитків;

- адекватне відшкодування збитків;
- оперативне здійснення фінансових розрахунків;
- своєчасна виплата страхового відшкодування.

Основною проблемою у діяльності підрозділу із врегулювання претензій є необхідність поєднання двох протилежних цілей: мінімізація витрат страхової компанії та максимальне задоволення законних вимог страхувальників в щодо відшкодування збитків. Створення штучних перешкод для страхувальників у процесі страхового відшкодування, довільне тлумачення нормативних документів та договорів страхування, неналежне або неякісне виконання своїх обов'язків перед страхувальниками в результаті призводить до втрати іміджу страхової компанії та зменшення кількості страхових договорів. Вирішення такої дилеми завжди стоїть перед працівниками підрозділу із врегулювання претензій. І

від того, яким чином вони будуть поєднувати інтереси компанії та страхувальників, у значній мірі залежить успішне функціонування страховика в цілому.

При організації роботи підрозділу із врегулювання претензій доцільно дотримуватися таких вимог:

- підрозділ має бути безпосередньо підконтрольний лише керівнику страхової компанії;
- підрозділ у своїй діяльності не повинен жодним чином залежати від підрозділів, що здійснюють продаж страхових продуктів;
- фахівці даного підрозділу мають бути висококваліфікованими, бажано з досвідом роботи у сфері захисту інтересів страхових компаній в судових спорах.

Працівники підрозділу в своїй діяльності повинні керуватися нормативними, у тому числі внутрішніми документами компанії, які чітко регламентують порядок врегулювання страхових випадків.

Етапи урегулювання претензій:

Повідомлення про страхову подію. Страхова компанія повинна забезпечити страхувальника необхідною інформацією про канали оперативного зв'язку для повідомлення. Доцільно мати телефонний номер, який оплачувався за рахунок страхової компанії і був у розпорядженні страхувальників цілодобово.

Розслідування причин страхової події. Страхова експертиза для забезпечення оптимального співвідношення «страховий платіж – страхова виплата» доцільно при оцінці наслідків страхової події залучати незалежних експертів, які мають належну кваліфікацію та відповідні ліцензії. Наявність висновку незалежного експерта дає змогу страховій компанії та страхувальнику на паритетних засадах врегульовувати питання розміру страхової виплати. При виникненні конфліктних ситуацій висновок незалежного експерта дає підстави для об'єктивного рішення спору у судовому порядку.

Прийняття рішення щодо страхових виплат. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті не повинне перевищувати розумний часовий інтервал, який необхідний для оцінки обставин страхової події. З іншого боку, не слід безпідставно прискорювати процес здійснення страхових виплат, якщо немає впевненості у дотриманні всіх необхідних процедур.

У зарубіжній практиці страхова компанія в процесі урегулювання претензій надає сервісну допомогу страхувальникам при настанні страхової події. Це, наприклад, надання у тимчасове користування житла, транспортних засобів до моменту повної ліквідації збитку. В Україні побутовий та технічний асистанс розвинуті дуже слабо. Окремі страхові компанії для стимулювання клієнтів надають ряд послуг допоміжного характеру за рахунок власних коштів (оплата експертно оцінки страхового випадку, безоплатна допомога з придбання речей першої необхідності тощо).

Страхова експертиза є одним з етапів процесу врегулювання збитків та передуює процесу складання страхового акту. **Страхова експертиза** – це досудове розслідування всіх обставин страхового випадку, виходячи із специфіки конкретного виду страхування, що має на меті дати його вичерпну характеристику. Страхові компанії можуть здійснювати страхову експертизу самостійно, або залучати незалежних фахівців, до яких належать аварійні комісари, сюрвейєри, аджастери та ін.

Аварійний комісар – це уповноважена страховиком особа, яка встановлює причини, характер та розмір збитків у майновому страхуванні, здійснює документальне оформлення страхового випадку та підготовку матеріалів для розгляду заяви страхувальника про страхову виплату.

Сюрвейєр – це експерт, який здійснює огляд майна та оцінку страхового ризику з метою його страхування. На основі висновку сюрвейєра страховик приймає рішення щодо доцільності страхування конкретного ризику. На сьогодні питання проведення професійної попередньої експертизи стає все більш актуальним для страховиків.

Аджастер – це експерт, який представляє інтереси страховика з урегулювання заявлених претензій страхувальника у зв'язку із страховим випадком. На практиці процес урегулювання збитків потребує спеціальних знань та залучення відповідних фахівців. Функції аджастера та аварійного комісара у багатьох випадках аналогічні. Основна відмінність полягає у тому, що аварійний комісар приділяє увагу розслідуванню причин настання страхового випадку, а аджастер — кошторису розміру збитків.

5. Відшкодування збитків за правом регресу. Згідно із статтею 27 Закону України «Про страхування», та статтею 993 Цивільного кодексу України страхова компанія має право на

відшкодування збитків стороною, винною у настанні страхової події за правом регресу. Цього права страхова компанія набуває після здійснення страхової виплати страхувальнику і лише в сумі, яка не перевищує фактичну суму, сплачену страхувальнику. Крім того, страхова компанія не має права вимагати відшкодування моральних або інших нематеріальних збитків.

Страхова компанія набуває права регресу з моменту фактичної виплати страхового відшкодування. Традиційно в договорі страхування обумовлюється право страхової компанії на право регресу до винної сторони. При цьому на страхувальника покладаються обов'язки забезпечити страхову компанію необхідними доказами (довідки з ДАІ, рішення суду і т. ін.), які доводять винність особи, а також сприяти страховій компанії у процесі відшкодування збитків за правом регресу. Страхова компанія має право відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо страхувальник не надає компанії необхідні документи або іншим чином перешкоджає компанії скористатися правом регресу.

Відшкодуванням збитків за правом регресу в страховій компанії в залежності від обсягів робіт займається юридична служба або окремий підрозділ юридичного департаменту.

Етапи відшкодування збитків за правом регресу:

Оцінка страхового випадку та виявлення винної сторони. Згідно з матеріалами справи, юридична служба страхової компанії виявляє винну сторону та здійснює оцінку її вини у настанні страхової події. На цьому етапі необхідно мати об'єктивні докази, що підтверджують вину третьої особи. Якщо достатніх доказів немає або рівень вини кожного з учасників страхової події не піддається чіткому визначенню, юридична служба може прийняти рішення не розпочинати процедуру відшкодування збитків за правом регресу.

Звернення до винної сторони з проханням відшкодувати збитки. Страхова компанія має право запропонувати винній стороні відшкодувати збитки на добровільній основі. Звернення до винної особи має бути письмовим обов'язковим підтвердженням факту отримання винною стороною такого звернення. Особі, винній у настанні страхової події, надається десять днів для надання згоди на добровільне відшкодування збитків. Якщо таку згоду надано, то між страховою компанією та винною особою укладається акт урегулювання матеріальних претензій, в якому

зазначається сума, термін відшкодування збитків та обов'язково зазначається, що після відшкодування збитків сторони не будуть звертатися до суду або іншим чином намагатися вимагати повторного відшкодування збитків. У деяких випадках страхова компанія може погодитись на відстрочку із відшкодування збитків або реструктурувати виплати збитків протягом визначеного терміну. Якщо винна сторона відмовляється добровільно відшкодувати збитки, то страхова компанія має право звернутися до суду **Звернення з позовом до суду**. Якщо винна сторона є юридичною особою, то страхова компанія звертається до господарського суду з цивільним позовом за місцем своєї реєстрації. Якщо винна сторона є фізичною особою, то страхова компанія звертається до суду першої інстанції (районний або місцевий суд) з цивільним позовом за місцем проживання фізичної особи. Термін позовної давності не може перевищувати три роки. Існують вимоги щодо подання цивільного позову, основні з яких: відповідність нормам чинного законодавства, обґрунтоване викладення суті справи та документальне підтвердження отриманих збитків, а також чітка вказівка на винну особу. Страхова компанія має право у Цивільному позові вимагати відшкодування збитків з винної особи, а також суми державного мита, сплаченого компанією за цивільний позов (1% від суми цивільного позову). Крім того, страхова компанія має право просити суд накладити арешт на майно винної особи з метою забезпечення виконання цивільного позову. За результатами розгляду справи суд приймає рішення задовольнити цивільний позов повністю або частково чи відмовити в його задоволенні. Якщо суд задовольнив цивільний позов, рішення суду направляється у виконавчу службу при Міністерстві юстиції України для витребування збитків в примусовому порядку.

Відшкодування збитків в примусовому порядку. Виконавча служба направляє винній особі вимогу виконати рішення суду і відшкодувати збитки страховій компанії. При цьому виконавча служба надає винній особі термін в один календарний місяць. Якщо винна особа в обумовлений термін не виконає рішення суду, то виконавча служба має право здійснити примусове вилучення майна винної особи з метою його продажу та відшкодування збитків страховій компанії. Процес вилучення майна та його продажу виконавчою службою потребує складної процедури провадження.

6. Перестраховування. Особливе значення у діяльності страхової компанії відводиться політиці перестраховування. Потреба у перестраховуванні виникає тоді, коли зобов'язання страховика за договором більші за фінансові ресурси компанії. Згідно з вимогами Закону України «Про страхування», страхова компанія зобов'язана перестраховувати страхові ризики, якщо страхова сума за окремим об'єктом страхування перевищує 10% суми сплаченого страхового фонду і сформованих вільних резервів та страхових резервів.

Перестраховування – процес передачі частини ризику від одного страховика до іншого. Суть перестраховування полягає в тому, що ризик визначеного об'єкту страхування розподіляється серед декількох страховиків (перестраховиків). Кожна страхова компанія, яка бере участь у перестраховуванні, несе відповідальність і сплачує страхове відшкодування лише в межах ліміту власного утримання. У результаті навіть за умови здійснення значних страхових виплат страховик не втрачає своєї платоспроможності. Разом з тим, у випадку необґрунтованого перестраховування може виникнути така ситуація, коли окремі компанії-перестраховики виявляться неплатоспроможними.

Страховик, який передає ризик на перестраховування, називається **перестрахувальником (цедентом)**, а той що приймає – **перестраховиком (цесіонарієм)**. Частина страхового платежу (премії), що залишається на утриманні компанії-цедента, називається **власним утриманням, або лімітом утримання**. Процес передачі ризику в перестраховування називається цесією. Цесіонарій, у свою чергу, може одержати захист перестраховування від іншого страховика шляхом укладення нового договору перестраховування, тоді цей процес буде називатися **ретроцесією**.

Між страховими компаніями можуть укладатися договори перестраховування таких типів:

Факультативний договір укладається по кожному конкретному об'єкту страхування, виходячи з умов страхування. Це індивідуальна угода, яка має відношення до одного ризику і дає учасникам угоди повну свободу: цеденту – у вирішенні питання, яку частину платежу слід залишити на власному утриманні, цесіонарію – у прийнятті ризику в тому чи іншому обсязі. При укладанні договору факультативного перестраховування цеденту і цесіонарію

надається можливість самостійно оцінки ризику і прийняття відповідного рішення.

Облігаторний договір зобов'язує цедента до передачі визначених часток в усіх ризиках, прийнятих ним на страхування. Передача цих часток ризику перестраховику відбувається тільки в тому випадку, якщо їх страхова сума перевищує власну участь страховика. З іншого боку, договір облігаторного перестраховування накладає зобов'язання на перестраховика прийняти запропоновані йому в перестраховування частки цих ризиків.

Причини перестраховування:

- приведення потенційно відповідальності по сукупній страховій сумі у відповідність із фінансовими можливостями страховика. З допомогою перестраховування збільшується здатність страхової компанії приймати на себе великі ризики;
- стабілізація прибутку. Перестраховування надає фінансовий захист від катастрофічних або кумулятивних збитків, а отже, допомагає стабілізувати фінансові результати компанії;
- захист страхового портфеля від впливу масових страхових випадків або одиничного страхового випадку;
- перерозподіл потенційних збитків між страховиками.

Як правило, страхова компанія має окремий підрозділ, який безпосередньо здійснює перестраховування. В невеликих компаніях функції перестраховування можуть покладатися на окремого працівника компанії. Згідно з вимогами Нацкомфінпослуг, фахівець, який здійснює операції з перестраховування, повинен пройти відповідне навчання та скласти кваліфікаційний іспит.

В процесі своєї діяльності підрозділ, який займається перестраховуванням, співпрацює з андеррайтером з метою оцінки рівня ризику, який приймається на страхування і передається у перестраховування.

До функціональних обов'язків підрозділу перестраховування відноситься - контроль за розміром страхових сум, що приймаються на страхування; - розрахунок розмірів страхових сум, які доцільно перестрахувати;

- проведення котирування страхових ризиків, що перестраховуються середніми страховими компаніями;

- пошук оптимального варіанту з перестраховування страхових ризиків з урахуванням розміру тарифу страховика та перестраховика;

- оформлення необхідних документів між учасниками процесу перестраховування.

При ефективній організації роботи підрозділу перестраховування страхова компанія має можливість отримувати додатковий дохід від проведення перестраховування. Адже тарифи, за якими укладаються договори страхування та перестраховування, відображають різний рівень цін, який скла дається на тому чи іншому ринку страхування, і забезпечують можливість отримувати дохід на їх різниці.

7. Інвестування. Функція інвестування дуже важлива у загальній сукупності операцій, які здійснює страхова компанія. Тимчасово вільні кошти, які належать страховику, формують базу для інвестування. Страхові платежі можуть інвестуватися у доходні активи та приносити інвестиційний дохід компанії. Страхова компанія має можливість отримувати додатковий дохід, який можна використовувати як для здійснення страхових виплат, так і для збільшення рентабельності бізнесу. Більшість українських страхових компаній не має окремого підрозділу, який би займався інвестиційною діяльністю. Питанням інвестування відводиться недостатньо уваги, тому і доходи від інвестиційної діяльності несуттєві. Разом з тим, зарубіжний досвід свідчить, що страхові компанії розвинутих країн світу отримують значні прибутки від інвестиційної діяльності і виступають найбільшими інвесторами на фондовому ринку та ринку нерухомості.

Для успішного здійснення інвестиційної діяльності страхова компанія повинна дотримуватися таких принципів:

- інвестувати кошти із врахуванням динаміки страхових платежів та страхових виплат;
- не допускати зниження платоспроможності страхової компанії за рахунок низьколіквідних об'єктів інвестування;
- диверсифікувати об'єкти інвестування з точки зору ризику та прибутковості;
- регулярно здійснювати моніторинг інвестиційного ринку;
- аналізувати ситуацію на інвестиційному ринку та своєчасно реагувати на зміни.

Страхова компанія самостійно визначає напрямки та методи інвестування згідно із чинним законодавством. Але при цьому вона повинна враховувати вимоги, які висуваються до порядку формування технічних (математичних) резервів. Адже частину

коштів, які страхова компанія може інвестувати, становить сума технічних (математичних) резервів, які вона повинна формувати для забезпечення своєї платоспроможності.

8. Бухгалтерський облік здійснюється згідно із стандартами бухгалтерського обліку, прийнятими для суб'єктів господарювання, та спеціальними нормативними документами, що стосуються бухгалтерського обліку страхових компаній. Особливість діяльності страхових компаній вимагає дотримання окремих вимог в процесі бухгалтерського обліку, який поділяється на облік страхових платежів, страхових резервів, інвестиційної діяльності та іншої діяльності страхової компанії як суб'єкта господарювання.

9. Ризик-менеджмент охоплює моніторинг та аналіз фінансового стану страхової компанії. Головна мета ризик-менеджменту – відслідковувати процеси, що так чи інакше пов'язані з ризиком, який існує при здійсненні страхової діяльності.

В рамках страхової компанії ризик-менеджмент має два напрямки:

- регулювання рівня ризику на стадії укладання договорів страхування (перестраховування);
- регулювання рівня ризику в цілому по страховій компанії в процесі господарської діяльності.

У страховій компанії оцінка ризиків, що приймаються на страхування, є прерогативою андерайтера. При цьому за основу беруться страхові тарифи, розраховані актуарієм. Фактично андерайтер та актуарій є головними спеціалістами страхової компанії, які здійснюють функції ризик-менеджменту.

10. Розробка та впровадження нових страхових продуктів є одним із важливих напрямків інноваційної діяльності страхової компанії. Для українських страхових компаній характерна ситуація, коли ця діяльність зосереджена у відділах маркетингу. Розробка страхового продукту – це комплексна робота усіх підрозділів страхової компанії яка потребує концентрації зусиль працівників компанії для досягнення спільної мети. Маркетингові дослідження при цьому повинні відігравати допоміжну роль та своєчасно відстежувати зміни у пропозиціях на ринку страхових послуг.

Бізнес-процеси, які функціонують у рамках страхової компанії, проявляються через діяльність окремих підрозділів, або так званих бізнес-одиниць, які відповідальні за окремі стадії

операційно та фінансово-інвестиційної діяльності. Сукупність підрозділів є основою організаційної структури страхової компанії. Ідеальної моделі організаційної структури страхової компанії не існує. В залежності від економічного потенціалу компанії розробляються різні модифікації та варіанти.

Питання для самоконтролю:

1. Дайте визначення ресурсного потенціалу страховика та окремих його складових.
2. Опишіть управління процесом створення, реєстрації та ліцензування страховиків.
3. Охарактеризуйте основні типи організаційних структур управління страхової компанії, їх переваги та недоліки.
4. Наведіть складові елементи та принципи кадрової політики та обґрунтуйте способи мотивації персоналу страхової компанії.
5. Назвіть органи управління страховою компанією.
6. Що відноситься до основних форм державного нагляду за страховою діяльністю?

ТЕМА 3 – ПЛАНУВАННЯ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Мета: засвоєння здобувачами вищої освіти теоретичних засад планування у страховій діяльності, пізнання основ бізнес-планування страхової діяльності.

Ключові

планування, етапи планування, умови планування, бізнес-план страхової компанії, технологія складання бізнес-плану.

поняття:

План:

1. Економічна сутність планування в менеджменті страхової діяльності та його етапи.
2. Принципи планування в менеджменті страхової діяльності.
3. Вимоги до оперативного та стратегічного планування страхової діяльності.
4. Основи бізнес-планування страхової діяльності. Структура бізнес-плану страховика.

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

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

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

- планування асортименту страхових послуг і формування страхового портфеля;
- розробку найкращої інвестиційної стратегії, тобто розміщення тимчасово вільних грошових коштів страховика;
- оцінку та прогнозування поточного фінансового стану страховика;
- планування поточної діяльності страховика і складання бізнес-плану;
- план-прогноз розширення діяльності страхової компанії.

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

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

- по-перше, кількістю чинних страхових договорів;
- по-друге, числом застрахованих об'єктів;
- по-третє, розміром сукупної страхової суми.

За обсягом страхового портфеля розраховується такий показник як рівень охоплення страхового поля (**під страховим полем** розуміють максимальну кількість об'єктів, що можуть бути охоплені тим, чи іншим видом страхування). Він визначається як відношення фактично застрахованих об'єктів до їх можливої кількості, тобто відношення страхового портфеля до страхового поля, виражене у процентах. Цей показник дав можливість спрогнозувати перспективи розвитку окремих видів страхування на кожному окремому сегменті ринку.

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

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

Формування асортименту страхових продуктів здійснюється з урахування певних вимог до них, тобто визначення

їхніх властивостей, які найбільшою мірою задовольняють потреби страхувальників. Адже будь-які страхові продукти проходять перевірку на ступінь задоволення суспільних потреб, які відтворюються в колективних, групових та індивідуальних інтересах страхувальників.

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

- основні;
- додаткові;
- стратегічні.

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

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

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

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

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

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

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

При плануванні та формуванні страхового портфеля слід враховувати також вплив факторів загальноекономічного значення, серед яких основними є: динаміка валового внутрішнього продукту, динаміка реальних доходів на душу населення, динаміка вартості основних виробничих фондів у різних галузях національної економіки, динаміка грошових доходів та заощаджень населення тощо.

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

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

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

З погляду терміну планування можна виділити **довгострокове, середньострокове і короткострокове фінансове планування**. При цьому короткострокове планування ґрунтується на результатах середньострокового і довгострокового планування. Проте планування на тривалі терміни в умовах трансформації економіки, характерної для сучасних умов, малоефективно,

оскільки не дозволяє об'єктивно враховувати зміни макроекономічного середовища.

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

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

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

3. Контроль за виконанням фінансового плану.

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

Зазвичай використовуються наступні технологічні **принципи фінансового планування**:

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

2. Принцип постійної потреби в грошових коштах зводиться до того, що в прогнозованому балансі поточне значення суми страхових резервів і власних засобів страховика повинне бути не менше суми його очікуваних виплат за всіма договорами страхування і витратами на ведення справи. Цей принцип враховується при рішенні задачі нерозорення страхової компанії.

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

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

Суть ситуаційного аналізу полягає в тому, що, змінюючи початкові дані про планові об'єми продажів, тарифи і ін., ми аналізуємо кінцеві результати планування, оцінюємо ризики і визначаємо оптимальний варіант дій. Ситуаційний аналіз практично неможливо провести без обчислювальної техніки, оскільки фінансовий план – це великий документ з складними арифметичними і статистичними розрахунками. Навіть складання одного варіанту фінансового плану уручну, без ЕОМ, є складним процесом, а ситуаційне моделювання припускає складання десятків і більш варіантів фінансових планів.

2. Принципи планування в менеджменті страхової діяльності.

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

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

1. Принцип єдності.
2. Принцип участі.
3. Принцип безперервності.

4. Принцип гнучкості.

5. Принцип точності.

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

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

2. Принцип участі означає, що кожний член організації стає активним учасником планової діяльності. Планування, що базується на принципі участі називається **партисипативним**.

3. Принцип безперервності. Основа принципу:

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

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

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

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

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

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

Однак існують певні межі резервів планування:

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

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

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

Ознаками, що визначають тип планування можна назвати наступні:

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

1. Ступінь невизначеності у плануванні.

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

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

Варіанти імовірних систем планування:

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

2. Часова орієнтація ідей планування.

За своїми ідеями розрізняють такі типи планування:

- реактивне планування (націлене на минулий досвід);
- інактивне (пристосоване тільки до сьогодення);
- преактивне (націлене на майбутнє);
 - інтерактивне (орієнтоване на взаємодію усіх найкращих ідей минулого).

У кожного типу планування є свої негативні та позитивні сторони.

3. Горизонт планування.

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

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

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

Беручи до уваги масштаб передбачення перспективи організації, виділяють стратегічне планування (понад 1 рік) і оперативне (поточне) планування (до 1 року)(рис 3.1). **Стратегічне планування** полягає у виборі курсу розвитку організації – її стратегії. **Оперативне планування** є одночасно логічним продовженням стратегічного планування і способом реалізації стратегії. Тому в американському менеджменті його часто називають плануванням реалізації стратегії курсу розвитку організації з метою реалізації її місії, досягнення цілей тощо.



Рис. 3.1. Види планування та їх взаємозв'язок

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

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

Як правило, стратегічне планування здійснюється невеликим за чисельністю (5-10 осіб) спеціальним плановим відділом, а

розроблені ним стратегії повинні розглядатись на нарадах вищого керівництва один раз на рік.

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

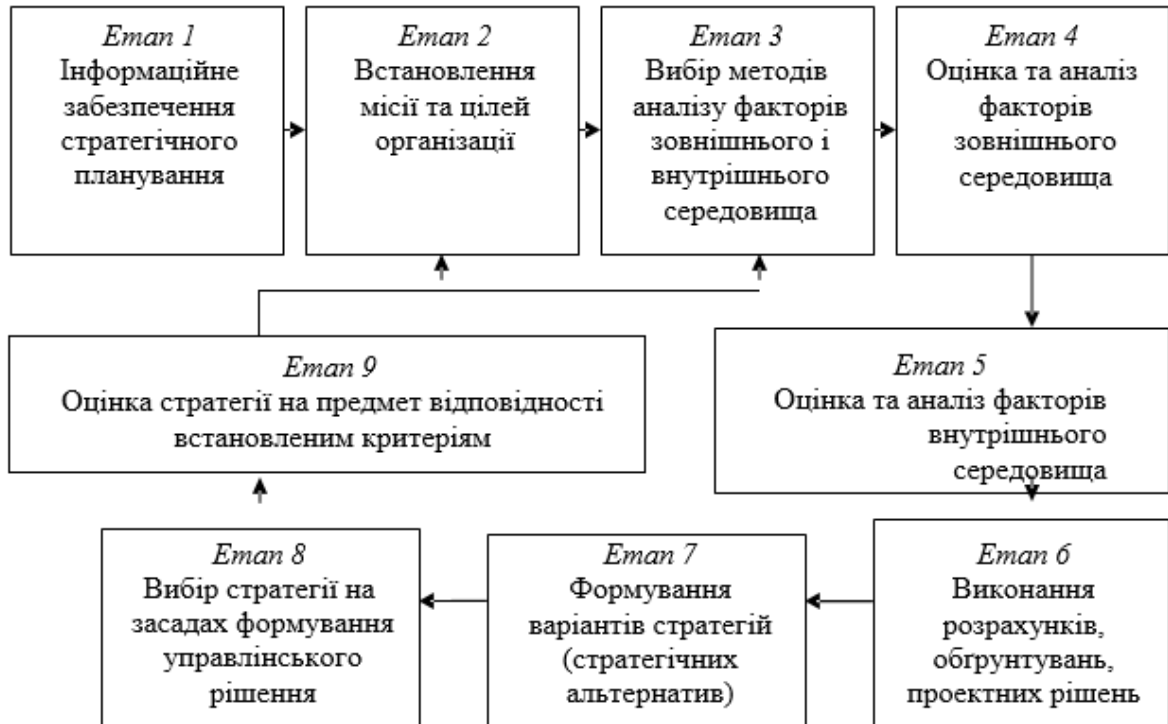


Рис. 3.2. Схематична модель стратегічного планування

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

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

- турботу про працівників;
- турботу про виробництво;
- політику зростання та фінансування фірми;
- виробничі технології;
- методи виходу і функціонування на ринку, пошуку потенційних

ринків;

- задоволення потреб споживачів;
- публічне оголошення переконань і цінностей тощо.

Місією, наприклад, автомобільної фірми, яку заснував Генрі Форд, було проголошено забезпечення людей дешевим автомобільним транспортом; „Мотоболи” – гідно служити задоволенню потреб суспільства, забезпечувати споживачів продукцією і послугами найвищої якості за помірні ціни; „Дженерал Електрикс” – забезпечення кращого життя.

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

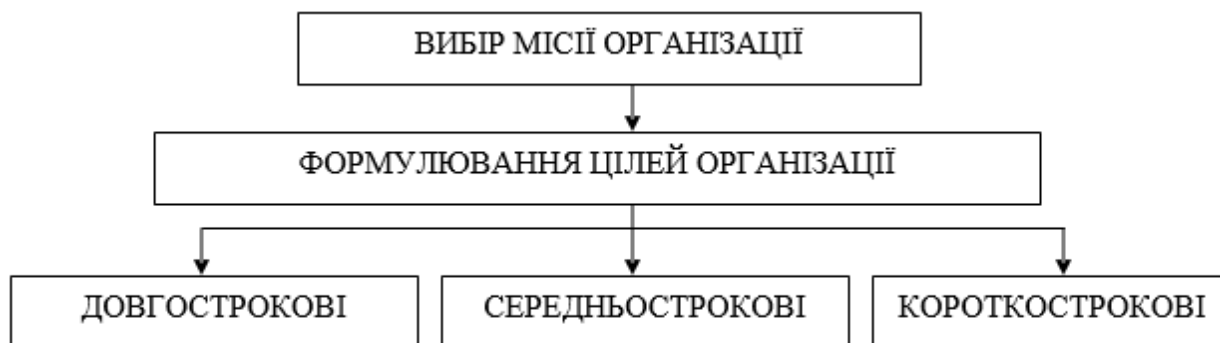


Рис. 3.3. Схема формування цілей організації

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

1. Прибутковість (наприклад, збільшення прибутку підприємства у наступному році на 4%).
2. Ринки (наприклад, збільшення частки ринку протягом року до 15%).
3. Ефективність (наприклад, зниження собівартості продукції на 3%).
4. Рентабельність (наприклад, досягнення показника рентабельності реалізації 15%);
5. Продукція (наприклад, впровадження у виробництва нової моделі автомобіля протягом наступних двох років).
6. Продуктивність (наприклад, збільшення виробітку продукції в розрахунку на одного працівника на 6,4%).
7. Фінансові ресурси (наприклад, збільшення частки власного капіталу в наступному році до 65%).

8. Виробничі потужності, будівлі та споруди (наприклад, збільшення виробничої потужності до 10 тис. од. Продукції в місяць протягом трьох років).
9. Інновації (наприклад, закупівля в наступному році патенту на...).
10. Організаційні зміни (наприклад, створення матричної структури управління для забезпечення роботи на конкретним проектом).
11. Трудові ресурси (здійснення підвищення кваліфікації працівників).
12. Соціальна відповідальність (наприклад, придбання путівок працівникам для санаторного лікування).

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

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

Етап 3. Вибір методів аналізу факторів зовнішнього і внутрішнього середовища. На цьому етапі використовують такі методи дослідження як порівняння, експертних оцінок, системного аналізу, статистичного і соціологічного дослідження, сукупної думки збутовиків, споживачів тощо.

Етап 4. Оцінка та аналіз факторів зовнішнього середовища.

Етап 5. Оцінка та аналіз факторів внутрішнього середовища.

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

Етап 7. Формування варіантів стратегій (стратегічних альтернатив). Особливість цього етапу полягає у розробленні можливих для організації варіантів стратегічних планів, тобто базових стратегій або окремих складових одного стратегічного плану.

Етап 8. Вибір стратегії на засадах формування управлінського рішення є найважливішим етапом стратегічного

планування. Полягає у виборі оптимальної стратегії діяльності організації на основі оцінювання таких факторів: очікувана ефективність, рівень ризику, ринкова ситуація, вплив минулих стратегій, вплив власників, залежність від фактора часу, вплив зовнішнього і внутрішнього середовища тощо.

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

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

Кінцевим результатом стратегічного планування, як будь-якої іншої функції менеджменту, є розроблені методи менеджменту, прийняті конкретні управлінські рішення, а також затверджені певні показники (рівень прибутків, обсяг реалізації, величина витрат, рентабельність тощо) діяльності організації. Стратегічне планування визначає, чого і коли прагне досягнути організації. Але для цього важливо знати, як реалізувати стратегію, тобто забезпечити ефективне оперативне (поточне) планування.

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

Оперативне планування – різновид управлінської діяльності, який полягає в реалізації комплексу заходів, пов'язаних із розробленням оперативного плану з метою реалізації обраної стратегії

Формування бюджету (бюджетування)

Процес формування бюджету – збалансованого плану надходжень і видатків – у межах оперативного планування називається *бюджетуванням*.

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

центр видатків, центр обороту, центр прибутків та центр інвестицій.

Вибір адміністративних важелів

Адміністративні важелі формуються на основі тактики, політики, процедур тощо. ***Тактика*** ґрунтується на короткотермінових планах. Тактичні плани розробляються на рівні середньої ланки управління з метою розвитку стратегій. Вони, діючи значно коротший час, ніж стратегії, швидко забезпечують отримання результатів. ***Політика*** є загальним керівництвом до дії і прийняття рішень, які полегшують досягнення цілей (наприклад, орієнтація на уніфікування деталей і вузлів автомобіля). ***Процедурами*** є дії, які необхідно здійснювати в конкретній ситуації (наприклад, зміст інструкції з експлуатації автомобіля визначає сутність процедур його технічного огляду і обслуговування, ремонту тощо). ***Правило*** вказує на те, що повинно бути зроблено в конкретній ситуації (наприклад, порядок підпису документа). Правила і процедури вказують працівникам напрям дій, включають повтори, формують зміст діяльності, дають змогу передбачати події, сприяють порівнянню із ситуацією в минулому, аналогом тощо.

Загалом застосування всіх адміністративних важелів забезпечує створення певного організаційно-розпорядчого механізму, спрямованого на реалізацію стратегії.

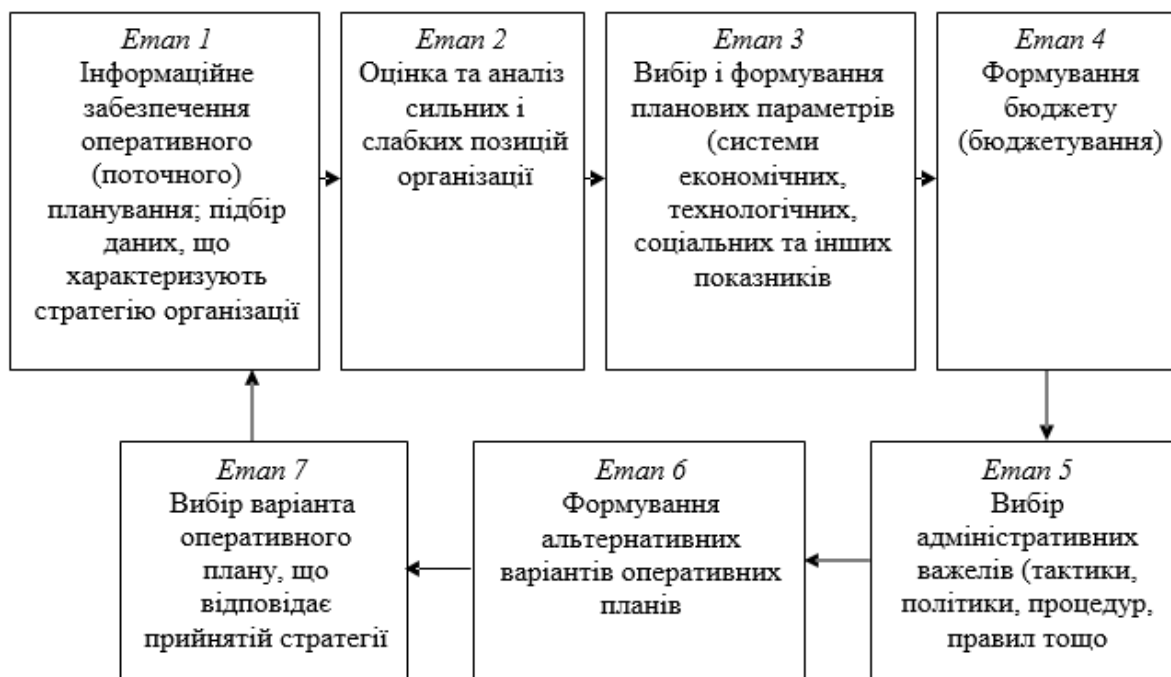


Рис. 3.4. Схематична модель оперативного (поточного) планування

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

Страхові компанії в своїй діяльності як головний інструмент управління страховою та іншою діяльністю використовують планування.

Планування діяльності страховика полягає у складанні бізнес-плану. **Бізнес-план** розглядається як прогностична комплексна програма перспективного розвитку страхової компанії. Він є вихідним документом, де узагальнюється вся інформація про ринок страхових послуг.

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

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

1. **Загальна характеристика страховика**, де наводиться така інформація: повне та скорочене найменування, коли і де

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

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

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

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

5. Організаційна структура страховика та її розвиток. У цьому розділі наводиться юридичне та аудиторське забезпечення діяльності страхової компанії, що передбачає наявність відповідних структур в складі компанії укладених відповідних угод на юридичне та аудиторське обслуговування.

6. План функціонування страхової компанії, який включає прогноз розвитку страхових операцій на три або більше років, де визначені за видами страхування такі показники: середні страхові суми окремих об'єктів страхування, середній розмір тарифів, середні страхові платежі, кількість зібраних страхових платежів, а також сума страхових виплат, максимальна відповідальність за окремим об'єктом страхування (таб. 3.1)

Таблиця 3.1.

Прогноз розвитку страхових операцій на _____ рр.

Види страхування	Кількість договорів	Тариф, %	Середня страхова сума, тис. грн.	Середній страховий платіж, тис. грн.	Сума стр. виплат за квартал	Норматив виплат за даним видом страхування, %	Сума страхових виплат, тис. грн.	Максимальна відповідальність за окремим об'єктом страхування, тис. грн.
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

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

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

Базовими даними для складання фінансового плану є дані прогнозу (табл.3.2)

Таблиця 3.2

Фінансовий план страхової компанії на _____ роки									
Види страхування	Види власних коштів (нетто-активи), тис. грн.	Кількість договорів страхування (по особистому – кількість застрахованих)	Сукупна сума надходжень страхових платежів, тис. грн..	Сума страхових виплат, тис. грн.	Розмір технічних (математичних) резервів, тис. грн..	Витрати на проведення страхової діяльності, тис. грн..	Розмір прибутку, що очікується, тис. грн..	Розмір вільних резервів, тис. грн..	Чистий прибуток, тис. грн..
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Баланс доходів і витрат страхової компанії (не менше ніж на три роки) (табл.3.3)

Баланс доходів і видатків страхової компанії (на три роки)

Показники	квартал	квартал	квартал	квартал	за рік	за рік
Доходи (надходження)						
Сукупна сума страхових платежів						
Новий капітал						
Доходи від розміщення активів						
Продаж активів						
Інші доходи						
Всього доходів						
Витрати (платежі)						
Страхові виплати						
Страхові резерви, в тому числі						
технічні резерви						
Комісійна винагорода за розміщення страхових полісів						
Оренда чи утримання будівель						
Транспорт і зв'язок						
Сервіс (послуги)						
Розрахунки з банками						
Реклама						
Зарплата						
Нарахування на зарплату						
Податки						
Дивіденди						
Придбання чи оренда обладнання						
Всього витрат						
Балансовий показник (+,-)						

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

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

Питання для самоконтролю:

1. Вкажіть місце фінансового планування в системі управління страховим бізнесом.
2. Які методи фінансового планування Ви знаєте?
3. Назвіть основні розділи бізнес-плану.

4. Пояснить різницю між бізнес-планом і фінансовим планом страхової компанії.

5. Опишіть технологію складання плану в страховій компанії та поясніть способи їх практичної реалізації.

ТЕМА 4 – КОМУНІКАЦІЇ ТА ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТРАХОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

Мета: засвоєння здобувачами вищої освіти теоретичних засад комунікацій в сучасній страховій організації, її сутності, елементів й етапів комунікаційного процесу.

Ключові поняття: інформаційна система, комунікації, комунікаційний процес, оперативність інформаційного забезпечення, взаємозв'язок бізнес-завдань, клієнти страхової організації.

План:

1. Комунікації в сучасній страховій організації: сутність, елементи й етапи комунікаційного процесу
2. Інформаційна система
страхової компанії: підсистеми, об'єкти, функціональні задачі
3. Системи управління відносинами із клієнтами на базі CRM-технологій

1. Комунікації в сучасній страховій організації: сутність, елементний етапи комунікаційного процесу

Управлінська діяльність нерозривно пов'язана з необхідністю постійного обміну інформацією (комунікативною діяльністю) для координації роботи підрозділів організації та індивідів, спрямованої на досягнення спільних цілей.

Комунікація являє собою процес взаємодії суспільних суб'єктів (соціальних груп, спільнот або особистостей), в ході якого відбувається обмін інформацією, досвідом, здібностями і результатами діяльності за допомогою загальної системи символів.

Комунікації є зв'язуючим елементом процесу управління. Якщо людина не зможе обмінюватися інформацією, вона не зможе ефективно взаємодіяти.

Комунікація – це процес обміну ідеями і інформацією, що веде до взаєморозуміння. Проте, комунікації – це складний процес, що передбачає певні взаємозалежні дії. Кожна з цих дій є важливою для того, щоб зробити наші думки зрозумілими для інших.

Комунікація – це не просто передача інформації, а передача змісту або значення за допомогою символів. Крім того,

комунікація відбувається тільки тоді, коли одна сторона пропонує інформацію, а друга готова її прийняти.

Сучасна практика управління свідчить, що керівник на комунікації може витратити до 90% усього часу, до 80% управлінських рішень приймається керівником в усній формі в процесі ділової взаємодії. Характер ділових контактів здійснює вирішальний вплив на ефективність спільної діяльності, окремих комунікаційних заходів (розмов, ділових нарад, переговорів і т.д.), торгіві презентацій.

Комунікація як обмін інформацією між людьми (або групами людей) має три аспекти, які найбільш важливі для оцінки змісту управлінської діяльності (рис. 4.1).

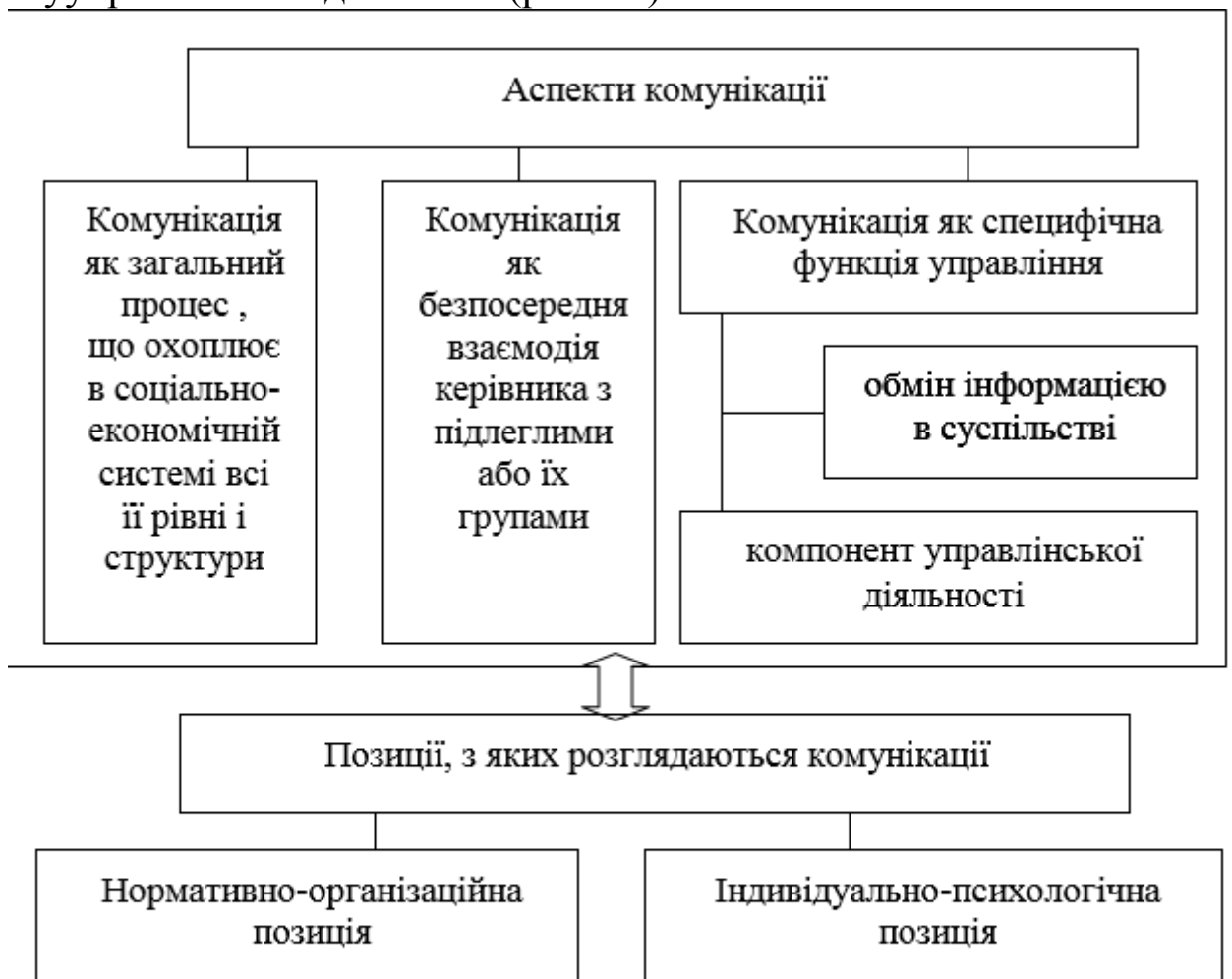


Рис. 4.1. Взаємозв'язок найбільш важливих аспектів комунікації для оцінки змісту управлінської діяльності*
*складено на основі |

Кожен з аспектів розглядається з нормативно-організаційної та індивідуально-психологічної позицій.

У першому випадку комунікація визначається її об'єктивними організаційними формами, вимогами до ефективного здійснення раціонального комунікативного процесу.

Другий аспект комунікації заснований на обліку психологічних особливостей партнерів зі спілкування і дозволяє пояснити ряд важливих особливостей взаємодії, у тому числі тих, що перешкоджають ефективному розвитку комунікації.

Комунікації забезпечують зв'язок від керівників до підлеглих, а також між групами, і в протилежному напрямі за принципом вертикальних зв'язків. Важливими є також зв'язки між членами в середині однієї групи і групами, однаковими за службовим статусом, які утворюють горизонтальні зв'язки.

Взаємодіючи один з одним, включаючись в процес спілкування, люди зазвичай переслідують конкретні цілі.

До основних *цілей* комунікації зазвичай відносять: забезпечення ефективного обміну інформацією між суб'єктами і об'єктами управління; створення інформаційних каналів для обміну інформацією між окремими працівниками та

групами; регулювання і раціоналізація інформаційних потоків в рамках організації та

її межами; формування мінливого успішного соціокультурного діяльності; обмін діяльністю, інноваційними прийомами, засобами, технологіями.

Основними завданнями комунікацій в процесі управління виступають: поєднання всіх елементів процесу управління, сприяння у прийнятті управлінських рішень, забезпечення інформацією всього процесу управління та міжособистісних взаємостосунків в колективі.

У зв'язку з цим виділяються наступні функції, які реалізує комунікація: управлінська, інформативна, емотивна (пов'язана з експресивною стороною спілкування, емоціями), фактична (пов'язана з встановленням контактів), контрольна (рис. 4.2).

Управлінська функція спонукає адресата до дії; інформативна проявляється через обмін повідомленнями, думками, задумами, рішеннями; емотивна дозволяє суб'єкту показати своє ставлення до ситуації; фактична проявляється в ході підтримання та закінчення спілкування, фокусування уваги на контактному елементі ситуації; контрольна функція дозволяє

відстежити поведінку співробітників різними способами на основі ієрархії формальної підпорядкованості.



Рис. 4.2. Взаємозв'язок завдань та функцій комунікацій в процесі управління діяльністю страхової компанії*
*складено на основі |

Вихідною є управлінська функція, в її рамках реалізуються переконання, накази, розпорядження, прохання.

Комунікація характеризується безліччю типів і форм, способів, методів і прийомів реалізації.

До основних форм комунікації відносяться дискусії, розмови, наради, засідання, переговори, брифінги, прес-конференції, презентації, прийом з особистих питань, телефонні розмови, ділове листування та ін.

У взаємодії в серединах соціально-економічних систем виділяють типи, види і класи комунікацій (рис. 4.3).



Рис. 4.3. Типи, види та класи комунікацій страхової компанії
 Формальні комунікації передбачені організаційною структурою. Вони поділяються на: вертикальні, горизонтальні та діагональні.

Вертикальна комунікація – це обмін інформацією між супідрядними (ієрархічними) рівнями структури управління страховою компанією. Така комунікація може бути низхідною (зверху вниз) і висхідною (знизу вгору). У низхідній комунікації керівник реалізує свої управлінські впливи: накази, розпорядження, приписи, рекомендації тощо.

Комунікації зверху вниз вирішують п'ять основних завдань:

- 1) ознайомлення працівників з цілями організації з метою усвідомлення ними важливості роботи, що виконується;
- 2) викладення конкретних інструкцій щодо виконання робіт;
- 3) забезпечення розуміння роботи та її зв'язку з іншими завданнями організації;

- 4) надання інформації про процедури і методи виконання роботи;
- 5) забезпечення підлеглих інформацією зворотного зв'язку про результати діяльності організації.

Отже, комунікації зверху вниз допомагають пов'язувати різні рівні організації, координувати їх діяльність. Разом із тим для комунікацій зверху вниз характерні низка недоліків: створення передумов для формування авторитарної системи; значне завантаження підлеглих роботою; постійні втрати інформації внаслідок викривлень, помилкової інтерпретації.

Одним із методів подолання цих проблем є організація потоків інформації *знизу вгору*, тобто налагодження ефективного зворотного зв'язку. Цим каналом передається інформація від підлеглих до керівників, хоча не всі менеджери приділяють достатньо уваги організації такого типу інформаційних потоків. Результати спеціального дослідження ефективності комунікацій знизу вгору свідчать: керівники фірми отримують лише 10% інформації, надісланої працівниками.

Горизонтальні комунікації здійснюються між особами, які перебувають на одному рівні ієрархії. Такий обмін інформацією забезпечує координацію діяльності (наприклад, між віцепрезидентами з маркетингу, фінансів, виробництва). Як показують дослідження, ефективність горизонтальних комунікацій досягає 90%, що пояснюється значним рівнем розуміння працівниками характеру роботи своїх колег і проблем, що виникають під час функціонування суміжних підрозділів.

Діагональні комунікації відбуваються між особами, які перебувають на різних рівнях ієрархії (наприклад, між лінійними та штабними підрозділами, коли штабні служби керують виконанням певних функцій). Такі комунікації характерні також для зв'язків між лінійними підрозділами, якщо один з них є головним з певної функції.

Серед підтипів комунікації виділяються наступні:

– комунікація «керівник–підлеглий» як індивідуальний процес міжособистісного спілкування, головною особливістю якого є поєднання субординації і безпосереднього контакту партнерів у спілкуванні (одним із видів такої комунікації служить взаємодія керівника вищого рівня з керівником нижчого рівня управління);

– комунікація «керівник–керівник», що включає все себе комунікацією між керівниками паритетних підрозділів між керівниками різних організацій-партнерів.

Неформальні комунікації не передбачені організаційною структурою. Практика свідчить, що значна частина комунікацій здійснюється неформально, за допомогою незапланованих керівництвом способів. У теорії та практиці менеджменту зарубіжних країн часто використовується термін «*grape-vine*» — система поширення чуток, неофіційних даних. Варто зазначити, що неформальними каналами комунікацій передається значна частина достовірної інформації. Неформальна інформація буває досить корисною для доповнення інформації, отриманої через формальні канали комунікації; вона є цінною для керівника, однак не можна допускати, щоб система поширення чуток була замінником формальних каналів комунікації. Кожен працівник апарату управління має пам'ятати, що він теж частково бере участь у поширенні чуток (наприклад, мовчання у відповідь на запитання підлеглого теж реакція, що відповідно інтерпретується підлеглими).

Особливу роль у забезпеченні неформальних зв'язків грають члени малих неформальних груп з рольовою функцією «*зв'язковий*», які акумулюють і поширюють чутки.

В практичній діяльності страхової компанії застосовують два види комунікації:

комунікації між організацією та її середовищем. Наприклад, зі споживачами страхової організації спілкуються за допомогою реклами та інших програм просування товарів на ринку. У сфері відносин з громадськістю визначається імідж організації;

міжособистісні комунікації. Керівник від 50 до 90% свого часу витрачає на розмову, тому необхідно відокремлювати прямий міжособистісний обмін інформацією (тобто міжособистісні комунікації).

Комунікації поділяються на два класи: письмові та усні (див. рис. 4.3).

Письмові комунікації є у формах планової та звітної документації, пояснювальних записок, доповідей, оголошень, довідників, фірмових газет тощо.

До усних комунікацій належать: телефонні розмови, публічні виступи, наради, безпосереднє спілкування тощо.

Позитивним аспектом таких комунікацій є економія часу, забезпечення глибшого взаєморозуміння.

Створення ефективних комунікацій як у середині, так і за межами організації досягається шляхом добре організованого комунікаційного процесу.

Комунікаційний процес визначають як обмін інформацією між двома чи більше особами.

У комунікаційному процесі вирізняють чотири базових елементи:

1) відправник-особа, яка генерує ідею та збирає інформацію та передає її;

2) повідомлення-інформація, закодована за допомогою символів;

3) канал- засіб передачі інформації;

4) одержувач-особа, якій призначено інформацію яка інтерпретує її.

Під час обміну інформацією завданням відправника та одержувача: складання повідомлення та використання каналу зв'язку для його передачі таким чином, щоб обидві сторони зрозуміли і підтримали вихідну ідею.

Розрізняють чотири *етапи процесу комунікації* (рис. 4.4).

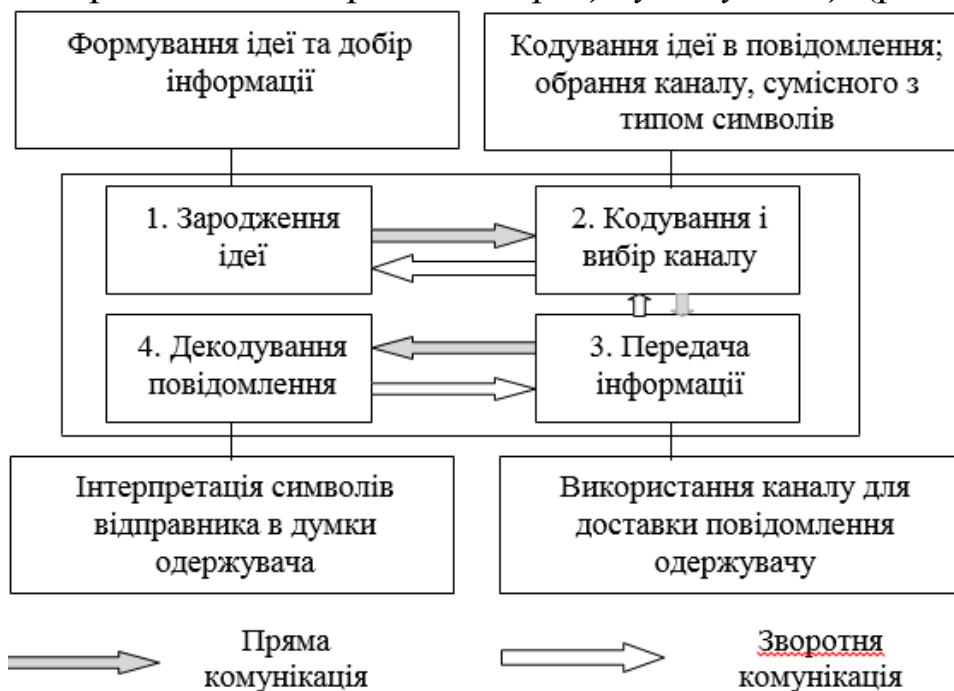


Рис. 4.4. Етапи процесу комунікації*

*складено на основі

Надамо характеристику етапам процесу комунікації.

Етап. Обмін інформацією починається з формулювання ідеї та відбору інформації. Відправник несе відповідальність за створення повідомлення у формі, яка здатна найточніше передати думку

(ідею) одержувачу. Процес перекладу думок в повідомлення має назву кодування. Так як комунікація є процесом досягнення взаєморозуміння, то для його отримання необхідно додати зусиль з обох сторін. Але відправник несе головну відповідальність. Його задача полягає в пошуку застосування комунікативних символів і знаків, як вербальних так і невербальних, які призведуть до вірного розуміння повідомлення одержувачем. Відправник повинен подумки побачити ідею, яку відсилає, очима одержувача.

2 етап. Кодування і вибір каналу. Перш ніж передати ідею, відправник повинен за допомогою символів закодувати її, використавши для цього слова, інтонації та жести. Таке кодування перетворює ідею в повідомлення. Деякі повідомлення можуть бути відносно простими, наприклад, знак «стоп», погодження або заперечення. Інші повідомлення складніші, тому їх важче передати одержувачу, наприклад, повідомлення бригаді про необхідність позаурочної роботи. Досягнення розуміння цього повідомлення усіма працівниками може бути ускладнено, оскільки у більшості виникне чимало запитань, можливі навіть протести. Водночас відправнику необхідно обрати канал, що поєднується з типом символів, що використовуються для комунікації. До загально відомих каналів належать передавання мовитись мовних матеріалів, електронні засоби зв'язку (комп'ютерні мережі, електронна пошта, відеострічки тощо).

3 етап. Передавання. На цьому етапі відправник використовує канал для доставки повідомлення (закодованої ідеї або сукупності ідей) одержувачу. Йдеться про фізичне передавання повідомлення, яке іноді ототожнюють із процесом комунікації.

4 етап. Декодування. Одержувач повідомлення декодує його. Декодування – це переклад символів відправника в думки одержувача. Обмін інформацією вважають ефективним, якщо одержувач продемонстрував розуміння ідеї, виконав дії, які чекав від нього відправник.

На практиці застосовуються наступні групи засобів комунікацій:
основні – реклама, стимулювання збуту, публік релішинз, прямий маркетинг, персональний продаж;

синтетичні – брендинг, спонсорство, виставки та ярмарки, інтегровані комунікації в місцях продажу;

неформальні вербальні комунікації.

За результатами опитування експертів найбільший вплив на поведінку споживачів мають серед основних комунікаційних засобів публікації в ЗМІ, пряма маркетингова персональна продаж, а також неформальні вербальні комунікації. Самі ці засоби варто застосовувати страховикам для підвищення поінформованості населення про послуги та стимулювання купівлі страхових полісів. Правильне використання комбінації означеного переліку комунікаційних засобів у практичній роботі страхових компаній сприятиме: підвищенню рівня поінформованості населення про страхові послуги конкретних страховиків, особливості їх діяльності з різних видів страхування; активізації сегменту фізичних осіб на страховому ринку та збільшенню користування послугами страхових компаній; підвищенню рівня страхової культури споживачів; динамічному розвитку ключових показників ринку страхових послуг.

2. Інформаційна система страхової компанії: підсистема, об'єкти, функціональні задачі

Розробка і впровадження автоматизованих інформаційних систем страхової діяльності виконується для підвищення ефективності управління страховою діяльністю, зарахунок забезпечення керівників і фахівців страхових компаній інформацією в необхідному обсязі та якості, а також для реалізації стандартів інформаційних технологій управління на основі:

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

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

Автоматизована інформаційна система страхової компанії (АІС СК, АІС «Страхування») – ієрархічно

організований комплекс організаційних методів, технічних, алгоритмічних та програмних засобів, а також інформаційних ресурсів, який має модульну структуру і забезпечує наскрізне узгодження управління фінансовими та інформаційними потоками страхової компанії.

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

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

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

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

В залежності від масштабу діяльності страхової компанії, кількості її філій та розгалуженості регіональних віддалених підрозділів АІС «Страховання» може мати наступні структурні варіанти:

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

2) розгалужена мережева страхова компанія (корпоративного типу) – АІС будується на базі міжрегіональної корпоративної мережі, яка забезпечує віддалений доступ. Корпоративна мережа може організовуватися як за допомогою виділених каналів, так і у вигляді приватних мереж.

Складі структура АІС різних страхових компаній різні. Організаційно система являє собою сукупність АІС

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

Автономні автоматизовані робочі місця. Кожен співробітник страхової компанії, використовуючи автономний РМ, виконує певний набір функцій управління страховою діяльністю та орієнтований на страхових агентів певного виду. Масштаб функцій окремого АРМ обмежений. Технічні засоби АРМ лімітують розмір бази даних, продуктивність інформаційних систем (швидкість виконання функцій управління страховою діяльністю). Недостатність оперативності управління страховою діяльністю пов'язана з непершочерговою недосконалістю системи комунікацій.

Комплекс взаємопов'язаних АРМ, які функціонують на єдиній інформаційній базі. Інформаційна система страхової діяльності підтримує функцію основної діяльності (страхування) і допоміжні функції управління (бухгалтерський облік, фінансовий аналіз, управління кадрами та ін). Зростання масштабів діяльності страхових компаній проявляється в розширенні складу функцій управління, збільшенні чисельності працівників, функціональної спеціалізації та інформаційної інтеграції АРМ. Із збільшенням масштабів страхової діяльності необхідна уніфікація інформаційних технологій, програмних і технічних засобів обробки інформації.

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

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

застосування різнорідних обчислювальних машин – сервери, робочі станції, ноутбуки;

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

розширення функцій автоматизації управління; створення і ведення інтегрованої БД - єдиного інформаційного простору для прийняття управлінських рішень тощо.

Структуру функціональної частини АІС центральних органів страхової компанії наведено на рис. 4.7.

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

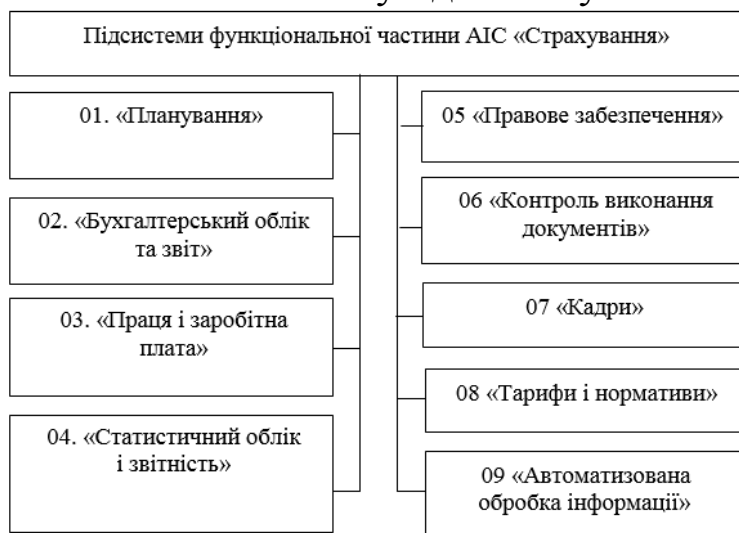


Рис. 4.7. Архітектура функціональної частини АІС центральних органів*
*складено на основі |

Підсистема 01 «Планування» призначена для розробки перспективних і поточних планів прибутків і видатків за всіма видами страхування і планів надходження страхових платежів. У рамках підсистеми розробляються проекти контрольних цифр на перспективу, складаються проекти річних планів за основними видами надходження платежів щодо кожного виду страхування, що є обов'язковим внашій державі, а також добровільного, особистого, інших видів страхування.

Підсистема 02 «Бухгалтерський облік і звітність» реалізує автоматизоване розв'язування задач виконання операцій обліку

грошових і поточних господарських операцій, укладання бухгалтерських звітів у цілому по страховій компанії, а також і формування зведених бухгалтерських балансів і аналітичних розробок доних. Тут же автоматизовано виконуються функції контролю за правильністю укладання балансів у підзвітних рівнях страхової компанії. Для цього передбачається формування різних аналітичних таблиць, розшифрувань, інших документів, отримання яких стає можливим завдяки створенню єдиної міжрівневої бази даних і АРМ спеціалістів із широким використанням персональних комп'ютерів, що реалізують технологію розподіленої обробки даних і можливість отримання відповідей на регламентні та нестандартні запити в запитувальному режимі функціонування.

Підсистема 03 «Праця і заробітна плата» призначена для розробки проектів кошторисів видатків і обліку видатків на утримання органів страхової компанії, складання звітів з праці та заробітної плати, формування зведених звітних документів та аналітичних розробок доних.

Підсистема 04 «Статистичний облік і звітність» використовується для укладання зведених статистичних звітів за всіма видами страхування, фінансовими результатами страхових операцій за рік, визначення основних показників роботи страхової компанії, укладання аналітичних розробок за всіма видами звітності, організаційно-масової та контрольної-ревізійної роботи.

Підсистема 05 «Правове забезпечення» забезпечує облік, зберігання і пошук правових і інформаційних актів за всіма видами діяльності страхової компанії. Задачі цієї підсистеми, а також підсистем 06 «Контроль виконання документів» і 07 «Кадри» розв'язуються в рамках автоматизованої інформаційно-пошукової системи (ІПС). Використання ІПС дозволяє централізувати збір і контроль інформації, одержувати відповіді із законодавчих, правових, нормативних та інших питань всім користувачам системи за умов, що з нею одночасно працюють кілька користувачів.

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

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

Підсистема 08 «Тарифи і нормативи» призначена для автоматизованого розв'язування задач обчислення тарифних ставок за видами майнового особистого страхування, резервами внесків зі страхування життя, розробки середніх цін на сільськогосподарську культури і т. ін. У підсистемі виконуються також розрахунки відомчих нормативів розподілу фонду економічного стимулювання.

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

Автоматизовані інформаційні технології діяльності страхової компанії спрямовані на впровадження систем, що охоплюють всі основні елементи технологічного процесу страхування і гарантують повну безпеку даних на всіх етапах обробки інформації. Реалізація автоматизованої інформаційної системи страхової компанії полягає в автоматизації розв'язування задач страхової, фінансової, бухгалтерської та інших видів діяльності.

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

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

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

Підписання договору перестрахування. Перевірка відповідної інформації, розрахунок комісійних.

Внесення страхової премії (чийї частини). Перерахунок грошових засобів поррахунках, у випадку наявності перестрахування-розрахунок з перестраховальниками.

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

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

Розрив договору страхування. Розрахунок із страхуючим, провodka грошових засобів, здійснення змін в базі договорів.

Розрахунок базових тарифних ставок по видах страхування.

Перегляд в базі даних всіх договорів по конкретному виду страхування, по страхових подіях, розрахунок з використанням статистичних таблиць.

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

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

Ведення внутрішньої бухгалтерії. Розрахунок заробітної плати співробітникам компанії: облік власності та інше.

Повна технологія страхування повинна передбачати обробку великих і взаємопов'язаних масивів даних:

договорів страхування і перестрахування: страхових полісів;
брокерських договорів;
документів по заробітній платі страхових представників;
платіжних доручень;
касових ордерів і бухгалтерських проводок; заявна виплата страхового відшкодування; актів прострахові випадки та інше.

Нагромадження обробка інформації проходить в різних підрозділах і службах страхової компанії (бухгалтерії, відділах фінансово-економічному, власників полісів, виплат, перестрахування, кадрів, агентств та інших). Перехід до автоматизованих інформаційних технологій супроводжується зміною характеру та якості управління. Аналітична робота

менеджерів стає головною, формує в них нові пріоритети. Це дозволяє перетворювати інформацію в один з ключових і реально доступних ресурсів компанії, а подальший розвиток автоматизованих інформаційних технологій стає обов'язковим елементом її стратегії розвитку організації.

3. Системи управління відносинами з клієнтами на базі CRM-технологій

Клієнтоорієнтоване управління отримало розповсюдження під аббревіатурою CRM.

CRM (Customer Relationship Management) – управління взаємовідносинами з клієнтами. CRM – це не програмний продукт і не технологія. Це навіть не набір продуктів.

CRM – це стратегія, спрямована на використання передових управлінських та інформаційних технологій, за допомогою яких компанія збирає інформацію про своїх клієнтів на всіх стадіях його життєвого циклу (залучення, утримання, лояльність), видобуває знання і використовує їх в інтересах свого бізнесу шляхом побудови взаємовигідних відносин з ними.

Вхідною інформацією для системи CRM є з одного боку дані, що характеризують клієнта: історія контактів (придбання страхових продуктів, запити на обслуговування, інформаційні запити, скарги і т. д.), його профіль (вік, прибуток тощо), історія придбання страхового покриття (вид страхування, кількість полісів, спосіб плати, наявність заборгованості тощо), а з іншого боку – дані про страхову компанію та її підрозділи продажів (структура продажів, параметри поточного стану бізнесу тощо). Вихідною інформацією є агреговані дані та показники, нові знання, висновки – усе те, що може бути використане для оптимізації роботи компанії в цілому та її окремих працівників.

Нарівні технологій CRM – це набір додатків, пов'язаних єдиною бізнес-логікою й інтегрованих у корпоративне інформаційне середовище компанії на основі єдиної бази даних. Спеціальне програмне забезпечення дозволяє провести автоматизацію відповідних бізнес-процесів в маркетингу, продажів та обслуговуванні. Як результат, компанія може звернутися до «потрібного» клієнта у слушний момент часу, з найбільш ефективною пропозицією і по найбільш зручному для нього каналу.

Збір інформації. Система дозволяє співробітнику страхової компанії зручним способом вводити інформацію про клієнта в базу даних, або ж самому клієнту вводити цю інформацію (наприклад, при реєстрації або покупці поліса через Інтернет). До CRM-систем вводяться всі доступні відомості про клієнта. Враховується й інформація, яка стосується взаємодії клієнт-компанія (мета взаємодії-покупка, отримання інформації; при покупці-опис видів страхування, які купуються, умови страхування, вартість полісів, кількість, мета покупки, вид оплати тощо). Крім того, до систем вводиться особиста інформація клієнта (вік, родинний стан, щорічний прибуток, майно тощо). Всі ці дані оновлюються при кожній взаємодії страхової компанії з клієнтом (особисте відвідування компанії клієнтом, зв'язок через телефон, поштою, факсом або через Інтернет).

Збереження й обробка. Система дозволяє зберігати і ранжувати отриману інформацію відповідно до заданих критеріїв. Причому всі відомості зберігаються в стандартній для страхової компанії формі (звичайно використовується технологія Microsoft SQL Server). Крім того, CRM-система відповідно до заданих параметрів може аналізувати отриману інформацію з метою її наступного експорту.

Експорт інформації. Надання інформації CRM-системою є її головною функцією. Відомості, які зберігаються в системі, можуть знадобитися різними підрозділами у різному вигляді. Наприклад, система CRM на основі екстраполяції історичних даних може визначити, який вид страхування або поліс краще запропонувати певному клієнту. Якщо клієнт постійним покупцем, система нагадає, що йому надається знижка. Нарешті, співробітнику компанії може просто знадобитися інформація про історію контактів клієнта з компанією, і система надасть ці відомості в наглядному вигляді. Також передбачена можливість виводити інформацію як про окремого клієнта, так і про цілову групу (якщо для співробітника відділу продажу цікава інформація про певного клієнта, то відділ маркетингу, швидше цікавлять важливі агреговані дані про певну групу).

Основна ідея управління таким взаємовідносинами-підвищення стійкості та лояльності страхувальників, оскільки чим більш жорсткою конкуренцією на ринку страхових послуг, тим

складніше знайти утримати клієнта, і тим більш затребуваними є такі технології

Метою клієнтоорієнтованої компанії в умовах конкурентної боротьби є налагодження довготривалих відносин як зіснуючими, так і потенційними клієнтами, що дозволить підвищити обсяги продажу страхових продуктів завдяки швидкому та якісному обслуговуванню. У свою чергу, клієнтоорієнтований підхід до організації спрямований на використання передових управлінських та інформаційних технологій, за допомогою яких компанія здатна вибудувати взаємовигідні відносини з клієнтами, запропонувавши кожному з них реальне індивідуальне обслуговування на всіх етапах надання страхового продукту.

Ключові бізнес-завдання, які насамперед вирішує CRM, і які становлять найбільший інтерес для страхового бізнесу представлено на рисунку 4.8.



Рис.4.8. Взаємозв'язок бізнес-завдань, які вирішує CRM з принципами ефективного управління інформаційними потоками страхової компанії*
*складено на основі

Ефективне управління інформаційними потоками повинно базуватися на принципах:

- централізованості, тобто вся інформація про клієнтів має концентруватися в єдиному місці для створення профілю окремого клієнта;
- відкритості – це означає, що профіль клієнта має бути доступним для співробітників компанії;

- достовірності, що означає наявність повної та своєчасної інформації про клієнта;
- актуальності, тобто постійної актуалізації даних щодо клієнта.

Прийнято розрізняти три основні види CRM-системи: операційні, аналітичні та комбіновані.

Операційні CRM-системи призначені для їх використання співробітниками страховика, які безпосередньо взаємодіють із клієнтом. Такі системи частоназивають іншим поколінням технології CRM, оскільки вони виступають «родоначальниками» систем, що вирішували завдання систематизації інформації про клієнтів і автоматизації процесів взаємодії з ними.

Аналітичні CRM-системи є продовженням розвитку операційних, вони покликані об'єднати дані, накопичені при взаємовідносинах з клієнтами та продажах, із інформацією з інших корпоративних джерел. Такі системи, засновані по суті, на логічному пізнанні та виявленні істотної інформації про клієнтів і взаємовідносинах з ними, яка не призначена для безпосередньої роботи з клієнтом. В даному випадку мова йде про здійснення операцій із сегментації клієнтської бази, а також поточного аналізу стану страхового ринку, дослідження зовнішнього і внутрішнього середовища, конкурентного середовища, виконання плану продажів тощо.

Комбіновані CRM-системи являють собою комбінацію операційної та аналітичної CRM. Це дозволяє отримати синергетичний ефект від використання двох різнопланових систем. Так, наприклад, при роботі з різними сегментами клієнтської бази – роздрібним сегментом та корпоративним, корпоративний використовує операційну частину CRM-системи, а роздрібний – аналітичну частину.

Складовими стратегії управління взаємовідносинами з клієнтами є:

- 1) забезпечення комплексного бачення профілю клієнтів страхової компанії;
- 2) утримання прибуткових клієнтів;
- 3) створення економічного підґрунтя для здійснення ефективних продажів страхових продуктів (рис. 4.9).

Зважаючи на зазначене, на нашу думку, клієнтоорієнтоване управління являє собою концепцію побудови бізнесу навколо

своїх клієнтів відповідно до їх вимог та очікувань на основі систематичного формування, розвитку та підтримання взаємовигідних відносин між компанією та клієнтами.

Звичайно, більшість з перерахованих вище складових CRM не мають безпосереднього відношення до сфери фінансової діяльності страховика. Вони, швидше, покликані впливати на соціум, а також на окремих індивідуумів.



Рис. 4.9. Складові стратегії управління взаємовідносинами з клієнтом

Разом з тим кожна з них окремо і в сукупності разом об'єктивно впливають на динаміку клієнтської бази, відповідно на обсяг надходжень страхових премій, формування прибутків, поповнення власного капіталу та, звичайно ж, на підвищення вартості компанії (рис. 4.10).



Рис. 4.10. Взаємозв'язок клієнтоорієнтованості з вартістю страховика

Дотого ж призростання тривалості ділових взаємовідносин із споживачами страхових продуктів розширюється поле для цінових коливань, що призводить до можливості прямого підвищення надходження страхових платежів.

Варто підкреслити, що існує ряд причин, які перешкоджають повноцінному впровадженню систем CRM в практику українських страхових компаній, а саме:

1) недооцінка стратегічної ролі CRM у забезпеченні конкурентоспроможності та підвищенні ефективності діяльності на страховому ринку;

2) неготовність персоналу страховика до зміни принципів роботи з клієнтами;

3) відсутність фінансових можливостей для переоснащення базових інформаційних систем;

4) відсутність чіткої формалізованої методики оцінки та прогнозу ефективності впровадження систем CRM, яка могла б служити надійним інструментом підтримки прийняття рішення про інвестиції в реалізацію проектів.

Питання для самоконтролю:

1. Поясніть сутність поняття «комунікації». Наведіть приклади.

2. Надайте характеристику етапам комунікаційного процесу.

3. Охарактеризуйте аспекти комунікації для оцінки змісту управлінської діяльності.

4. Обґрунтуйте необхідність оперативності інформаційного забезпечення управлінської діяльності в страхових компаніях.

5. Розкрийте підсистеми, об'єкти, функціональні задачі інформаційної системи страхової діяльності.

6. Висвітліть взаємозв'язок бізнес-завдань, які вирішує CRM з принципами ефективного управління інформаційними потоками страхової організації.

7. Окресліть складові стратегії управління взаємовідносинами з клієнтами страхової організації.

ТЕМА 5 – УПРАВЛІННЯ МАРКЕТИНГОВОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ В СТРАХОВОМУ БІЗНЕСІ

Мета: засвоєння здобувачами вищої освіти теоретичних засад управління маркетинговою діяльністю в страховому бізнесі, дізнатись більше про страховий продукт, як елемент страхового маркетингу, а також поглибити свої знання щодо завдань і функцій служби маркетингу страхової компанії.

Ключові

слова: страховий маркетинг, маркетингове дослідження, продуктова стратегія, цінова стратегія, стратегія просування, стратегія збуту (розподілу), маркетингова політика, сегментування ринку.

План:

1. Сутність та складові страхового маркетингу.
2. Страховий продукт, як основний елемент страхового маркетингу.
3. Завдання та функції служби маркетингу страхової компанії.

1. Сутність та складові страхового маркетингу

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

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

Таким чином, **предметом дослідження страхового маркетингу** є попит та пропозиція страхового ринку.

Завдання страхового маркетингу – досягнення найбільш повного використання інституту страхування для задоволення потреб споживачів у страховому захисті та інвестиційних ресурсах.

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

Страховий ринок є особливою сферою економічних відносин, в рамках якої відбувається купівля-продаж специфічного товару – страхової послуги, яка одночасно є і споживчою, і фінансовою.

Тому *метою маркетингу у страхуванні* є задоволення потреби клієнта у страховому захисті.

Метою маркетингу страхування як фінансової послуги є оптимізація руху фінансових ресурсів страховиків та страхувальників.

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

Маркетингова діяльність страхової компанії охоплює:

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

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

Об'єктом маркетингових досліджень в страхуванні є платоспроможний попит на страхові послуги. Маркетинговий комплекс включає всі можливості страхової компанії із здійснення впливу на попит своєї продукції (*Four P*). Ці можливості прийнято ділити на 4 групи: *product, price, place, promotion* (табл..5.1).

Модель „Four P”

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

Головним завданням служби маркетингу страхової компанії є забезпечення вигідних взаємовідносин з цільовими страхувальниками. Маркетологи страхової компанії повинні постійно відслідковувати зміни у маркетинговому середовищі, стежити за новими тенденціями та вишукувати сприятливі можливості для страхової діяльності.

Маркетинговесередовищестраховоїкомпанії– цесукупністьсуб’єктиві сил,якідіютьвсерединітаза межамистраховогоринкута впливаютьна розвиток страхової компанії.

Головнимзавданнямслужбимаркетингу страховоїкомпанії–є забезпечення вигідних взаємовідносин з цільовими страхувальниками.

Маркетологистраховоїкомпаніїповинніпостійновідслідковуватизмін у маркетинговомусередовищі,стежитизановимитенденціямита вишукувати сприятливі можливостідля страхової діяльності.

Маркетологиповиннікоригуватитаадаптуватимаркетинговустратегію страховоїкомпаніївідповіднодовимогмаркетингового середовища,як має певнуструктуру (табл.5.2).

Структура маркетингового середовища страхової компанії

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

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

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

Функціями страхового маркетингу є планування, ціноутворення, реклама, організація мережі дистрибуції. Страховик за допомогою інструментів страхового маркетингу досліджує страховий ринок з метою організації діяльності з розробки та реалізації страхових продуктів, які б задовольняли потреби потенційних страховальників та приносили прибуток страховикові.

2. Страховий продукт, як основний елемент страхового маркетингу

Метою страхової діяльності є розробка і реалізація специфічного товару – страхового продукту, який є результатом вкладеної праці.

Страховий продукт, як товар, що продається та купується на страховому ринку, має споживчу та мінову вартість. **Споживча вартість** товару «страховий захист» – це потенційна можливість страховальника отримати страхове відшкодування втрат у результаті настання страхового випадку, що був визначений у

страховому договорі. *Мінова вартість* товару «страховий захист» – це ціна (страховий тариф, страхова премія).

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

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

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

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

Страховий продукт охоплює основні та додаткові послуги. З метою супроводу страхового продукту застосовуються операції трансферу ризику, інвестування тимчасово вільних коштів страховика, страховий консалтинг та ін.

В рамках визначення страхового продукту можна виділити його окремі рівні:

базовий страховий продукт, який ідентичний для багатьох страхових компаній в рамках одного виду страхування та включає істотні умови договору страхування;

додаткові послуги, які слугують індикатором маркетингової стратегії компанії та дають змогу позиціонувати страховий продукт на ринку як інноваційний;

супровід страхового продукту, який охоплює операції виявлення потреб клієнта у страхуванні, трансферу ризику, оформлення договору страхування, урегулювання збитків тощо.

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

- **послуги з управління страховим фондом**, які включають ведення фахівцями страховика договорів страхування, урегулювання збитків, виплату страхового відшкодування (страхова діяльність);

- **послуги з інвестування резервів** з довгострокових видів страхування з метою одержання інвестиційного доходу (інвестиційна діяльність);

- **додаткові послуги**, що надаються в рамках страхових програм та не заборонені законодавством (експерті, консалтингові, управління ризиками тощо).

3. Завдання та функції служби маркетингу страхової компанії

Страховий маркетинг поділяється на: **стратегічний та оперативний (тактичний)** маркетинг.

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

Основною функцією оперативного маркетингу є практична реалізація розробок стратегічного маркетингу у місцях реалізації шляхом забезпечення рекламних заходів та активізації споживчої поведінки потенційних страхувальників.

До інших його функцій відноситься: аналіз мікрооточення страхової компанії з метою аналізу внутрішньої структури в контексті адаптації до ринкових умов; оптимізація організаційної структури компанії та окремих бізнес-процесів; становлення та підтримка корпоративної культури.

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

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

Демографічний аспект. Прогнозування основних демографічних тенденцій, які представляють можливості та погрози для страхової компанії.

Економічний аспект. Прогнозування впливу на страхову компанію майбутніх тенденцій зміни доходів, цін, заощаджень та умов кредитування.

Екологічний аспект. Прогнозування зміни вартості та доступності природних ресурсів і енергії.

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

Політичний аспект. Прогнозування розвитку законодавства та впливу законів, що пропонуються до прийняття, на стратегію компанії.

Культурний аспект. Прогнозування змін у стилі життя страхувальників, котрі матимуть вплив на зміну ставлення населення до діяльності та послуг компанії.

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

Ринки. Стан та тенденції розвитку ринку страхування, темпи його зростання, географічного розподілу, сегментації та прибутковості.

Споживачі. Як страхувальники оцінюють якість полісу, обслуговування та ціни, що пропонуються страховою компанією? Яким чином вони приймають рішення про придбання полісу? Вивчення покупців (клієнтів страхової компанії), тобто вивчення попиту є важливою задачею аналізу безпосереднього оточення. Окремо аналізуються традиційні послуги та унікальні страхові послуги.

Постачальники. Аналіз постачальників дає змогу страховій компанії надавати послуги найвищої якості з найнижчими витратами, забезпечити найбільш ефективний розподіл цих ресурсів.

Конкуренти. Хто основні конкуренти? Які в них стратегії, частки ринку, сильні та слабкі сторони? Вивчення конкурентів направлене на те, щоб виявити їх слабкі та сильні сторони і на цій основі побудувати стратегію конкурентної боротьби. для страхової

компанії, яка здійснює страхування життя, конкурентами, крім страхових компаній є і недержавні пенсійні фонди та банки, які мають право надавати аналогічні послуги із довгострокового накопичення коштів фізичних осіб.

Канали збуту. Стан і тенденції зміни ефективності основних каналів збуту. Оцінка витрат та ефективність використання різних каналів збуту: через представництва, через страхових брокерів, через інших посередників.

Перестраховики. Які тенденції мають вплив на перестраховиків? Які перспективи доступності ресурсів для перестраховування? Важливим завданням є оцінка надійності перестраховиків, а також практики відшкодування ними страхових збитків іншим страховим компаніям.

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

Робоча сила. Аналіз ринку робочої сили спрямований на те, щоб виявити його потенційні можливості в забезпеченні страхової компанії необхідними для вирішення поставлених завдань кадрами. Оцінити перспективи залучення нових кадрів для впровадження нових страхових проектів.

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

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

- виявлення ступеню орієнтованості цілей страхової компанії на ринку та розробка пропозицій щодо їх коригування;

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

Контрольні питання:

1. Охарактеризуйте основні типи організаційних структур управління страхової компанії.
2. В чому полягає різниця між стратегічним та оперативним управлінням? 3. Назвіть основні підходи до визначення стратегії бізнесу.
4. Назвіть функції стратегічного менеджменту страхової діяльності.
5. Сформулюйте завдання стратегічного фінансового аналізу.
6. Вкажіть, які ключові показники необхідно використовувати у стратегічному фінансовому аналізі страхової компанії.
7. Сформулюйте основні етапи формування фінансової стратегії страхової компанії.

ТЕМА 6 - УПРАВЛІННЯ ВІДБОРОМ РИЗИКІВ НА СТРАХУВАННЯ

Мета: засвоїти здобувачами вищої освіти знання про управління відбором ринків страхування, дізнатись про менеджмент ризиків страхувальної діяльності, його мету і зміст. Поглибити свої знання про особливості ідентифікації й оцінювання ризиків страхової діяльності.

Ключові поняття: ризик, страхова подія, функції ризику, критерії ризиків, імовірність, класифікація ризиків, оцінювання ризиків, управління ризиками

План:

1. Поняття менеджменту ризиків страхової діяльності, його мета і зміст.
2. Особливості ідентифікації й оцінювання ризиків страхової діяльності.
3. Організаційно-технічні та фінансово-договірні способи управління ризиками.

1. Поняття менеджменту ризиків страхової діяльності, його мета і зміст

Управління ризиком (менеджмент ризику) – це дії, спрямовані на обмеження або мінімізацію ризику в системі економічних відносин. Мета ризик-менеджменту – одержання прибутку при оптимальному співвідношенні прибутку і ризику.

Під **стратегією управління ризиком** розуміють напрям і спосіб використання засобів для досягнення поставленої мети, яка, в свою чергу, потребує нової стратегії. У стратегії ризик-менеджменту застосовують такі правила:

1. Правило максимуму виграшу полягає у тому, що з можливих варіантів ризикових вкладень грошей обирається варіант, який дає найбільшу ефективність результату при мінімальному або прийнятному ризику.

2. Правило оптимальної імовірності результату полягає у тому, що з можливих рішень обирається таке, при якому імовірність результату прийнятна для інвестора.

3. Правило оптимального коливання результату у практиці застосування поєднується з правилом оптимальної імовірності результату.

Коливання показників виражається їх дисперсією, середнім квадратичним відхиленням. З можливих рішень обирається те, при якому імовірність виграшу та програшу для одного і того ж ризикового вкладення капіталу має невеликий розрив, тобто найменшу величину дисперсії, середнього квадратичного відхилення, варіації.

В економічних розрахунках встановлена така оцінка значення коефіцієнту варіації:

- до 10% – слабкі коливання;
- 10-25% – помірні коливання;
- понад 25% – високі коливання.

4. Правило оптимального поєднання виграшу та величини ризику полягає у тому, що менеджер оцінює очікувані величини виграшу та ризику, ухвалюючи рішення вкласти гроші у той проект, який дає змогу одержати очікуваний результат і одночасно уникнути великого ризику.

Тактика управління ризиком – це конкретні методи і прийоми для досягнення поставленої мети в конкретних умовах. Завдання тактики управління – вибір найбільш оптимального рішення і найбільш прийнятних в даній ситуації методів і прийомів управління.

До функцій фінансового менеджера в ризик - менеджменті відносяться

Прогнозування – розробка на перспективу змін фінансового стану підприємства. Особливістю прогнозування є альтернативність у побудові фінансових показників, яка визначає різноманітні варіанти розвитку фінансового стану об'єкта управління на основі окремих тенденцій.

Організація ризик-менеджменту – об'єднання людей, які спільно реалізують програму ризикового вкладення грошей на основі визначених правил.

Регулювання – процес впливу на об'єкт управління з метою усунення відхилень, що виникли.

Координація – узгодженість взаємодії всіх ланок системи управління ризиком.

Стимулювання – спонукання фахівців до зацікавленості у результатах своєї праці.

Контроль – перевірка організації роботи щодо зменшення ступеня ризику.

2. Особливості ідентифікації й оцінювання ризиків страхової діяльності.

Ризик – це імовірність будь-якої події, яка носить об'єктивний характер і настання якої може призвести до збитків або до отримання прибутку. При настанні цієї події можливі три варіанти економічного результату:

- негативний (збиток);
- нульовий;
- позитивний (виграш, прибуток, вигода).

Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Існують певні критерії, що дозволяють відносити ризики до страхових:

1. Ризик, що включається в обсяг відповідальності страховика має бути відшкодований.

2. Ризик має носити випадковий характер.

3. Імовірність настання даного ризику слід співвідносити з масою однорідних ризиків.

4. Настання страхового випадку, яке виражається в реалізації ризику не має бути пов'язано із волевиявленням, спекуляціями страхувальника або інших зацікавлених осіб, тобто не можна приймати на страхування ризики, що пов'язані з наміром страхувальника (спекулятивні ризики).

5. Факт настання страхового випадку невідомий у часі та у просторі.

6. Страхова подія не повинна мати розмірів катастрофічного лиха, тобто не повинна охоплювати велику масу однорідних об'єктів у рамках величезної страхової сукупності, спричинюючи масові збитки.

7. Наслідки реалізації ризику мають бути такими, що об'єктивно вимірюються та оцінюються.

Оцінка ризиків здійснюється за допомогою актуарних розрахунків, в яких застосовуються математичні і статистичні методи. Для оцінки ризиків у страховій практиці застосовуються різні методи. Найбільш поширеними є метод індивідуальних оцінок, метод середніх величин і метод процентів.

Метод індивідуальних оцінок застосовується лише по відношенню до ризиків, які не можна співвіднести із середнім

типом ризику. Страховик здійснює довільну оцінку, що відображає його професійний досвід та суб'єктивний погляд.

Для *методу середніх величин* застосовують розподіл ризикових груп на підгрупи. Таким чином створюється аналітична база для визначення розміру за ризиковими ознаками, такими як балансова вартість об'єкту страхування, виробничі потужності, вид виробничого циклу.

Метод процентів являє собою сукупність знижок та надбавок до наявної аналітичної бази, які залежать від можливих як позитивних, так і негативних відхилень від середнього ризикового типу. Знижки та надбавки, що використовуються, визначаються у відсотках від середнього ризикового типу.

3. Організаційно-технічні та фінансово-договірні способи управління ризиками.

Виділяють організаційно - технічні та фінансово - договірні методи управління ризиками.

Організаційно - технічні методи управління ризиками передбачають використання способів *запобігання ризикам та скорочення ризиків*.

Запобігання ризику полягає в ухиленні від заходів, пов'язаних з ризиком.

Скорочення ризиків спрямоване на зменшення імовірності настання збитків або розміру їх наслідків. З цією метою використовуються:

Організаційні способи (поділ, об'єднання, диверсифікація):

Поділ ризиків (сегрегація) здійснюється за рахунок поділу активів підприємницької фірми. Суть його полягає в скороченні максимально можливих втрат протягом однієї події. При цьому зростає кількість випадків ризику, які необхідно контролювати. Активи можна поділити шляхом їх фізичного поділу та шляхом поділу власності.

Об'єднання ризику (комбінація). Можливий ризик ділиться між декількома суб'єктами господарської діяльності. Об'єднання зусиль робить збитки більш передбаченими, оскільки вони перебувають під контролем однієї фірми. Комбінація ризиків може відбуватися шляхом збільшення розмірів підприємства (зростання активів, поява додаткових видів діяльності) та шляхом злиття кількох фірм, створення спільних підприємств тощо.

Диверсифікація – поділ активів (інвестицій) із наступним об'єднанням ризиків. Це розподіл капіталовкладень між різноманітними видами діяльності, безпосередньо не пов'язаними між собою. Якщо в результаті непередбачених подій один вид діяльності буде збитковим, інший усе ж приносить прибуток.

Технічні способи включають процедурні і технічні засоби. Процедурні засоби: планування і підготовка виробничих потужностей, що дублюють основні, планування заходів на випадок аварій, ліквідація слабких структурних місць. Технічні засоби допомагають зменшити можливість і ступінь дій багатьох ризиків.

Фінансово - договірні методи управління ризиками включають:

Самостійне протистояння ризику:

Створення спеціального внутрішнього фонду (фонду самострахування). доцільно, щоб вартість майна, яке страхується, була відносно невелика в порівнянні з фінансовими параметрами бізнесу або імовірність збитків мала. Страховий резервний фонд не втягується в оборот і не приносить прибутку.

Організація галузевої (кептивної) страхової компанії. Доцільна для великих підприємств. Кептивна страхова компанія безпосередньо здійснює управління створеним страховим фондом.

Фінансування ризику з поточного бюджету компанії. Проводиться при незапланованому прийнятті ризику на себе. Якщо є збитки, то відбувається скорочення розміру прибутку.

Передача ризику від однієї особи іншій здійснюється при оформленні контрактів таких типів:

- будівельний – усі ризики, пов'язані з будівництвом, бере на себе будівельна фірма;
- орендний (лізинговий) – частина ризиків передається орендареві або лізингоодержувачу (ризик випадкової загибелі, псування майна);
- зберігання і перевезення вантажу – транспортній компанії передаються ризики, пов'язані з випадковою або з вини компанії загибеллю чи псуванням продукції;
- продажу, обслуговування, постачання – споживач, купуючи товар або послуги, передає ризики, пов'язані з його експлуатацією, виробнику або дистриб'ютору на період гарантії;

- поручительств – поручитель надає гарантії кредитору про те, що борг принципала буде повернуто незалежно від успішності його діяльності, при цьому частка ризику, яку принципал не зможе покрити власними коштами, переноситься на поручителя;
- факторингу – факторинг дає змогу фірмі, що передає свої боргові зобов'язання посереднику, забезпечити гарантію на одержання всіх платежів, зменшуючи таким чином кредитний ризик підприємства;
- біржовий – мінімізація ризиків постачання здійснюється за рахунок передачі ризику шляхом придбання опціонів на купівлю товарів і послуг, ціна яких у майбутньому збільшиться; укладання ф'ючерсних контрактів на закупівлю товарів, що зростають у ціні.

Страховання ризику відносять до методу передачі ризику за допомогою договору страхування. Страхова компанія приймає на себе частину ризику страхувальника і тим самим забезпечує його страховим захистом на період дії договору страхування. Але при цьому страховий захист здійснюється лише в межах договору страхування.

Питання для самоконтролю:

1. Вчому полягає сутність, мета і зміст поняття «менеджмент ризиків страхової діяльності»?
2. Дати визначення терміну «ризик». Які функції він виконує?
3. Як можна ідентифікувати та оцінити ризики страхової діяльності?
4. Дайте класифікацію ризиків страхової діяльності та охарактеризуйте їх.
5. Назвіть методи та етапи управління ризиком.

ТЕМА 7 – УРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ПРЕТЕНЗІЙ

Мета: засвоїти знання про врегулювання страхових претензій, дізнатись про процедуру та етапи врегулювання страхових претензій.

Ключові поняття: страхова діяльність, страхові претензії, етапи урегулювання вимог страхувальника, страхувальник.

План:

1. Служба урегулювання претензій: завдання та місце в страховій компанії.
2. Процедура та етапи урегулювання страхових претензій.
3. Урегулювання вимог страхувальника щодо страхового відшкодування шкоди.
4. Порядок урегулювання вимог страхувальника щодо здійснення страхових виплат та страхового відшкодування збитків.

1. Служба урегулювання претензій: завдання та місце в страховій компанії

Страхова

діяльність безпосередньо пов'язана з ризиком, який реалізується, в тому числі, і у вигляді збитків. Тому процес урегулювання збитків та здійснення страхових виплат є чинною найважливішою функцією у діяльності страхової компанії.

Великі страхові компанії мають окремі служби (підрозділи) з врегулювання претензій/збитків. У деяких випадках фахівці з урегулювання збитків працюють в рамках профільних служб з продажу страхових продуктів, у деяких - звиконання зобов'язань.

Організаційна структура та функції відділу з врегулювання претензій представлена на рис. 7.1.

Досклад служби по врегулюванню страхових претензій повинні входити:

- фахівці, які фіксують заяву про настання страхового випадку та планують подальшу роботу по врегулюванню страхових претензій;
- особи, які виконують функції аварійних комісарів (можуть бути сертифіковані аварійні комісари), які після отримання повідомлення про страховий випадок повинні провести первинне розслідування його обставин, зібрати необхідну інформацію для

подальшого більш глибокого розслідування, орієнтовно визначити суму збитку;

– юристи-убагатьохвипадкахвженапочатковійстадії розслідуваннястраховоїпретензіївиникаютьсуперечкиміж страховикомістрахувальникомщодовіднесеннятієїчиіншої подіїдостраховоговипадку,отже,наявністькваліфікованого юриста є обов'язковим;

– фахівціінформаційнихтехнологій-розслідування страховоїпретензіїнеможливобезвикористаннясучасних інформаційних технологій. Крім цього обов'язковим є накопичення масиву інформації з претензійної роботи і формування внутрішніх пошукових систем.



Рис. 7.1. Місце відділу з врегулювання претензій в структурі страхової компанії та його функції*

Служба врегулювання страхових претензій повинна співпрацювати зі структурними підрозділами страхової компанії, які займаються управлінням грошима. Так, при отриманні інформації про настання страхового випадку від служби врегулювання страхових претензій фінансові служби повинні зарезервувати гроші для страхових виплат в обсязі не менше страхової суми, зазначеної в договорі страхування.

Служба з врегулювання страхових претензій компанії має підпорядковуватися вищому керівництву і звітувати за

результатами своєї роботи. Уся діяльність страхової компанії з врегулювання страхових претензій має документуватися.

Підрозділ повинен бути забезпечений високоякісними інформаційно-технологічними системами та цілодобовим диспетчерським пунктом. Організація управління претензій потребує відвищого керівництва страхової компанії уваги та оперативних рішень щодо потреби цього підрозділу, особливої компетенції (спеціальних знань) співробітників компанії, що займаються врегулюванням.

Діяльність підрозділу врегулювання претензій повинна бути високоорганізованою, високотехнічно забезпеченою, інтелектуально та психологічно підготовленою.

Метою створення таких служб є проведення якісних розслідувань обставин настання страхових випадків, визначення винних осіб, встановлення величини отриманих збитків (рис. 7.2). Виходячи з цілей створення підрозділу до завдань його діяльності належать:

- перевірка заяв страховальників про настання страхових випадків;

- оцінювання причин настання страхового випадку і достовірності поданих фактів (у випадку виникнення підозри про фальсифікацію страхового випадку справа страховальника передається до служби безпеки страхової компанії);

- вивчення страхових актів (сертифікатів) щодо правильності їх формального заповнення, опитування свідків страхових випадків і фіксація результатів такого опитування у відповідних документах;

- співпраця з державними органами щодо обставин настання страхового випадку;



Рис. 7.2. Цілі та завдання створення і діяльності підрозділу з врегулювання претензій*

– оцінювання завдань страховим випадком збитків (це завдання може виконуватися безпосередньо експертами страховика або сторонніми особами); співпраця з державними органами щодо обставин настання страхового випадку; визначення частки майна, яке не постраждало від страхового випадку й оцінювання можливостей його реалізації;

– визначення частки майна, яке не постраждало від страхового випадку та оцінка можливостей його реалізації;

– встановлення винних осіб у настанні страхового випадку і якщо це є можливим, оформлення регресних позовів.

Основною проблемою у діяльності такого підрозділу є необхідність поєднання протилежних цілей: мінімізація витрат страхової компанії та максимальне задоволення законних вимог страхувальників щодо відшкодування збитків.

Створення штучних перешкод для страхувальників у процесі розгляду претензій та здійснення страхового відшкодування, до вільного тлумачення нормативних документів та договорів страхування, неналежне та не якісне виконання своїх обов'язків перед страхувальниками в результаті призводить до втрати ідентифікації компанії та зменшення кількості страх договорів.

Вирішення такої дилеми завжди стоїть перед працівниками підрозділу з регулювання претензій. І від того яким чином вони поєднують інтереси компанії та страхувальників, значною мірою залежить успішне функціонування страховика в цілому.

При організації роботи підрозділу із регулювання претензій доцільно дотримуватися таких вимог.

- підрозділ має бути безпосередньо підконтрольний лише керівнику страхової компанії;

- підрозділ своєї діяльності не повинен жодним чином залежати від підрозділів, що здійснюють продаж страхових продуктів;

- фахівці даного підрозділу мають бути висококваліфікованими, бажано досвідом роботи у сфері захисту інтересів страхових компаній в судових спорах.

На фахівців з регулювання претензій покладається ряд зобов'язань. Зокрема, фахівець зобов'язаний.

- вести та поновлювати електронну базу даних з регулювання збитків.

- приймати повідомлення та заяви про страхові випадки від клієнтів.

- приймати документи по страховому випадку (одночасно здійснювати перевірку правильності і повноту заповнення документів).

- пояснювати клієнтові його права, обов'язки подальші дії.

- надавати клієнтові допомогу при оформленні первинних документів.

- визначати можливість страхового шахрайства, вживати заходів щодо його уникнення.

- видавати запити в органи даї-дпс для отримання довідок для страховиків.

- видавати бланки довідок.

- оцінювати пошкодження майна з метою визначення вартості його відновлення для регулювання страхових претензій.

- організувати проведення незалежної експертизи.

- готувати страхові документи з вказанням точної або приблизної вартості відновлювальних робіт і давати свої рекомендації.

- здійснювати вчасне оформлення та доставку повного пакету документів по страховому випадку в страхову компанію.

- відслідковувати терміни виконання зобов'язань сторін в процесі відшкодування збитків, вживати заходів по їх пришвидшенню.

–сприяти задоволенню вимог та швидшій виплаті відшкодування потерпілій стороні.

–розглядати претензії страховиків, страхувальників та зацікавлених сторін.

–забезпечувати посередництво привзаємодії страховиків та страхувальників та регулювати таку взаємодію.

–проводити роботу по виявленню та обліку потенційних страхувальників і об'єктів страхування, розширювати клієнтську базу страхової компанії.

–фіксувати виїзди та звернення по страхових випадках.

–надавати клієнтам необхідні та вичерпні пояснення щодо страхових продуктів, умов договорів страхування та порядку дій при настанні страхових випадків.

–надавати консультації з питань страхування, вести роз'яснювальну та агітаційну роботу.

–готувати страхові документи з вказанням точної або приблизної вартості відновлювальних робіт і давати свої рекомендації.

–здійснювати операції по укладенню договорів страхування.

–вивчати регіональні умови та попит на певні види страхових послуг.

–вивчати нові види страхових послуг та перспективи їх розвитку з метою застосування їх у власній практиці.

–укладати договори (поліса) страхування в межах наданих повноважень.

–приймати страхові платежі від страхувальників, якщо це передбачено наданими повноваженнями, забезпечувати належне оформлення такого прийняття своєчасність здачі в відділ обліку та звітності.

–приймати та опрацьовувати претензії страхувальників по спірних питаннях розрахунку страхових тарифів.

–проводити контроль за надходженням страхових платежів.

–відслідковувати своєчасно поновлювати договори страхування.

–забезпечувати правильність і точність розрахунку страхових тарифів та платежів.

–надавати інформацію для відділу супроводу про особливі умови укладання договорів страхування.

За результатами проведеної роботи у зазначених напрямках службаврегулювання страхових претензій формує висновок про доцільність (недоцільність) проведення страхової виплати страховиком. Рішення про відмову у виплаті подається в письмовому вигляді страхувальнику і може бути оскаржене ним у судовому порядку.

2. Процедура етапів регулювання страхових претензій

Під виникненням страхової претензії слід розуміти ситуацію, при якій страхова компанія отримала повідомлення від страхувальника про настання страхового випадку, орієнтовну суму збитків та обставини події, які відбулися.

Страхова претензія – вимога страхувальника (вигодонабувача) про відшкодування страховиком збитку, спричиненого випадком, що передбачає перелік страхових подій у договорі страхування.

Основні принципи процесу регулювання претензій представлено на рис. 7.3

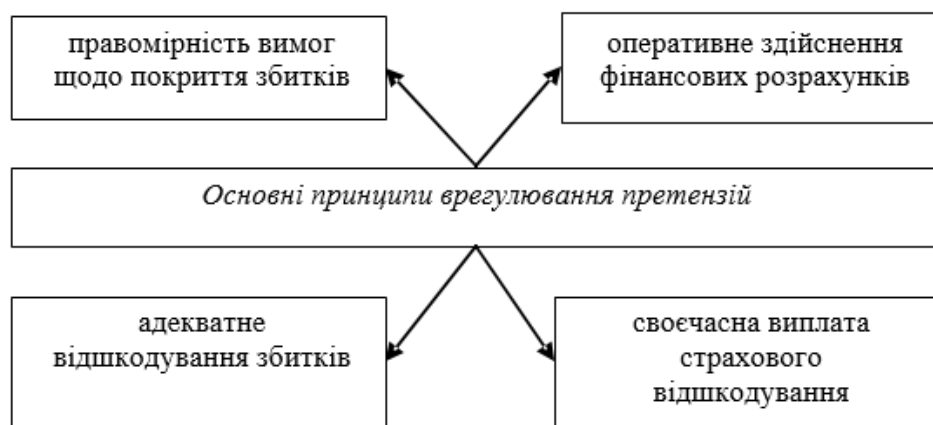


Рис. 7.3. Основні принципи врегулювання претензій*

Процес врегулювання претензій складається з низки кроків (етапів), основні з яких наведено на рис. 7.4.

Повідомлення про страхову подію. Страхова компанія повинна забезпечити страхувальника необхідною інформацією про канали оперативного зв'язку для повідомлення. Доцільно мати телефонний номер, який оплачується зарахунок страхової компанії і був у розпорядженні страхувальників цілодобово.

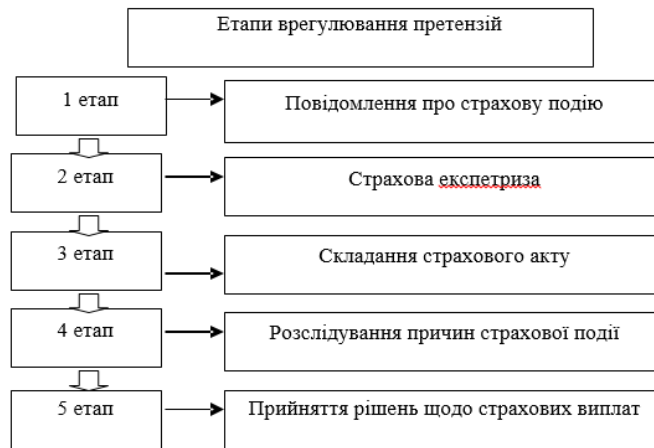


Рис. 7.4. Етапи врегулювання претензій*

Страхова експертиза – це досудове розслідування всіх обставин страхового випадку, виходячи із специфіки конкретного виду страхування, що має на меті дати його чітку характеристику.

Процес врегулювання страхового претензії починається з отримання страховиком заяви про настання страхового випадку, після чого обов'язком страховика є встановлення причини настання страхового випадку, винних осіб, обсягу збитків, тобто виникає необхідність у проведенні якісного і всебічного розслідування.

До складу основних документів розслідування страхових претензій повинні входити:

– заява страхувальника про настання страхового випадку (до заяви має додаватися опис отриманих втрат, обставини настання страхового випадку, можуть додаватися матеріали фото чи відео з місця події). У заяві обов'язково зазначаються обставини страхового випадку та об'єкт який постраждав.

Прийняття такої заяви страховиком не означає автоматичного проведення страхової виплати. Ціліше початковим етапом врегулювання страхового претензії;

– договір страхування (важливо, щоб договір діяв на момент події, що призвела до виникнення втрат);

– аварійний акт (сертифікат), складений представником страховика або аварійним комісаром, що складається в трудових відносинах зі страховою компанією (документ повинен містити інформацію про обставини страхового випадку та оцінку суми збитку, але без погляду не потерпілого, а з точки зору представника страхової компанії);

– матеріали по оцінці втрат (до таких матеріалів відносяться довідки, видані медичними органами про шкоду, заподіяну здоров'ю, працездатності третьої особи, оцінка майнових втрат, видана професійними оцінювачами);

- інші допоміжні матеріали (відео та фотозйомка, проведена представниками страхової компанії, інформація надана свідками події, довідки державних органів у разі необхідності, інші матеріали.

Страхові компанії можуть здійснювати страхову експертизу самостійно, або залучати незалежних фахівців, до яких належать аварійні комісари, сюрвейєри, аджастеритан.

Страхова експертиза передуює процесу складання страхового акту.

Страховий акт — документ, що містить вичерпну інформацію про страховий випадок. Складається працівниками страхової компанії або уповноваженим нею особою при огляді ушкодженого майна і містить у собі опис ушкодженого майна, а також перерахування причин, які призвели до настання страхового випадку.

При необхідності страховик запитує відомості, пов'язані зі страховим випадком, у правоохоронних органів, медичних установ і організацій, що розташовують інформацію про обставини страхового випадку. Він також вправ самостійно з'ясувати причини і обставини страхового випадку. Практично всі страхові компанії розробляють свої типові форми страхових актів.

Розслідування причин страхової події. Страхова компанія може проводити розслідування власними силами, а в разі необхідності може залучати осіб з боку (аварійних комісарів, професійних оцінювачів, спеціалізованих юристів і т. д.).

Законодавство відзначає, що в разі необхідності страховик (атакож Моторне (транспортне) страхове бюро України (МТСБУ)) може робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банки, медичні установи та інші підприємства, установи та організації, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також можуть самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.

Підприємства, установи та організації зобов'язані надсилати відповіді страховикам та МТСБУ на запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, у тому числі й дані,

що є комерційною таємницею. При цьому страховик та МТСБУ несуть відповідальність за їх розголошення в будь-якій формі, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

Для забезпечення оптимального співвідношення «страховий платіж–страхова виплата» доцільно при оцінці наслідків страхової події залучати незалежних експертів, які мають належну кваліфікацію та відповідні ліцензії. Наявність висновку незалежного експерта дає змогу страховій компанії та страхувальнику на паритетних засадах регулювати питання розміру страхової виплати. При виникненні конфліктних ситуацій висновок незалежного експерта є підставою для об'єктивного рішення спору у судовому порядку.

Розслідуючи страховий випадок, фахівці страхової компанії перш за все повинні переконатися в тому, що:

- 1) На момент страхової події договір страхування діяв.
- 2) Особа, яка подає заяву про виплату, дійсно є страхувальником або його представником.
- 3) Зазначений об'єкт був дійсно застрахований.
- 4) Подія, що трапилася, входить до переліку страхових випадків за договором.
- 5) Страхувальник прийняв розумні доцільні заходи, спрямовані на зменшення збитків.
- 6) За цим страховим випадком відсутня можливість застосувати визначені договором страхування винятки та обмеження (наприклад, що ускладні застрахованого майна немає предметів, які залишилися неушкодженими або пошкодженими частково і таких, на які непоширюється страхове покриття).
- 7) Місце знаходження застрахованого об'єкта відповідає місцю, зазначеному в договорі страхування.
- 8) Страхувальник виконав умову про неприпустимість змінювати картину збитків.
- 9) Страхувальник своєчасно повідомив про страховий випадок компетентні органи (міліцію, службу пожежного нагляду, орган метрологічної служби і т.д.), і вони підтверджують факт настання такого випадку.
- 10) При поводженні з застрахованим об'єктом страхувальник (його персонал, члени сім'ї) дотримувався встановлених задалегідь правил техніки безпеки.

11) Не існує осіб, зацікавлених в страхуванні цього об'єкта з метою отримання страхового відшкодування, або осіб, винних у заподіянні збитків, до яких можна застосувати право страховика на суброгацію.

За підсумками цього розслідування (воно може проводитися з різних напрямків в залежності від виду страхування) страховик вирішує питання про здійснення страхової виплати.

Прийняття рішення щодо страхових виплат. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті не повинне перевищувати розумний часовий інтервал, який необхідний для оцінки обставин страхової події. З іншого боку, не слід безпідставно прискорювати процес здійснення страхових виплат, якщо немає впевненості у дотриманні всіх необхідних процедур.

У зарубіжній практиці страхова компанія в процесі урегулювання претензій надає сервісну допомогу страхувальникам при настанні страхової події. Це, наприклад, надання тимчасово користування житла, транспортних засобів до моменту повної ліквідації збитку.

В Україні побутовий та технічний асистанс розвинутий дуже слабо. Окремі страхові компанії для стимулювання клієнтів надають ряд послуг допоміжного характеру за рахунок власних коштів (оплата експертної оцінки страхового випадку, безоплатна допомога за придбання речей першої необхідності тощо). При проведенні роботи по урегулюванню страхових претензій необхідно враховувати, що така робота часто може бути складною, вимагає значних витрат коштів і часу. У зв'язку з цим існує практика встановлення лімітів на суми виплат.

Встановлення ліміту передбачає непроведення детального розслідування випадку, якщо заявлене сумарне відшкодування не перевищує суми ліміту. Встановлення таких лімітів дозволяє істотно економити кошти, хоча певною мірою ісприяє поширенню такого явища як шахрайство в незначних обсягах.

Після врегулювання страхової претензії, проведення всіх необхідних дій, здійснюється страхова виплата. Вона може бути здійснена одноразово (в переважній більшості випадків), або в кілька етапів (якщо мовайде про великі страхові суми і в розрахунках беруть участь перестраховальні компанії).

Відносини сторін в процесі здійснення страхової виплати в значній мірі врегульовані Законом України «Про страхування».

Основна термінологія та порядок страхових виплат регламентована статтями 8 та 9 Закону України «Про страхування».

Зокрема, під *страховим випадком* розуміється подія, передбачена договором страхування або законодавством, яка відбулася із настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) страхувальнику, застрахованій або іншій третій особі.

Страхова сума - грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провестип виплату при настанні страхового випадку.

Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

Крім того, законодавством передбачено, що страхові виплати за договором страхування життя здійснюються в розмірі страхової суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат обумовлених умов договору страхування сум (ануїтету).

Розмір страхової суми та (або) розмір страхових виплат визначаються за домовленістю між страховиком та страхувальником під час укладання договору страхування або внесення змін до договору страхування, або у випадках, передбачених чинним законодавством.

Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, договору страхування цілому.

Страхова сума не встановлюється для страхового випадку, у разі настання якого здійснюються регулярні, послідовні страхові виплати у вигляді ануїтету.

Зазначена у договорі страхування життя величина інвестиційного доходу не повинна перевищувати чотирьох відсотків річних.

Договором страхування життя обов'язково передбачається збільшення розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються страховиком один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів із страхування життя за вирахування витрат страховика на ведення справи у розмірі до

15 відсотків отриманого інвестиційного доходу та обов'язкового відрахування математичні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає розміру інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу за цим договором страхування та у разі індексації розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат за офіційним індексом інфляції, відрахування в математичні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає такій індексації.

Договором страхування життя також може бути передбачено збільшення розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються страховиком один раз на рік за іншими фінансовими результатами його діяльності (участь у прибутках страховика). Прийняті страховиком додаткові страхові зобов'язання повідомляються страхувальнику письмово і не можуть бути у подальшому зменшені в односторонньому порядку.

У разі несплати страхувальником чергового страхового внеску в розмірі та строки, передбачені правилами та договором страхування життя, таким договором може бути передбачено право страховика в односторонньому порядку зменшити (редукувати) розмір страхової суми та (або) страхових виплат. Договором страхування життя може бути передбачено індексацію (зміну) за офіційним індексом інфляції розміру страхової суми та (або) страхових виплат протягом дії договору страхування життя за умов відповідної індексації (зміни) розміру страхового платежу (страхового внеску, страхової премії). Порядок та умови індексації визначаються правилами та договором страхування.

Страхові виплати за договорами особистого страхування здійснюються незалежно від суми, яку має тримати держувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачено як відшкодування збитків.

Розмір страхової суми визначається договором страхування або чинним законодавством під час укладання договору страхування чи зміни договору страхування. У разі якщо при настанні страхового випадку передбачаються послідовні довічні страхові виплати, угодою страхування визначаються розміри

таких послідовних довічних страхових виплат, а страховасума по цих випадках не встановлюється.

Але незважаючи на законодавче врегулювання, спірних питань при проведенні роботи по врегулюванню страхових претензій виникає досить багато, в ряді випадків можуть виникати ситуації, коли страхове законодавство є неузгодженим з іншими законодавчими і нормативними актами.

3. Врегулювання вимог страхувальника щодо страхового відшкодування шкоди

При настанні страхового випадку відповідно до лімітів відповідальності страховика відшкодовується оцінена шкода.

Підшкодоуюці цивільному праві розуміють виражений у грошовій формі збиток майну певної особи внаслідок заподіяння шкоди цій особі або невиконання укладеного з цією особою договору.

Страхове відшкодування (Insurance Indemnity) (врегулювання претензій страхувальника в зарубіжній практиці) – це грошова сума, яку страховик виплачує страхувальнику як відшкодування збитків, спричинених страховою подією, передбаченою страховим договором. Страховик, здійснюючи страхове відшкодування, має праворегресного позову до винного у заподіянні збитків.

Порядок і умови здійснення страхових виплат та страхового відшкодування регламентуються ст. 25 Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування»: здійснення страхових виплат і виплата страхового відшкодування проводиться страховиком згідно з договором страхування або законодавством на підставі заяви страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) і страхового акта (аварійного сертифіката), який складається страховиком або уповноваженою ним особою (аварійним комісаром) у формі, що визначається страховиком.

Розглянемо види страхування, за якими може здійснюватись відшкодування шкоди (рис. 7.5).

Комерційне страхування – різновид підприємницької діяльності, спрямованої на здійснення страхового захисту юридичних та фізичних осіб, яку можуть здійснювати як акціонерні, повні, командитні товариства або товариства з

додатковою відповідальністю, такі державні страхові організації, метою яких є отримання прибутку. Комерційне страхування здійснюється шляхом купівлі-продажу страхових полісів.

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

Система соціального страхування – сукупність інституцій та відносин, що забезпечують захист громадян від соціальних ризиків на засадах платності, солідарності та еквівалентності відшкодування.

Між комерційним (приватним) та загальнодержавним соціальним страхуванням головна відмінність полягає в тому, що в комерційному страхуванні має місце тісний взаємозв'язок між величиною внесків страховальника, рівнем ризику та сумою страхових виплат застрахованому, тоді як у соціальному страхуванні цей зв'язок за формою фінансування надто слабкий, а за формою – сильніший, а єнабагато слабкіший, ніж в умовах комерційного страхування. Пояснюється це тим, що через загальнодержавне соціальне страхування не тільки надаються страхові послуги, а й здійснюють перерозподіл доходів.



Рис. 8.5. Укрупнена класифікація видів страхування, за якими може здійснюватись відшкодування шкоди*

Обов'язкове страхування як у галузі державного соціального страхування, так і в індивідуальному страхуванні зумовлене ризиками, пов'язаними з життям,

втратаю працездатності або звиникненням таких збитків, які не можуть бути відшкодовані окремою особою.

Врегулювання страхових претензій з перестраховиками. Перестраховування було і залишається найбільш важливим

інструментом забезпечення фінансової надійності страхової компанії. Зараз і в майбутньому жодна страхова компанія (навіть найбільша) не може проводити свої операції без перестраховування, оскільки без механізму перестраховування неможливо досягти достатнього розсіювання ризику. Оскільки перестрахова компанія є учасником страхових відносин і матеріально зацікавленою стороною, то вона не може залишатися осторонь процесу регулювання збитків (так само як і при оцінці ризиків при прийнятті їх на страхування).

Основними учасниками процесу перестраховування є цедент - компанія, що віддає ризик в перестраховування, і цесіонарій-компанія, яка приймає ризик у перестраховування.

З точки зору регулювання страхових збитків, цедент очікує від цесіонарія).

– оперативності і злагоженості процесу регулювання збитків, за можливістю мінімальних термінів, в яких перестраховик виплачує перестраховальнику свою частину збитків. Це питання є достатньо важливим, зважаючи на те, що в більшості договорів перестраховування передбачається процедура, за якої прямий страховик проводить розслідування і здійснює страхову виплату сам, після чого передає матеріали до перестрахової компанії і з результатами її оцінки отримує компенсацію. Через такий механізм частовиникає касовий розрив (між здійсненою страховою виплатою і очікуваною компенсацією від перестраховика). Якщо сума страхової виплати є великою, то така ситуація потребуватиме додаткового фінансування; – використання механізму касового збитку, тобто встановленого розміру збитку, за перевищення якого перестраховик зобов'язаний сплатити свою частку страхового відшкодування перестраховальнику раніше, ніж той виплатить страхове відшкодування. Така практика є скоріше винятком, ніж правилом, оскільки це не вигідно перестраховику. Але в ряді випадків укладення угоди такого типу є можливим (особливо якщо перестраховується більша частка ризику)

Приврегулюванні страхових претензій між цесіонарієм та цесіонарієм можуть виникати спірні ситуації. Найбільш вразливим при цьому є цесіонар, оскільки він зобов'язаний зробити страхову виплату навіть у випадках, коли цесіонарій незгоден визначити подію страховим випадком, або зобов'язує (на вмисно чи не на вмисно) розгляд наданих йому документів і розрахунків.

В українській і закордонній практиці виникали ситуації, за яких цесіонар незміг самостійно провестися виплату (як правило, у випадках, коли неправильно обрахована сума власного утримання). В таких ситуаціях можливе проведення декількох фінансових операцій: залучення коштів від акціонерів; отримання банківського кредиту; переуступка права страхової виплати іншому страховику (з відповідною передачею усіх документів, що підтверджують вимогу до цесіонарія).

4. Порядок врегулювання вимог страховальника щодо здійснення страхових виплат та страхового відшкодування збитків

Страховики, що здійснюють страхування життя, зобов'язані вести персоналізований облік договорів страхування життя. За колективними договорами зі страхування життя ведеться персоналізований (індивідуальний) облік за кожною застрахованою особою в електронному та паперовому варіантах. Форма ведення обліку договорів визначається самим страховиком. Через програмне забезпечення інформація має бути захищена від внесення змін чи доповнень після здійснення фінансових операцій. Записи в цих документах здійснюються у хронологічному порядку та зберігаються до кінця дії договору страхування. За умови призупинення чи позакінченні строку дії договору інформація спрямовується до архіву на зберігання.

Реєстр повинен містити відомості про:

- страховальника-фізичну особу (ПІБ; дата народження, адреса, номер ідентифікаційного коду);
- страховальника-юридичну особу (повна назва, адреса, банківські реквізити, код за ЄДРПОУ);
- умови договору страхування;
- сформовані страхові резерви зі страхування життя за кожним договором страхування у валюті, визначеній договором чи законом.

Інформація про укладання, зміну або призупинення дії договору страхування життя має бути внесена до реєстрів протягом п'яти календарних днів з дати їх укладання, зміни чи призупинення.

Внесення змін до страхового договору може бути спричинене:

- смертю страхувальника-громадянина;
- втратою страхувальником-громадянином дієздатності;
- втратою страхувальником прав юридичної особи.

У разі смерті страхувальника-громадянина, який укладав договір майнового страхування, права і обов'язки страхувальника переходять до осіб, які отримали це майно в спадщину.

Страховик або будь-хто зі спадкоємців має право ініціювати переукладення договору страхування. В інших випадках права і обов'язки страхувальника можуть перейти до іншого громадянина чи юридичної особи лише за згодою страховика, якщо інше не передбачено договором страхування.

У разі смерті страхувальника, який укладав договір особистого страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до чинного законодавства покладено обов'язки щодо охорони прав законних інтересів застрахованих.

У разі визнання судом страхувальника-громадянина недієздатним, його права і обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна, а дія договору страхування цивільної відповідальності припиняється з часу втрати ним дієздатності.

У разі визнання судом страхувальника-громадянина обмежено дієздатним він здійснює свої права і обов'язки страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника.

Призупинення дії страхового договору. Дія договору може бути призупинена на будь-якому етапі, якщо це передбачено законодавством, за вимогою або страхувальника, або страховика.

Причиною дострокового припинення дії договору може бути несплата страхувальником платежів у встановлені договором строки. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона з обов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору.

Не може бути достроково призупинено дію договору особового страхування ініціативистраховика, якщо на це немає

згоди страхувальника, за умови, що останній виконує усі умови договору страхування (якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України).

Якщо договір (окрім договору страхування життя) розривається ініціативою страхувальника, то Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування» передбачено два варіанти відповідальності страховика:

а) якщо вимога страхувальника за умовленого порушенням страховиком умов договору, то останній повертає страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю;

б) якщо ця вимога не за умовленого порушенням страховика умов договору, то останній повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, за вилученням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, щоб улічити здійснені за цим договором страхування.

Якщо достроково припиняється дія договору страхування життя, страховик виплачує страхувальнику викупну суму, яка розраховується математично на день припинення дії договору, залежно від періоду, протягом якого діяв договір страхування життя, згідно методики, яка проходить експертизу в Уповноваженому органі, здійснюється актуарієм і невід'ємною частиною правил страхування життя.

Питання для самоконтролю:

1. Охарактеризуйте завдання служби з врегулювання претензій страхової компанії.

2. Надайте характеристику основним принципам врегулювання претензій і збитків страхової компанії.

3. Поясніть категорії «страхова сума», «страховий випадок», «страхова виплата».

4. Обґрунтуйте механізм врегулювання страхових претензій з перестраховиками.

5. Розкрийте зобов'язання фахівця з врегулювання претензій.

6. Висвітліть вимоги нормативних документів щодо створення діяльності підрозділів страхових компаній з врегулювання претензій і збитків за страховими випадками.

7. Окресліть етапи врегулювання претензій страховими компаніями.

ТЕМА 8 – УПРАВЛІННЯ ГРОШОВИМИ ПОТОКАМИ СТРАХОВИКА

Мета: засвоєння здобувачами вищої освіти теоретичних засад управління грошовими потоками страховика, сутність управління процесу розподілу прибутку.

Ключові слова: розподіл прибутку, страховик, фінансові ресурси страхової компанії, фінансовий потік, класифікація фінансового потоку, принципи управління грошовими потоками.

План:

1. Грошовий потік страховика: сутність, особливості і види.
2. Організація управління грошовими потоками.

1. Грошовий потік страховика: сутність, особливості і види

Специфіка фінансів страховика обумовлена особливостями організації його грошового обороту. Грошовий оборот – це економічний процес, що пов'язаний із рухом вартості і супроводжується потоком грошових платежів та розрахунків. Грошовий оборот страхової компанії включає в себе два відносно самостійних грошових потоки: оборот коштів, пов'язаний з організацією страхової справи, і оборот, що забезпечує страховий захист. Останній в свою чергу, складається з двох етапів: 1) формування страхових резервів; 2) розміщення коштів страхових резервів у різні, дозволені чинним законодавством, фінансові інструменти.

Страхові компанії відносяться до сфери перерозподілу фінансів, тому в процесі кругообігу страхового капіталу відсутня стадія виробництва і капітал протягом усього кругообігу має переважно грошову форму. Кругообіг коштів страхової компанії не обмежується здійсненням страхових операцій, він ускладнюється законодавчою регламентацією. З урахуванням цього фінанси страхової компанії можна визначити як регульовані державою грошові відносини, що виникають у процесі формування страхового фонду за рахунок здійснених страхувальниками внесків фінансових ресурсів та його витрачання із залученням, за необхідності, власних і позикових коштів.

Фінансові ресурси страхової компанії – це грошові кошти у формі доходів і зовнішніх надходжень, необхідні для забезпечення життєдіяльності страхової організації. Основний обсяг цих ресурсів становлять залучені кошти у вигляді страхових премій. Кошти, що

знаходяться в обороті страхової компанії і використовуються для забезпечення її життєдіяльності (проведення страхових операцій, здійснення інвестиційної діяльності, покриття власних витрат тощо) можна визначити як фінансовий потенціал страховика. Від того, як страхові компанії розпоряджаються своїми фінансовими ресурсами залежить їх здатність виконувати власні зобов'язання перед страхувальниками. Фінансові ресурси страхової організації постійно перебувають у русі і в часовому аспекті являють собою фінансові потоки, переважно у грошовій формі.

У страховому бізнесі утворюються різноманітні потоки: фінансові та інформаційні (економічна ситуація, оцінка ризиків, оцінка страхових випадків, реклама і PR) потоки; потоки матеріальних (енергія, приміщення, обладнання, тощо) та трудових ресурсів (прийом, перекази, звільнення співробітників та позаштатних працівників) тощо.

Фінансовий потік – це сукупність розподілених у часі надходжень та виплат грошових коштів і прирівнюваних до них грошових еквівалентів, які генеруються господарською діяльністю підприємства за певний проміжок часу та рух яких пов'язаний з факторами ризику і ліквідності.

Фінансовий потік страховика можна представити наступними основними складовими:

- 1) Грошовий потік, в готівковій та безготівковій формі;
- 2) Потік інвестиційних фінансових інструментів;
- 3) Бюджетний потік податкових та інших обов'язкових платежів у бюджеті позабюджетні державні фонди;
- 4) Кошти у формі дебіторської заборгованості за операціями прямого страхування, співстрахування та перестрахування;
- 5) Інші специфічні для страхового бізнесу складові фінансових потоків.

Грошовий потік являє собою сукупність розподілених у часі надходжень і виплат грошових коштів, що генеруються його господарською діяльністю. Власне грошовий потік у готівковій (cashflow) і безготівковій формах являє собою рух коштів (надходжень і виплат) тільки в розрізі грошових агрегатів. Ресурсний потік щодо фінансово-господарської діяльності підприємства являє собою рух фінансів, інформації, матеріальних, трудових, інтелектуальних та інших ресурсів за певний період.

Ресурсний, фінансовий і грошовий потоки підприємства регулюються законодавством, насамперед податковим, а також договорами та правилами ділового обороту.

До ключових ознак фінансового потоку можна віднести: залежність від фінансово-господарської діяльності; цілеспрямованість (вхідні та вихідні фінансові потоки); наявність грошових та егрошових складових і можливість всіх елементів ринку грошей та капіталу; включення всіх елементів ринку грошей та капіталу; включення високоліквідних активів; законодавче регулювання частини фінансового потоку.

До закономірностей функціонування фінансових потоків можна віднести: оцінку у грошовій формі; відновлюваність і оборотність за звітний період; постійний, упорядкований та цілеспрямований характер, на відміну від разових грошових операцій; можливість внутрішнього і зовнішнього управління та контролю для отримання прибутку та своєчасної сплати податків і зборів.

Згідно з цілями фінансового менеджменту фінансові потоки можна класифікувати наступним чином:

- 1) по відношенню до підприємства: зовнішні; внутрішні;
- 2) за спрямованістю – вхідні та вихідні потоки;
- 3) за складом і структурою – грошові кошти, інвестиційні інструменти (активи), грошові сурогати у визначеному співвідношенні між собою;
- 4) за участю у формуванні фінансового результату діяльності: позитивні фінансові потоки від усіх видів фінансово-господарської діяльності, яка формує доходи, негативні фінансові потоки;
- 5) за ступенем дискретності в аналізованому періоді: постійні вхідні та вихідні фінансові потоки з рівномірними часовими інтервалами; постійні вхідні та вихідні фінансові потоки з нерівномірними часовими інтервалами (доходи від продажу, платежі за сировину, ремонт, інші послуги тощо); випадкові вхідні та вихідні фінансові потоки від нетипових для страхової компанії операцій (судові витрати, надходження по виграних позовах, повернення надміру сплачених податків, страхові виплати тощо);
- 6) за рівнем участі у фінансово-господарській діяльності: основні вхідні та вихідні фінансові потоки; додаткові вхідні та вихідні фінансові потоки, що беруть участь у формуванні

фінансового результату; допоміжні внутрішні фінансові потоки між бізнес-підрозділами;

7) за обсягом і методом обчислення: валовий фінансовий потік; валовий грошовий потік; чистий грошовий потік.

Валові (брутто) та чисті (нетто) потоки обчислюються за фінансовими ресурсами, що реально надійшли і вибули (касовий метод), та за нарахованими до надходження (вибуття) фінансовими ресурсами (метод нарахування).

Аналіз фінансових потоків дозволяє виділити такі основні показники для їх оцінки та аналізу:

1) сумарний обсяг фінансових ресурсів потоку в грошовому обчисленні за певний період (валові обсяги доходів і витрат, фінансового результату);

2) приріст (зниження) сумарного обсягу фінансових ресурсів потоку в грошовому обчисленні відносно відповідного періоду минулих років;

3) динаміка і швидкість зміни сумарного обсягу фінансових ресурсів потоку, що обчислюються як відносний приріст (зниження) його обсягу відносно відповідного періоду минулих років і зміна його величини в одиницю часу в аналізованому періоді;

4) стабільність фінансового потоку, що обчислюється у вигляді арифметичних відхилень об'єму потоку або для випадкових фінансових потоків – у вигляді середніх квадратичних відхилень від середнього значення (математичного очікування) сумарного обсягу за кілька однакових періодів.

Фінансові потоки є найважливішим об'єктом фінансового менеджменту в системі управління бізнес-процесами (ланками фінансових, матеріальних, трудових та інформаційних ресурсів) страхових компаній і взаємодії різних економічних суб'єктів.

2. Організація управління грошовими потоками

Основне завдання управління грошовими потоками страхової компанії можна визначити як досягнення і підтримку на кожну звітну дату заданої бізнес-планом величини перевищення сумарного вхідного фінансового потоку над сумарним вихідним фінансовим потоком. Для нормального процесу життєдіяльності страховиків необхідно забезпечувати поточне перевищення доходів над витратами.

Процес управління грошовими потоками страховика базується на певних принципах, серед яких доцільно виділити наступні:

1) принцип інформативної вірогідності: як і будь-який процес управління, управління грошовими потоками має бути забезпечене необхідною інформацією, адекватно відображати параметри потоків і надходити з періодичністю не рідше періодичності зміни параметрів грошових потоків, але у будь-якому випадку – з періодичністю, достатньою для прийняття управлінського рішення;

2) принцип забезпечення збалансованості потоків: для досягнення цілей управління необхідно забезпечити збалансованість грошових потоків страховика за видами страхування, обсягами коштів, часовими інтервалами надходження і відтоку та іншими істотними характеристиками;

3) принцип забезпечення ефективності: реалізується в інвестуванні тимчасово вільних залишків грошових коштів, що разом із сформованими страховими резервами складають значні суми, які досягають 40 і більше відсотків отриманої страхової премії;

4) принцип забезпечення ліквідності: передбачає можливість дострокового повернення грошових коштів з інвестиційних фінансових інструментів. Він виступає обмеженням при розв'язанні завдань ефективного інвестування тимчасово вільних коштів.

З метою управління грошовими потоками та контролю за ними в останні роки використовуються різні модифікації інформаційних бухгалтерських систем: «1С» - 53,1% страхових компаній, «Парус» - 8,8%. Близько 25% страховиків використовують інформаційні системи власної розробки. Вибір тієї чи іншої інформаційної системи визначається метою контролю (тотальний або за агрегованими показниками), розподілом мережі контрольованих підрозділів та величиною ІТ-бюджету страховика. Додатковим інструментом контролю за грошовими потоками є системи клієнт-банк, які дозволяють дистанційно спостерігати за рухом грошей по банківських рахунках регіональних підрозділів.

Питання для самоконтролю:

1. Охарактеризуйте види грошових потоків страховика.
2. Розкрийте сутність та визначіть функції фінансового менеджменту страхової компанії.

3. Дайте характеристику принципів управління грошовими потоками страховика.
4. Що включають у поняття податковий менеджмент страхової діяльності?
5. Опишіть останні етапи управління формуванням та розподілу фінансового результату страховика.

ТЕМА 9 – УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВОЮ НАДІЙНІСТЮ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ

Мета: засвоїти знання про сутність та функції фінансового менеджменту страхової компанії, поглибити свої знання про податковий менеджмент, а також управління платоспроможністю страховика.

Ключові поняття: фінансовий менеджмент, фінансова надійність, фінансова стійкість, ліквідність, платоспроможність, запаслатоспроможності, страхо вірезерви.

інвестиції, капітальні витрати, поточні витрати, прибуток страхови ка,

організація фінансів страховика, доходи від страхової діяльності, дохо дивід

інвестиційної діяльності, доходи від фінансової діяльності, зароблені страхові платежі; витрати, пов'язані з виконанням страхових зобов'язань.

План:

1. Сутність та функції фінансового менеджменту страхової компанії.
2. Податковий менеджмент страхової діяльності.
3. Управління інвестиційним портфелем страхової компанії.
4. Управління платоспроможністю страховика, формуванням та використанням прибутку.

1. Сутність та функції фінансового менеджменту страхової компанії

Фінансовий менеджмент – це управління фінансами господарюючих суб'єктів, фінансовий аналіз, планування, а також знаходження і розподіл капіталу. Він охоплює всі основні сфери фінансів, розповсюджується на всі сегменти фінансового ринку і є складовою частиною управлінської діяльності.

Страховий менеджмент, як загальний, так і фінансовий, вимушений мати справу з ризиком браку зібраної страхової премії і сформованого страхового фонду на майбутні виплати за укладеними договорами страхування, тобто з ризиком неплатоспроможності. Цей ризик є специфічним для страхового бізнесу.

З урахуванням цієї специфіки **фінансовий менеджмент в страховому бізнесі** можна визначити як **управління залученими і власними фінансами для досягнення стратегічної мети бізнесу при дотриманні нормативних вимог до фінансової стійкості страхової компанії.**

Основні задачі фінансового менеджменту в страхуванні можна сформулювати таким чином:

1. Фінансове планування на основі прийнятої стратегії розвитку.

2. Формування і використання статутного капіталу відповідно до вимог чинного страхового законодавства і в розмірі, достатньому для виконання прийнятих страхових зобов'язань.

3. Встановлення вартості страхових послуг, адекватної ризикам і плановим власним витратам компанії, що приймаються на страхування.

4. Формування і розміщення страхових резервів відповідно до чинного страхового законодавства і додаткових вимог до поворотності і ліквідності.

5. Контроль за поточним станом платоспроможності компанії і його відповідністю вимогам законодавства.

6. Контроль за досягненням ключових фінансових показників в цілому, а також по функціональних і лінійних підрозділах.

7. Своєчасна і повна сплата податків і зборів.

8. Формування обов'язкової і додаткової управлінської звітності і доведення її до зацікавлених осіб.

2. Податковий менеджмент страхової діяльності

Для цілей оподаткування розрізняють дві групи діяльності: **страхову і всі інші види діяльності.**

Згідно з цими групами визначаються доходи та витрати.

Відповідно Податкового кодексу *основним податком* для страховика є: **податок на прибуток**, який має певні особливості.

Податковий статус страховика:

- Діяльність, безпосередньо пов'язана зі страхуванням та перестраховуванням, звільнена від податку на додану вартість (ПДВ);
- Умовою оподаткування страхової компанії є окреме оподаткування за різними ставками страхової діяльності, інвестиційної та фінансової діяльності, іншої господарської діяльності;

- Методика оподаткування страхової діяльності компанії, що здійснює страхування інше, ніж страхування життя, суттєво відрізняється від методики оподаткування страхової діяльності страхової компанії, яка здійснює страхування життя;

- Ставка оподаткування перестраховальних операцій диференційована залежно від країни походження контрагента з перестраховування та його рейтингу надійності.

Головним податком для страхової компанії за своїм обсягом є податок на прибуток. Цей податок лише умовно можна назвати податком на прибуток, адже насправді об'єктом оподаткування страхових компаній є не стільки прибуток, скільки валовий дохід від страхової діяльності у вигляді суми страхових внесків, страхових платежів або страхових премій, нагромаджених страховиками протягом звітного періоду за договорами страхування і перестраховування ризиків на території України або за її межами. Оподаткування валового доходу (прибутку) страховиків здійснюється за такими ставками (таблиця 9.1).

Таблиця 9.1

Оподаткування валового доходу (прибуток) страховиків

Об'єкт оподаткування	Ставки податку
Прибуток СК від не страхової (інвестиційної, фінансової та іншої господарської) діяльності	18%
Валові доходи (сума страхових платежів, страхових внесків, страхових премій, нарахованих за договорами страхування і співстрахування)	3%
Валові доходи за договорами з довгострокового страхування життя, добровільного медичного страхування та договорами страхування у межах недержавного пенсійного забезпечення, договорів страхування додаткової пенсії	0%
Валові доходи за договорами страхування ризиків за межами України, за якими страхові виплати здійснюються на користь нерезидентів	4%
Валові доходи за договорами з обов'язкових видів страхування, за якими страхові виплати	0%

здійснюються на користь фізичних осіб – нерезидентів, а також за договорами “Зелена карта” та договорами страхування пасажирських перевезень цивільної авіації	
Валові доходи за договорами страхування або перестраховування ризиків безпосередньо із страховиками та перестраховиками-нерезидентами, рейтинг фінансової надійності (стійкості) яких відповідає вимогам Нацкомфінпослуг	0%
Не відповідає	12%

Отже, в цілому можна казати, що обкладаються податком за ставкою 3% валові доходи страхової компанії зі страхової діяльності у вигляді отриманих страхових премій за договорами страхування і перестраховування, крім переданих перестраховування резиденту та рім довгострокового страхування і перестраховування життя. Прибуток з інших джерел оподатковується на загальних умовах (з 2014 року планується 18%).

Для страхових компаній, що здійснюють загальне (ризикове) страхування:

$$ПНП \text{ звіт. періоду} = (СП - СПП) * 3\%$$

де ПНП звіт. періоду – сума податку на прибуток від страхової діяльності за звітний період;

СП – сума одержаних (нарахованих) страхових премій за звітний період;

СПП – сума сплачених (нарахованих) страхових премій за договорами перестраховування з вітчизняними перестраховиками за звітний період.

Для страхових компаній, які здійснюють страхування життя порядок оподаткування аналогічний методиці оподаткування прибутку страхових компаній, що здійснюють загальне (ризикове) страхування.

Для страхових компаній, які здійснюють страхування життя порядок оподаткування аналогічний методиці оподаткування прибутку страхових компаній, що здійснюють загальне (ризикове) страхування. Зокрема, законодавство передбачає можливість застосування «нульової» ставки податку при оподаткуванні

доходів, отриманих за договорами довгострокового страхування життя.

Прибуток страхової компанії від не страхової (інвестиційної, фінансової та іншої господарської) діяльності оподатковується в усіх страховиків в загальному порядку – за ставкою 18% від суми валового прибутку.

До нестрахових операцій належить:

- операції з цінними паперами;
- операції з оперативного лізингу, оренди землі та приміщень;
- операції від торгівлі борговими зобов'язаннями і вимогами;
- кредитно – депозитні операції;
- операції з валютними цінностями;
- операції з основними фондами і нематеріальними активами тощо.

До 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 перестраховування 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.

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. При цьому випадку строк дії договору не

повинен бути меншим від 120 календарних місяців, а договір страхування не може передбачати часткових виплат до закінчення строку його дії або настання страхового випадку.

Якщо договір страхування життя буде розірваний достроково і це не пов'язано зі смертю застрахованої особи, доходи, отримані страховиком, підлягають оподаткуванню в оподатковуваному періоді, протягом якого відбулося розірвання договору. При цьому використовується ставка податку в розмірі 6 %.

Доходи від страхування фізичних осіб на інших умовах, крім 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 тощо). 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. Оподаткування такого прибутку здійснюється за загальною ставкою 25%.

3. Управління інвестиційним портфелем страхової компанії

В умовах розвинутих ринкових відносин страхова компанія, зазвичай, вкладає тимчасово вільні кошти в інвестиційну діяльність з метою отримання доходу від використання коштів, що надійшли у його розпорядження (частина коштів страхових резервів та частина власних коштів). Внаслідок цього рух грошових коштів страховика більш складний, аніж у підприємців, зайнятих в інших сферах бізнесу. Зогляду на це складнішими є завдання, пов'язані з організацією фінансів страховика та управління його інвестиційним портфелем.

Інвестиції – це майнові та інтелектуальні цінності, що вкладаються в об'єкти підприємницької та інших видів діяльності, в результаті якої створюється прибуток (доход) або досягається певний соціальний ефект.

Інвестиції поділяються на короткострокові, середньострокові та довгострокові.

Довгострокові інвестиції – це нерухомість, права участі, вкладення у інвестиційні проекти з терміном реалізації 3 та більше років, цінні папери, розраховані на період 12 місяців і більше та ін.

Середньострокові та короткострокові інвестиції – це банківські депозитні вклади, а також цінні папери та облігації з періодом погашення від 3 до 12 місяців. Вони класифікуються як оборотні кошти.

Доходи від інвестиційної діяльності можуть бути використанні на компенсацію збитків страхових операцій, розвиток страхової справи, споживання.

Доходи від інвестиційної діяльності включають три групи надходжень:

I. Перша група – *надходження від реалізації:*

- фінансових інвестицій;
- необоротних активів;
- майнових комплексів.

II. Друга група – *надходження у вигляді отриманих:*

- відсотків;
- дивідендів.

III. Третя група – *інші надходження*

- грошові надходження, крім перелічених вище

Кошти страховика, які перебувають у його розпорядженні, є сукупністю ресурсів, за рахунок яких він виконує свої зобов'язання при настанні страхового випадку та забезпечує нормальне функціонування компанії. Ці кошти представлені, по-перше, надходженнями страхових премій, по-друге, власними коштами, які можуть використовуватися протягом кількох років.

З огляду на це при інвестуванні таких коштів необхідно враховувати їх структуру, а також оптимальний термін інвестування. Потрібно виходити з того, що резерви є коштами страхувальників і в разі настання страхового випадку мають своєчасно повертатися їм у вигляді страхового відшкодування, яке може бути й більшим порівняно з внесками за надання страхової послуги. Активи страхової компанії мають бути розміщені з урахуванням безпечності, прибутковості, ліквідності, диверсифікованості. Зазначимо, що це й є основні вимоги до управління активами.

Здійснюючи фінансову діяльність, пов'язану з розміщенням коштів технічних резервів та їх управлінням, страховики повинні

дотримуватись умов щодо безпечності, прибутковості, ліквідності та диверсифікованості.

Обсяги технічних резервів мають бути представлені такими категоріями дозволених активів:

- грошові кошти на поточному рахунку;
- банківські вклади (депозити);
- валютні вкладення згідно з валютою страхування;
- нерухоме майно;
- акції, облігації, іпотечні сертифікати;
- цінні папери, що емітуються державою;
- права вимоги до перестраховиків;
- інвестиції в економіку України за напрямами, визначеними Кабінетом Міністрів України;
- банківські метали;
- готівка в касі в обсягах лімітів залишків каси, встановлених Національним банком України.

Величина окремих категорій активів, у тому числі утворених в іноземній валюті, приймається для представлення технічних резервів у таких обсягах:

а) грошові кошти на поточних рахунках - не більше 5 відсотків загального розміру технічних резервів;

б) банківські вклади (депозити), валютні вкладення згідно з валютою страхування - не більше 70 відсотків загального розміру технічних резервів, у кожному банку не більше 10 відсотків загального розміру технічних резервів;

в) нерухоме майно - не більше як 20 відсотків загального розміру технічних резервів, при цьому вкладення в один або декілька об'єктів нерухомості, які розглядаються як один цілісний майновий комплекс, - не більше 10 відсотків загального розміру технічних резервів;

г) акції та облігації - не більше 40 відсотків загального розміру технічних резервів, у тому числі:

- акції українських емітентів, що відповідно до норм законодавства пройшли лістинг та перебувають в обігу на фондовій біржі або в торговельно-інформаційній системі, зареєстрованих у встановленому порядку, обсяги торгів на яких становлять не менше 25 відсотків від загальних обсягів торгів на організаційно оформлених ринках цінних паперів України, - не більше 30

відсотків загального розміру технічних резервів, при цьому - не більше 5 відсотків в акції одного емітента;

- облигації українських емітентів, що відповідно до норм законодавства пройшли лістинг та перебувають в обігу на фондовій біржі або в торговельно-інформаційній системі, зареєстрованих у встановленому порядку, - не більше 30 відсотків загального розміру технічних резервів, при цьому - не більше 5 відсотків в облигації одного емітента, який здійснює свою діяльність не менше 5 років.

- акції й облигації емітентів, які здійснюють свою діяльність менше 5 років, - не більше 10 відсотків загального розміру технічних резервів, при цьому не більш як 3 відсотки в облигації одного емітента;

- акції, облигації іноземних емітентів та цінні папери іноземних держав, рейтинг зовнішнього боргу та визначення рейтингових компаній яких здійснюється Державною комісією з цінних паперів та фондового ринку, - не більше 10 відсотків загального розміру технічних резервів. При цьому акції та облигації повинні перебувати в обігу на організованих фондових ринках та пройти лістинг на одній з таких фондових бірж, як Нью-Йоркська, Лондонська, Токійська, Франкфуртська, або в торговельно-інформаційній системі НАСДАК (NASDAQ). Емітент цих акцій та облигацій повинен провадити свою діяльність не менше ніж протягом 10 років і бути резидентом країни;

- іпотечні сертифікати, визначені законодавством України, - не більше 10 відсотків загального розміру технічних резервів, при цьому не більш як 2 відсотки в іпотечні сертифікати одного емітента;

д) цінні папери, що емітуються державою, - не більше 40 відсотків загального розміру резервів;

е) права вимоги до перестраховиків - не більше 50 відсотків загального розміру технічних резервів. У випадку, якщо рейтинг фінансової надійності (стійкості) перестраховика нижчий за один з таких: "B+" (A.M.Best), "Baa" (Moody's Investors Service), (Standard & Poor's) або "BBB" (Fitch Ratings), то права вимоги до кожного такого перестраховика-резидента приймаються у розмірі не більше 20 відсотків загального розміру технічних резервів та до кожного такого перестраховика-нерезидента - не більше 10 відсотків загального розміру технічних резервів;

е) інвестиції в економіку України за напрямками, визначеними Кабінетом Міністрів України (постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження напрямів інвестування галузей економіки за рахунок коштів страхових резервів»), - не більше 15 відсотків загального розміру технічних резервів, з них в окремий об'єкт інвестування - не більше 5 відсотків загального розміру технічних резервів;

ж) банківські метали - не більше 10 відсотків загального розміру технічних резервів.

Для представлення технічних резервів акціями та облигаціями в обсягах, визначених підпунктом «г» пункту, приймаються лише ті акції, за якими в попередньому році виплачувались дивіденди на рівні не нижче облікової ставки НБУ, та ті облигації та іпотечні сертифікати, за якими гарантується виплата доходу на рівні не нижче облікової ставки НБУ.

Для представлення технічних резервів не можуть використовуватися позикові кошти, кредити банків, поворотна фінансова допомога, цінні папери із зобов'язаннями зворотного викупу, вклади (депозити) строкові (строком менше одного місяця), помилково перераховані кошти на рахунок страховика, суми страхових платежів, які мають бути повернені страхувальнику в період, наступний за звітним, відповідно до чинного законодавства.

Величина активів, що приймаються на покриття технічних резервів, зменшена на суми довгострокових та поточних зобов'язань (розділи III, IV пасиву Балансу), повинна бути не меншою, ніж сумарна величина технічних резервів, що розраховується відповідно до чинного законодавства на будь-яку дату.

У разі, якщо кошти технічних резервів представлені правами вимоги до перестраховиків-нерезидентів, рейтинг фінансової надійності (стійкості) яких не нижчий за один з таких: "B+" (A.M.Best), "Baa" (Moody's Investors Service), "BBB" (Standard & Poor's) або "BBB" (Fitch Ratings), то не менше 50 відсотків коштів технічних резервів повинні бути розміщені на території України. В іншому разі кошти технічних резервів повинні бути розміщені на території України в розмірі не менше 90 відсотків загального розміру технічних резервів.

Власні кошти страховика, вільні від зобов'язань, можуть бути вкладені переважно в довгострокові та менш ліквідні види активів.

4. Управління платоспроможністю страховика

Особливістю діяльності страхових компаній є забезпечення страхового захисту за умови акумулювання коштів у вигляді надходжень страхових премій до страхових резервів. Страхові резерви є коштами страхувальників, які тимчасово перебувають у розпорядженні страховика. Використання коштів страхових резервів має цільове призначення, тому страховик може їх використовувати тільки у разі настання страхового випадку за укладеними договорами страхування.

Страхові компанії залучають гроші в обмін на послугу, яка забезпечує страховий захист у вигляді майбутніх страхових виплат тільки тим страхувальникам, які зазнали збитків і потребують фінансової допомоги. Ця особливість (тобто «плата наперед») потребує певних гарантій щодо здатності страхової компанії відповідати за своїми зобов'язаннями перед. Однією з таких гарантій є фінансова надійність страховика, яка пов'язана з тарифною, фінансовою, інвестиційною і перестраховальною його діяльністю.

Фінансова надійність страховика – це спроможність його виконати страхові зобов'язання, прийняті за договорами страхування та перестраховування у випадку впливу несприятливих чинників.

Згідно із Законом України «Про страхування», страховики зобов'язані дотримуватися таких умов забезпечення платоспроможності:

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

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.

До гарантійного фонду страховика належить додатковий та резервний капітал, а також сума нерозподіленого прибутку. При цьому за рахунок нерозподіленого прибутку страховики можуть створювати вільні резерви.

Вільні резерви – це частка власних коштів страховика, яка резервується з метою забезпечення платоспроможності страховика відповідно до прийнятої методики здійснення страхової діяльності.

Страховики відповідно до обсягів страхової діяльності зобов'язані підтримувати належний рівень фактичного запасу платоспроможності (нетто-активів).

Фактичний запас платоспроможності (нетто-активи) страховика визначається вирахуванням із вартості майна (загальної суми активів) страховика суми нематеріальних активів і загальної суми зобов'язань, у тому числі страхових. Страхові зобов'язання приймаються рівними обсягам страхових резервів, які страховик зобов'язаний формувати у порядку, передбаченому цим Законом.

На будь-яку дату фактичний запас платоспроможності страховика повинен перевищувати розрахунковий нормативний запас платоспроможності.

Нормативний запас платоспроможності страховика, який здійснює види страхування інші, ніж страхування життя, на будь-яку дату дорівнює більшій з визначених величин, а саме:

ПЕРША – підраховується шляхом множення суми страхових премій за попередні 12 місяців на 0,18 (останній місяць буде складатися із кількості днів на дату розрахунку). При цьому сума страхових премій зменшується на 50 відсотків страхових премій, належних перестраховикам;

ДРУГА – підраховується шляхом множення суми страхових виплат за попередні 12 місяців на 0,26 (останній місяць буде складатися із кількості днів на дату розрахунку). При цьому сума страхових виплат зменшується на 50 відсотків виплат, що компенсуються перестраховиками згідно з укладеними договорами перестрашування.

Нормативний запас платоспроможності страховика, який здійснює страхування життя, на будь-яку дату дорівнює величині, яка визначається шляхом множення загальної величини резерву довгострокових зобов'язань (математичного резерву) на 0,05.

Загальна величина резерву довгострокових зобов'язань (математичного резерву) дорівнює сумі резервів довгострокових

зобов'язань (математичних резервів), які визначаються на будь-яку дату окремо по кожному договору страхування життя.

Якщо страхова сума за окремим об'єктом страхування перевищує 10% суми сплаченого статутного фонду, сформованих вільних резервів та страхових резервів, то страховик зобов'язаний укласти договір перестраховання.

Страховики, які прийняли на себе страхові зобов'язання в обсягах, що перевищують можливість їх виконання за рахунок власних активів, повинні перестрахувати ризик виконання зазначених зобов'язань у перестраховиків резидентів або нерезидентів.

Для забезпечення страхових зобов'язань із страхування життя і медичного страхування страховики формують окремі резерви за рахунок надходження страхових платежів і доходів від інвестування коштів сформованих резервів по цих видах страхування.

Фінансова надійність страховика забезпечується і таким інструментом, як *перестраховання*. За його допомогою страховик, приймаючи на страхування крупний ризик, не тільки передає його частку перестраховику, а й продовжує нести відповідальність перед страхувальником у повному обсязі. При цьому розмір власного утримання має бути залежним від галузі страхування, а також від характеру та ймовірності ризику, ступеня схильності до нього, можливого максимального розміру збитку та обсягу власних коштів страхової компанії. Одним із найважливіших моментів визначення розміру власного утримання є залежність від обсягу власних коштів: чим більше розмір власних коштів страховика, тим надійніше виконання його страхових зобов'язань.

Питання для самоконтролю:

1. Поясніть сутність, назвіть функції та склад фінансового менеджменту страхової компанії.

2. За якими критеріями здійснюють оцінювання фінансових ресурсів страхової компанії, їх джерелі формування?

3. Які показники використовують для аналізу страхових операцій? 4. Які фактори необхідно враховувати при управлінні ризиком і фінансовими результатами (прибутком і рентабельністю).

5. Що включають поняття податковий менеджмент страхової діяльності? 6. Що розуміють під інвестиційним

портфелем страховика? Назвіть методи управління інвестиційним портфелем страховика.

7. Дайте визначення понять фінансова надійність, фінансова стійкість, ліквідність та платоспроможність страховика.

8. Охарактеризуйте фактори, що впливають на фінансову стійкість страхової компанії.

9. Наведіть перелік основних критеріїв забезпечення платоспроможності страховиків відповідно до Закону України „Про страхування”.

10. Наведіть алгоритми розрахунку фактичного та нормативного запасу платоспроможності для вітчизняних страховиків. Як здійснюється розрахунок платоспроможності за методикою ЄС?

11. Визначте напрями вдосконалення щодо управління платоспроможністю страховика, формуванням та використанням прибутку.

ТЕМА10 – ФІНАНСОВИЙ МОНІТОРИНГ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ

Мета: засвоїти знання здобувачами вищої освіти про фінансовий моніторинг страхових компаній, його правове забезпечення.

Ключові поняття:
витратинаобслуговуванняпроцесустрахуванняіперестрахування; витрати
наутриманнястраховоїкомпанії,прибутоквідстраховоїдіяльності, прибутоквідстраховоїдіяльності,прибутоквідіншоїзвичайноїопераційної діяльностінадзвичайнихопераційчистийприбуток,фактичнийзапас платоспроможності,нормативнийзапаслатоспроможності,податковий менеджмент.

План:

1. Сутність фінансового контролю страхових організацій, його необхідність та значення
2. Правове забезпечення фінансового контролю страховиків в Україні
3. Зовнішній фінансовий контроль страхових організацій
4. Внутрішній фінансовий контроль страховиків
5. Фінансовий моніторинг страхових організацій

1. Сутність фінансового контролю страхових організацій, його необхідність та значення

Фінансовий контроль, у вітчизняній науці, як правило, розглядається через функції фінансів. Більшість учених виділяють дві функції фінансів – **розподільну і контрольну**. Саме ці функції вважаються основними. Інші виділяють додатково функцію мобілізації фінансових ресурсів.

Сутність розподільної функції в тому, що фінанси беруть участь у розподільчому процесі, під час якого здійснюється розподіл національного доходу. У результаті функціонування фінансів створюються публічні фонди коштів, використовуються фінансові ресурси, які забезпечують виконання завдань і функцій держави, органів місцевого самоврядування, інших публічних та господарських суб'єктів.

Подібною до розподільної функції є функція мобілізації фінансових ресурсів, яка полягає в тому, що за допомогою фінансового механізму суб'єкти діяльності залучають кошти з метою створення статутного капіталу, резервних фондів підприємств, місцевих бюджетів, бюджету держави, позабюджетних доходів, а також доходів населення.

Самостійною функцією фінансів є *контрольна функція*. Ця функція проявляється в контролі за розподілом між відповідними фондами валового внутрішнього продукту та їх ефективним, цільовим та законним витрачанням

Завдяки контрольній функції створюються умови для здійснення фінансового контролю за формуванням публічних фондів коштів, розподілом коштів відповідно до встановлених цілей та їх ефективним, доцільним, законним використанням та управлінням. Звідси умовою існування такої функції є рух фінансових ресурсів, що здійснюється в певній формі та за відповідних умов.

Існує різне трактування поняття «фінансовий контроль», зокрема як комплексної категорії, в якій поєднуються два його види: *державний і недержавний (рівень підприємства та незалежний контроль аудиторських фірм)*.

Фінансовий контроль на державному рівні призначений для реалізації фінансової політики держави, створення умов для фінансової стабілізації. Фінансовий контроль також торкається нагляду виконання грошових зобов'язань перед державою, включаючи податки й інші обов'язкові платежі, дотримання законності і доцільності при витраті виділених їм бюджетних субсидій і кредитів, а також дотримання встановлених урядом правил організації грошових розрахунків, ведення обліку і звітності, тощо.

Фінансовий контроль на рівні підприємства (внутрішній) призначений для збереження платоспроможності компанії у довгостроковій перспективі, контролі дотримання фінансової дисципліни та законодавчої бази, що відноситься до діяльності суб'єкта господарювання.

Фінансовий контроль на рівні підприємства включає також контроль з боку банківських, кредитних установ, аудиторських фірм, акціонерів, внутрішніх відділів контролю, що включає: перевірку ефективності і доцільності використання грошових

ресурсів; аналіз і зіставлення фактичних фінансових результатів із прогнозованими; фінансову оцінку результатів інвестиційних проектів; тощо.

До основних завдань фінансового контролю можна віднести: забезпечення дотримання чинного законодавства у сфері оподаткування, правильність ведення бухгалтерського обліку та складання і виконання бюджетів і фінансових планів; перевірка стану і ефективності використання фінансових ресурсів, виявлення резервів зростання для компанії; правомірність і ефективність використання державного, комунального та приватного майна; запобігання прийняттю рішень, які можуть мати негативні наслідки для підконтрольного суб'єкта, тощо.

Організація дієвої системи фінансового контролю в системі управління страхових компаній є важливим і головним завданням з огляду на сучасні ринкові умови.

Фінансовий контроль страхових організацій – це діяльність державних установ, наділених відповідними правами чи повноваженнями, об'єднань страховиків і самих страхових організацій, яка спрямована на забезпечення законності, фінансової дисципліни, дотримання умов платоспроможності, захист прав споживачів страхових послуг в процесі мобілізації, розподілу і використання фінансових ресурсів страховиків.

Крім зовнішнього контролю з боку державних органів влади в страховій компанії обов'язково повинна бути організована внутрішня система фінансового контролю, яка може бути представлена службою контролінгу чи іншими фінансовими службами.

Суб'єктів фінансового контролю розрізняють залежно від виду та об'єкта контролю, що представлено в табл. 1.1.

Таблиця 1.1 Суб'єкти контролю діяльності страхових організацій

Внутрішній контроль	Зовнішній контроль
Правління, головний бухгалтер, фінансовий директор	Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг України
Служба безпеки та контролю (служба контролінгу)	Державна фіскальна служба
Сектор бух обліку	Державна служба фінансового моніторингу України
Сектор фінансового аналізу,	Державна фінансова інспекція України

звітності та планування	
Сектор управління активами	Національний банк України
Служба внутрішнього аудиту	Антимонопольний комітет
Сектор управління ризиками	Фонди соціального страхування: – Пенсійний фонд України – Фонд соціального захисту інвалідів – Фонд соціального страхування України – Фонд загальнообов’язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття Моторне (транспортне) страхове бюро України Аудитори

У складі контролюючих суб’єктів страхових організацій необхідно виділити основні, на які припадає головна функція контролю страхової діяльності – це Нацкомфінпослуг, Держфінмоніторинг, МТСБУ.

Мета фінансового контролю

Забезпечення платоспроможності страхових організацій;
захист прав споживачів фінансових послуг;
захист прав інвесторів та акціонерів.

Національна комісія що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг

- нагляд за дотриманням законодавства у сфері страхування;
- захист прав споживачів фінансових послуг, шляхом застосування заходів впливу;
- організація перевірок та інспекцій для виявлення порушень та запобігання їх повторень.

Моторне (транспортне) страхове бюро України

- виконання гарантійних функцій стосовно відшкодування шкоди потерпілим за ОСЦПВВНТЗ та ЗК, у випадку банкрутства страховика;
- врегулювання страхових випадків по ЗК за участю українських громадян в іноземній державі;
- інвестиційна діяльність та контроль за розміщенням страхових фондів;
- контроль та аналіз діяльності страховиків – членів МТСБУ;
- захист інтересів членів Бюро.

Державна фінансова інспекція України

- державний фінансовий контроль за використанням бюджетних коштів, одержаних внаслідок перемоги на конкурсі тендерних закупівель;

- контроль дотримання законодавства про державні закупівлі.

Фонди соціального страхування

- контроль використання коштів фондів соціального страхування;

- контроль правомірності отримання соціальної допомоги;

- організація перевірок на підприємстві внаслідок порушення законодавства.

Державна служба фінансового моніторингу

- виявлення та протидія легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом через страхові компанії.

Державна фіскальна служба

- контроль повноти та своєчасності сплати податкових зобов'язань;

- організація перевірок та застосування штрафних санкцій для запобігання повторень порушень;

- контроль сплати єдиного соціального внеску;

- контроль розрахунків в іноземній валюті в установленій законом строк, дотримання порядку проведення готівкових розрахунків за товари (послуги).

Національний банк України

- контроль застосування іноземної валюти у страховій діяльності.

Антимонопольний комітет України

Захист економічної конкуренції, недопущення порушення принципів вільної конкуренції на страховому ринку.

Питання організації служби внутрішнього контролю
страхова організація вирішує самостійно, із використанням при перевірках найефективніших методів, інструментів та засобів контролю, для повноцінного захисту прав та законних інтересів акціонерів товариства. Основні положення затверджуються статутом організації, зокрема порядок створення, склад, повноваження членів Наглядової ради, Ревізійної комісії та Служби внутрішнього аудиту (або контролінгу).

Одним із видів внутрішньогосподарського контролю у страховиків, як і в інших суб'єктів підприємницької діяльності, є внутрішній аудит.

Мета внутрішнього аудиту – удосконалення організації й управління організацією (установою), виявлення й мобілізація її резервів.

Внутрішній аудит аналізує ситуацію ризику, застерігає від банкрутства і пропонує використання та вжиття ноу-хау для збільшення прибутку й ефективності страхової діяльності, заходів, що сприяють фінансовій діяльності компанії. Він дає експертну науково обґрунтовану оцінку господарським операціям і процесам.

За внутрішній аудит відповідає сама фірма або один із її відділів, тобто контрольний орган усередині фірми. Керівник такого контрольного органу (або внутрішній аудитор) підпорядкований керівництву підприємства. Внутрішній контрольний орган здійснює аудиторські перевірки на самому підприємстві або в його підрозділах.

В страхових компаніях **основним способом** фінансового контролю є перевірка (інспекція).

Перевірка – це обстеження і визначення окремих ділянок фінансово-господарської діяльності підприємства, установи, організації або їх підрозділів. Поняття «перевірка» сьогодні є законодавчо закріпленим. Згідно з Розпорядженням Нацкомфінпослуг «Про затвердження Правил проведення перевірок (інспекцій) Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг» № 2422 від 27.11.2012 р. №175 перевірки класифікуються:

- 1) залежно від місця проведення перевірки - виїзна, безвиїзна;
- 2) залежно від підстави проведення перевірки - планова, позапланова;
- 3) залежно від переліку питань, які перевіряються, - комплексна, тематична.

Безвиїзна перевірка – вид перевірки діяльності об'єкта нагляду, яка проводиться уповноваженими особами Нацкомфінпослуг за місцезнаходженням Нацкомфінпослуг без виїзду (виходу) уповноважених осіб Нацкомфінпослуг за місцезнаходженням об'єкта нагляду; **виїзна перевірка** – вид перевірки діяльності об'єкта нагляду, яка проводиться уповноваженими особами Нацкомфінпослуг за місцезнаходженням об'єкта нагляду; **комплексна перевірка** – вид перевірки діяльності об'єкта нагляду уповноваженими особами Нацкомфінпослуг з усіх питань діяльності об'єкта нагляду у сфері надання фінансових

послуг; **тематична перевірка** – вид перевірки діяльності об’єкта нагляду уповноваженими особами Нацкомфінпослуг з окремого (окремих) питання (питань) діяльності об’єкта нагляду у сфері надання фінансових послуг; **планова перевірка** – вид перевірки діяльності об’єкта нагляду уповноваженими особами Нацкомфінпослуг у сфері надання фінансових послуг, яка передбачена планом перевірок Нацкомфінпослуг, який затверджується розпорядженням Нацкомфінпослуг; **позапланова перевірка** – вид перевірки діяльності об’єкта нагляду уповноваженими особами Нацкомфінпослуг, яка не передбачена планом перевірок та проводиться з підстав, визначених цими Правилами.

Основним документом, який регламентує діяльність страхових компаній в Україні, є Закон України «Про страхування» від 07.03.96 № 85/96-ВР №44.

Особлива діяльність страхової компанії і зумовлює особливості здійснення фінансового контролю.

Розглянемо особливості фінансового контролю страхових компаній залежно від видів, методів та інструментів контролю.

Так, **при попередньому контролі**, в момент створення компанії, переважно шляхом безвиїзної перевірки перевіряється відповідність умов для здійснення страхової діяльності передбачених законом України, де звіряється легітимність банківських рахунків, справжність статутних документів, наявність приміщення та інших умов, необхідних для нормального функціонування компанії. Внесення страхової компанії до реєстру та видача свідоцтва з додатком до нього відбувається тільки у тому разі, якщо всі умови та нормативи дотримані, відповідно до розпорядження Держфінпослуг «Про затвердження Положення Про Державний реєстр фінансових установ» від 28.08.2003 № 41 №144,

Після внесення компанії до Реєстру фінансових установ приймається рішення про видачу ліцензій на здійснення страхової діяльності, що контролюється розпорядженням Держфінпослуг «Про затвердження Ліцензійних умов провадження страхової діяльності» від 28.08.03 № 40 142. Для одержання ліцензій страховики подають документи до Нацкомфінпослуг лише за умов попереднього набуття ними статусу фінансової установи.

Розміри плати за видачу ліцензії на проведення конкретного виду страхування визначено Постановою Кабінету Міністрів

України від 13.04.05 № 286-116. Плата за видачу ліцензії є разовою і її розмір становить від 12,5 тис. гривень для кожного виду за переліком, згідно з додатком до цього Закону.

Ліцензійні умови провадження страхової діяльності філіями страховиків-нерезидентів затверджені розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 07.09.06 № 6201 171.

Поточний фінансовий контроль страхової діяльності здійснюють органи контролю (табл. 1.1). Об'єктом фінансового контролю є майже вся діяльність страхової компанії, а саме:

- отримання страхових премій;
- оформлення договорів страхування;
- визначення страхового тарифу;
- виплата страхового відшкодування;
- здійснення бухгалтерського обліку;
- дотримання касової дисципліни;
- платоспроможність страхової компанії;
- діяльність страхових посередників (агентів та брокерів);
- перестраховання;
- повнота сплати податків та зборів до державного бюджету;
- регулювання взаєморозрахунків з бюджетними установами, участь в тендерах;
- правомірність роботи працівників компанії та їх соціальний захист відповідно до закону України;
- дотримання прав споживачів фінансових послуг.

При поточному контролі залежно від обсягу контролю використовуються різноманітні методи та інструменти.

Контроль оформлення договорів страхування, отримання страхових премій, визначення страхового тарифу та виплати страхового відшкодування здійснює Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, Моторне (транспортне) страхове бюро України.

Нагляд за страховими договорами починається із затвердження внутрішніх правил надання фінансових послуг та примірних договорів про надання певних видів фінансових послуг, які надалі контролюються під час проведення державної перевірки.

Договори про надання певного виду фінансової послуги мають відповідати вимогам Цивільного кодексу України, Закону

України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» та інших вимог чинного законодавства.

Внутрішні правила надання фінансових послуг страховими компаніями мають обов'язково включати порядок укладання договорів з клієнтами та здійснення внутрішнього контролю за наданням фінансових послуг, визначати ступінь відповідальності посадових осіб до посадових обов'язків, до яких належать: безпосередня робота з клієнтами, укладання та виконання договорів.

Умови договорів страхування погоджуються під час отримання ліцензії на певний вид страхування, подальший їх контроль проводиться під час виїзних та безвиїзних перевірок (інспекцій).

Під час перевірок договорів страхування обов'язково перевіряється:

- назва документа;
- назва та адреса страховика;
- прізвище, ім'я, по батькові або назва страхувальника та застрахованої особи, їхні адреси та дати народження;
- прізвище, ім'я, по батькові, дата народження або назва вигодонабувача та його адреса;
- зазначення предмета договору страхування;
- розмір страхової суми за договором страхування іншим, ніж договір страхування життя;
- розмір страхової суми та розміри страхових виплат за договором страхування життя;
- перелік страхових випадків;
- розміри страхових внесків (платежів, премій) і строки їх сплати;
- страховий тариф (страховий тариф не визначається для страхових випадків, для яких не встановлюється страхова сума);
- строк дії договору;
- порядок зміни і припинення дії договору;
- умови здійснення страхової виплати;
- причини відмови у страховій виплаті; права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору;
- інші умови за згодою сторін; підписи сторін.

Фактом укладання договору страхування вважається страхове свідоцтво (поліс, сертифікат), що є формою договору страхування.

Договори на здійснення діяльності з надання фінансових послуг зберігаються окремо за кожним видом діяльності протягом п'яти років після виконання взаємних зобов'язань сторін договору або відмови від договору за згодою сторін, крім випадків, передбачених законодавством. Договір страхування **набирає чинності** з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.

Контроль повноти та правомірності здійснення страхового відшкодування покладається на Національну комісію, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг і Моторне (транспортне) страхове бюро. МТСБУ здійснює гарантійні функції стосовно відшкодування шкоди, завданої третім особам при експлуатації наземних транспортних засобів, відповідно до чинного законодавства України та угод, укладених Бюро з уповноваженими організаціями інших країн зі страхування цивільно-правової відповідальності; виконує страхові зобов'язання з обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності (у тому числі, за договорами міжнародного страхування) за страховиків-членів Бюро у разі недостатності коштів та майна цих страховиків, що визнані банкрутом або ліквідовані; та виконує інші функції згідно з законодавством України та свого Статуту.

Перевірка правильності нарахування страхових відшкодувань проводиться під час перевірок, **переважно безвізних**, шляхом розгляду всіх матеріалів та доказів, наданих окремо за кожним страховим випадком, а також перевіркою скарг від потерпілих, що надійшли до Нацкомфінпослуг та МТСБУ.

Контроль здійснення своєчасного, повного та належного бухгалтерського обліку діяльності страхової компанії здійснюється Нацкомфінпослуг, Державною фіскальною службою, Державною службою статистики та Фондами соціального страхування. При здійсненні контролю використовуються наступні інструменти:

- перевірка дотримання правил складання, повноти і справжності оформлення документів;
- зіставлення облікових і звітних показників з показниками бізнес-планів і встановленими нормами;

- перевірка дотримання правил обліку господарських операцій, перевірка відповідності відображених у документах операцій встановленим правилам;
- перевірка арифметичних розрахунків – перерахунок, арифметичний контроль;
- перевірка записів у регістрах бухгалтерського обліку та звітності, перевірка правильності кореспонденції рахунків;
- аналітичні процедури тощо.

Слід зазначити, що **при перевірці, до системи управління та розкриття інформації фінансових установ**, до яких належать страховики, ставляться спеціальні вимоги, спрямовані на підвищення прозорості діяльності та посилення довіри споживачів фінансових послуг до інформації, що надається фінансовими установами, які узагальнені в Методичних рекомендаціях щодо системи управління та розкриття інформації фінансовими установами, затвердженими розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 27.12.05 № 5207 154.

Ці рекомендації визначають певні вимоги до внутрішнього фінансового контролю страховиків та дозволяють організувати контроль в компанії з огляду специфічної діяльності в галузі страхування. У методичних рекомендаціях розкрито основні вимоги щодо системи управління (корпоративного управління) фінансової установи, а також узагальнені положення щодо розкриття інформації у фінансовій звітності, а також щодо розкриття інформації споживачам фінансових послуг.

Страховики мають особливі вимоги до облікової та реєструючої системи. **Зовнішньому контролю підлягає** облікова та реєструюча система фінансової компанії, яка має забезпечувати облік та реєстрацію договорів про надання фінансових послуг у електронному та паперовому вигляді. Реєстрація договорів про фінансові послуги здійснюється шляхом ведення фінансовою компанією журналу обліку укладених і виконаних договорів про надання фінансових послуг та карток обліку укладених та виконаних договорів, відомості яких повинні містити інформацію, необхідну для ведення бухгалтерського обліку, відповідних фінансово-господарських операцій.

Журнал та картки обліку виконання договорів в електронному вигляді ведуться фінансовою компанією з обов'язковою

можливістю роздрукування у будь-який час, на вимогу державних органів, у межах їх повноважень. Фінансова компанія має зберігати інформацію журналу та карток обліку виконання договорів в електронному вигляді таким чином, щоб забезпечити можливість відновлення втраченої інформації у разі виникнення будь-яких обставин непереборної сили.

Облікова та реєструюча система фінансової компанії має забезпечувати формування інформації та складання звітності фінансової компанії. Бухгалтерський облік у страхових організаціях регламентується насамперед загальною для всіх господарюючих суб'єктів нормативною базою. Методологічне керівництво бухгалтерським обліком у страхових організаціях забезпечує Міністерство фінансів України. Особливості страхової діяльності висувають певні вимоги і до відображення господарських операцій які, у свою чергу, підлягають контролю. В страховій діяльності, використовується ряд рахунків, які не застосовуються в інших галузях. Ці рахунки, визначені Інструкцією про застосування Плану рахунків бухгалтерського обліку активів, капіталу, зобов'язань і господарських операцій підприємств та організацій, затвердженою наказом Міністерства фінансів України від 30.11.99 № 291 №85. Так, лише страховики використовують рахунки «Страхові резерви», «Страхові платежі». Названі рахунки звичайно додатково деталізуються.

Фінансове звітування страховими компаніями перед уповноваженим органом регламентується статтею 33 Закону України «Про страхування» □44□, де встановлено, що страховики зобов'язані щоквартально подавати до Нацкомфінпослуг фінансову звітність та інші звітні дані за формою, встановленою контролюючим органом, затверджені керівником страховика, а також надавати на запит регулятора необхідні пояснення щодо звітних даних. Порядок складання звітних даних страховиків та форми спеціалізованої звітності затверджено розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 15.09.05 № 4619 №152.

Частково контроль ведення законності обліку страхових операцій перевіряється під час звітування бухгалтерської звітності перед державними контролюючими органами, а також в період проведення ревізій, перевірок та інспекцій. Здійснюючи контроль за законністю ведення бухгалтерського обліку перевіряється:

правильність та повнота складання фінансової звітності, облік та ведення банківських рахунків, складання податкової і статистичної звітності, повна та своєчасна сплата податкових платежів (зборів) і внесків до загальнодержавних фондів.

Контроль здійснення платоспроможності страхової компанії здійснюється під час аналізу фінансової звітності, яку вони подають щоквартально до Уповноваженого органу (Нацкомфінпослуг), в якій відображається вся фінансова діяльність компанії: від отриманих премій, розміру статутного фонду, страхових резервів до страхових виплат та здійснення операцій перестраховування тощо.

Особливістю контролю діяльності страховиків є нагляд за правильністю формуванням та обліку статутного капіталу. Мінімальна величина статутного капіталу страховика регламентується Законом «Про страхування». Згідно із законом мінімальний розмір статутного капіталу 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. 16 травня 2013 року набрав чинності Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування» від 07.07.2005 № 2774-IV №52, де зазначається, що новостворені страховики, що займаються страхуванням життя повинні мати 10 млн. євро (за валютним обмінним курсом валюти України) мінімального розміру статутного фонду (гарантійного депозиту).

Законом передбачені спеціальні вимоги до формування статутного капіталу страховика. Так, при створенні страховика або збільшенні зареєстрованого статутного капіталу статутний фонд повинен бути сплачений виключно в грошовій формі. Забороняється використовувати для формування статутного фонду векселі, кошти страхових резервів, а також кошти, одержані в кредит, позику та під заставу і вносити нематеріальні активи.

Здійснення фінансового контролю страхових компаній тісно пов'язане з формуванням страхових резервів. Страховики утворюють страхові резерви з метою забезпечення майбутніх виплат страхових сум і страхового відшкодування залежно від видів страхування (перестраховування). Створення страхових резервів регламентується: Законом України «Про страхування»;

Правилами формування, обліку та розміщення страхових резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя, затвердженими розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 17.12.04 № 3104 №155; Методикою формування резервів із страхування життя, затвердженою розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 27.01.04 № 24 №156.

Страховики зобов'язані вести облік договорів страхування і вимог (заяв) страхувальників щодо виплати страхової суми або страхового відшкодування за формою, яка забезпечить отримання інформації, необхідної для врахування при формуванні страхових резервів. Уповноважений орган може встановити порядок та формування ведення обліку договорів страхування і вимог (заяв) страхувальників щодо виплати страхової суми або страхового відшкодування.

Страховики можуть прийняти рішення про запровадження, з початку календарного року, методики, наведеної у Правилах формування, обліку та розміщення страхових резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя, де зазначено обов'язкове формування і ведення обліку таких технічних резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя: резерв незароблених премій; резерв заявлених, але не виплачених збитків; резерв збитків, які виникли, але не заявлені; резерв коливань збитковості; резерв катастроф.

Страховики зобов'язані письмово повідомити Національну комісію, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, про запровадження формування і ведення обліку зазначених технічних резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя, не пізніше ніж за 45 днів до початку календарного року.

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. Страхові резерви із страхування життя поділяються на: резерви довгострокових зобов'язань (математичні резерви); резерви належних виплат страхових сум.

Кошти резервів із страхування життя не є власністю страховика і мають бути відокремлені від його іншого майна.

Страховик зобов'язаний обліковувати кошти резервів із страхування життя на окремому балансі і вести їх окремий облік. Страхові резерви в обсягах, що не перевищують технічних резервів, а для страхових компаній із страхування життя – математичних резервів, утворюють у тих валютах, в яких несуть відповідальність за своїми страховими зобов'язаннями і обліковуються окремо за кожною валютою. Формування резервів із страхування життя, медичного страхування і обов'язкових видів страхування здійснюється окремо від інших видів страхування. На наш погляд, це забезпечує страхувальника від неoderжання коштів у разі настання страхового випадку. Страхові зобов'язання приймаються рівними обсягами наявних технічних резервів. Страхові зобов'язання, передані перестраховикам, відображаються в активі балансу страховика як права вимоги до перестраховиків.

Страховики за рахунок нерозподіленого прибутку можуть створювати вільні резерви. Вільні резерви – це частка власних коштів страховика, яка резервується з метою забезпечення платоспроможності страховика відповідно до прийнятої методики здійснення страхової діяльності.

Контроль посередницької діяльності та перестраховування здійснює Нацкомфінпослуг і частково МТСБУ. Страховими посередниками виступають агенти та брокери. Кожний агент повинен мати договір про надання страхових агентських послуг, а брокер – договір про надання страхових брокерських послуг. Контролю такої діяльності підлягає наявність правомірності здійснення посередницької діяльності. Неналежний контроль страховика за діяльністю його страхових агентів кваліфікується як порушення страхового законодавства.

Контроль діяльності перестраховування потребує особливої уваги, оскільки через операції перестраховування можливе відмивання «брудних» грошей. Контроль таких операцій здійснює Нацкомфінпослуг шляхом реєстрації всіх договорів перестраховування із страховиком (перестраховиком) нерезидентом та страховиком (перестраховиком) резидентом, в разі, якщо сума перестрахового платежу за всіма договорами перестраховування, укладеними з одним і тим самим страховиком (перестраховиком)-резидентом, дорівнює або перевищує протягом календарного року сумарно 1 000 000 гривень. Інші договори перестраховування

підлягають реєстрації у страховика (перестраховика) та страховика (цедента, перестраховальника).

Страховики, у десятиденний строк після укладання договорів перестраховання з нерезидентами мають подавати до Нацкомфінпослуг інформацію про ці укладені договори, в якій перевіряється:

1) назва страховика (перестраховика) нерезидента, країна реєстрації, поштова адреса, номери телефонів, електронна адреса, термін здійснення страхової (перестрахової) діяльності (за роками);

2) дата видачі та номер ліцензії або інший документ, що дає право на здійснення страхової (перестрахової) діяльності, повна назва установи, яка здійснює державний нагляд за страховою і перестраховою діяльністю у країні реєстрації страховика (перестраховика);

3) дата укладення та номер договору перестраховання, термін дії, вид договору відповідно до класифікації, визначеної Законом України «Про страхування»;

4) інформація про відсутність або наявність порушення страховиком (перестраховиком) нерезидентом законодавства країни його реєстрації про страхову і перестрахову діяльність і з питань запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом.

Зовнішній контроль діяльності страхових організацій з боку Нацкомфінпослуг здійснюється шляхом проведення перевірок, які регламентуються відповідним Порядком проведення перевірок, що встановлені Правилами затвердженими розпорядженням Нацкомфінпослуг від 27.11.2012 № 2422 «Про затвердження Правил проведення перевірок (інспекцій) Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг» №175.

Права та обов'язки керівників та членів інспекційної групи закріплені в розпорядженні Нацкомфінпослуг № 2422 від 27.11.2012 №175. Під час проведення перевірки інспекційна група детально вивчає, аналізує та оцінює всі необхідні документи, які стосуються діяльності об'єкта нагляду у сфері надання фінансових послуг, перевіряє наявну інформацію про можливі порушення законодавства про фінансові послуги та достовірність поданої ним інформації для внесення до Державного реєстру фінансових установ та отримання ліцензії. Вважаємо, що особливу увагу при

перевірці необхідно звертати на обставини при провадженні діяльності об'єкта нагляду у сфері надання фінансових послуг, які можуть призвести до невиконання об'єктом нагляду своїх зобов'язань перед споживачами, іншими учасниками ринків фінансових послуг.

У разі існування документа в електронній формі за умови, що цей документ створено об'єктом нагляду для здійснення діяльності з надання фінансових послуг, об'єкт нагляду на вимогу інспекційної групи повинен його роздрукувати та надати інспекційній групі. За результатами перевірки інспекційна група складає акт перевірки у двох примірниках. Акт перевірки має бути складений на паперовому носії державною мовою з наскрізною нумерацією сторінок. Акт перевірки має містити систематизований виклад виявлених при перевірці фактів порушення законодавства про фінансові послуги, а також фактів невиконання об'єктом нагляду вимог інспекційної групи. В акті перевірки чітко викладаються факти виявлених порушень законодавства про фінансові послуги з посиланням на документи та інформацію об'єкта нагляду, що підтверджують наявність зазначених порушень, а також зазначаються правові норми законодавства про фінансові послуги, які порушено об'єктом нагляду. Не допускається викладати в акті перевірки припущення та факти, не підтверджені документами. Заперечення, зауваження, пояснення до акта перевірки (за їх наявності), надані керівником об'єкта нагляду або особою, що виконує його обов'язки, є невід'ємною частиною акта перевірки.

При виявленні порушень законодавства страховиком застосовуються **відповідні заходи впливу**, які дозволяють у подальшому уникнути повторних правопорушень та посилити дисципліну виконання вимог нормативних актів.

Перелік заходів впливу за порушення законодавства про фінансові послуги наведено в Положенні про застосування Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, заходів впливу за порушення законодавства про фінансові послуги (в редакції розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 20.11.2012 № 2319) №174, а саме:

1. зобов'язати порушника вжити заходів для усунення порушення;

2. вимагати скликання позачергових зборів учасників фінансової установи;

3. накладати штрафи в розмірах, передбачених статтею 41 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг»;

4. тимчасово зупиняти (обмежувати) або анулювати (відкликати) ліцензію на право здійснення діяльності з надання фінансових послуг;

5. відсторонювати керівництво від управління фінансовою установою та призначати тимчасову адміністрацію;

6. затверджувати план відновлення фінансової стабільності фінансової установи;

7. виключати відповідно до законодавства учасників ринків фінансових послуг (крім споживачів фінансових послуг) з Державного реєстру фінансових установ або реєстру осіб, які не є фінансовими установами, але мають право надавати окремі фінансові послуги;

8. установлювати для небанківських фінансових груп підвищені економічні нормативи, ліміти та обмеження щодо здійснення окремих видів операцій;

9. виносити рішення про заборону недержавним пенсійним фондам – суб'єктам другого рівня системи пенсійного забезпечення укладати нові пенсійні контракти з учасниками накопичувальної системи загальнообов'язкового державного пенсійного страхування у разі порушення вимог, установлених для таких недержавних пенсійних фондів законом та ліцензійними умовами.

Повноваження Нацкомфінпослуг щодо обмеження або відкликання ліцензії страховика на право здійснення діяльності з надання фінансових послуг реалізуються відповідно до Закону України «Про страхування».

Фінансовий контроль страхової організації здійснюється **до моменту ліквідації компанії** та виключення її з реєстру фінансових установ, що проводиться в порядку, передбаченому законодавством, з урахуванням вимог відповідних законів України та нормативно-правових актів державних органів з питань регулювання діяльності фінансових установ та ринків фінансових послуг.

2. Фінансовий моніторинг страхових організацій

Однією з найактуальніших світових фінансових проблем останнього часу є наявність значної кількості страхових компаній, які беруть участь у процесі, легалізації доходів, одержаних злочинним шляхом. Це завдає величезних збитків фінансовим установам, підриває довіру добропорядних страхувальників, до того ж, обіг таких коштів шкодить економіці держави.

Ключовим елементом системи протидії відмиванню доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансуванню тероризму є Державна служба фінансового моніторингу України, як центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансуванню тероризму.

Діяльність Держфінмоніторингу України регламентується Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансуванню тероризму» та «Положенням про Державну службу фінансового моніторингу України», затвердженим Указом Президента України від 13 квітня 2011 року № 466/2011 №199. Згідно цього положення діяльність Держфінмоніторингу України спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра фінансів України.

Держфінмоніторинг України забезпечує здійснення державної політики у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансуванню тероризму і забезпечує координацію діяльності державних органів у цій сфері.

Згідно із Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансуванню тероризму» від 28.11.2002 року № 249-IV №53 (В редакції Закону № 4652-VI від 20.11.2012) (далі – Закон) **внутрішній фінансовий моніторинг** трактується як сукупність заходів, які здійснюються суб'єктами первинного фінансового моніторингу з виявлення фінансових операцій, що підлягають внутрішньому фінансовому моніторингу відповідно до статті 16 цього Закону, із застосуванням підходу, що ґрунтується на проведенні оцінювання ризиків легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансування тероризму;

ведення обліку таких операцій та відомостей про їх учасників; подання інформації Спеціально уповноваженому органу про операції, що мають високий ступінь ризику легалізації (відмивання) доходів, одержані злочинним шляхом, або фінансування тероризму, а також додаткової інформації про фінансові операції та їх учасників, що стали об'єктом фінансового моніторингу з боку Спеціально уповноваженого органу.

Система моніторингу може завдати суттєвий удар по тіньових структурах. Вони змушені будуть підвищити рівень своєї фінансової прозорості, щоб отримати відповідну інформацію, ввійти у відповідні рейтинги, які мають формуватися за результатами моніторингу, поступово легалізуватися. Якщо ж вони не будуть цього робити, то з великою ймовірністю їх можна віднести до тіньового сектора економіки, який не має підтримки ні економічного, а особливо правового характеру.

Під **системою фінансового моніторингу** слід розуміти сукупність форм та методів взаємовідносин, що виникають при проведенні фінансових операцій з клієнтами через фінансові установи з урахуванням законодавчо покладених на них обов'язків забезпечення заходів щодо повного та своєчасного запобігання і протидії легалізації злочинних доходів і фінансування тероризму з урахуванням провідних світових тенденцій в галузі, способів та методів легалізації доходів, а також сукупності збору, обробки та аналізу інформації та її передачі до спеціалізованих органів держави, які здійснюють перевірку правомірності проведення таких операцій і перевіряють джерела походження доходів клієнтів та з метою забезпечення економічної рівності ринкових суб'єктів, стимулювання виробничої та підприємницької діяльності, забезпечення сталого та послідовного економічно-соціального розвитку суспільства та боротьби з суспільно небезпечними явищами (тероризмом, наркоманією, торгівлею людьми та інше).

У складі системи фінансового моніторингу слід виділяти *економічний механізм фінансового моніторингу та суб'єктів відносин, що виникають в процесі здійснення фінансової операції і забезпечення контролю за нею.*

Згідно з даним підходом до формулювання поняття системи фінансового моніторингу, специфікою його механізму є **існування взаємовідносин між суб'єктами фінансового моніторингу на 5 рівнях:**

- між клієнтами суб'єктів фінансових операцій та фінансовими установами;
- взаємозв'язки у внутрішньому механізмі суб'єктів фінансового моніторингу, наприклад, між власниками, менеджерами та персоналом суб'єктів фінансового моніторингу;
- між фінансовими установами та підрозділами і економічними регуляторами, що функціонують на рівні регуляторів та органів нагляду;
- між підрозділами фінансової розвідки і економічними регуляторами та загальнодержавними органами регулювання (Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Національний банк України, та інші);
- між міжнародними спеціалізованими організаціями та об'єднаннями і системою протидії легалізації незаконних доходів в Україні.

Згідно з Законом України, існує два види фінансового моніторингу: обов'язковий та внутрішній фінансовий.

Основна різниця між ними полягає в суб'єктному складі.

Обов'язковий моніторинг здійснює Державна служба фінансового моніторингу України, а **внутрішній** – суб'єкт первинного фінансового моніторингу.

Тому й система фінансового моніторингу України складається з двох рівнів – первинного та державного.

Суб'єктами первинного фінансового моніторингу на ринку страхових послуг є страхові установи, **суб'єктом державного фінансового моніторингу** є Спеціально уповноважений орган виконавчої влади з питань фінансового моніторингу – центральний орган виконавчої влади із спеціальним статусом – Державний служба фінансового моніторингу України (далі – Держфінмоніторинг України). Держфінмоніторинг виступає сполучною ланкою в загальнодержавній системі протидії відмиванню злочинних доходів і фінансуванню тероризму.

Безпосередній контроль за виконанням суб'єктами первинного фінансового моніторингу завдань та обов'язків, передбачених законодавством у сфері запобігання та протидії легалізації доходів, одержаних злочинним шляхом, і фінансуванню тероризму, покладено на державних регуляторів: **на ринку страхових послуг – Нацкомфінпослуг.**

Отже інформацію щодо кількості суб'єктів первинного фінансового моніторингу Держфінмоніторинг отримує від державних регуляторів. Наприклад, від Нацкомфінпослуг Держфінмоніторинг отримує перелік страхових організацій.

Держфінмоніторинг, своєю чергою, надає регуляторам дані про суб'єктів первинного фінансового моніторингу, які не в повному обсязі виконують обов'язки з надання інформації Держфінмоніторингу, для вжиття регуляторами заходів впливу.

Роль Держфінмоніторингу полягає в тому, що він опрацьовує отримані повідомлення і передає правоохоронним органам узагальнені матеріали у разі наявності підозр щодо відмивання коштів або фінансування тероризму. Закон встановив перелік операцій, які є об'єктом обов'язкового та внутрішнього моніторингу.

Підфінансовий моніторинг в обов'язковому порядку підпадають страхові операції, якщо сума, наяку вони проводиться, дорівнює чи перевищує 150 000 гривень або дорівнює чи перевищує суму віноземній валюті, еквівалентній 150 000 гривень, а саме: одержання (сплата, переказ) страхового (перестрахового) платежу (страхового внеску, страхової премії); проведення страхової виплати або страхового відшкодування.

Фінансова страхова операція підлягає внутрішньому фінансовому моніторингу, якщо вона має і інші ризики:

– заплутаний або незвичний характер фінансової операції чи сукупності пов'язаних між собою фінансових операцій, що не мають очевидного економічного сенсу або очевидної законної мети;

– невідповідність фінансової операції характеру та змісту діяльності клієнта;

– виявлення фактів неодноразового проведення фінансових операцій, характер яких дає підстави вважати, що метою їх здійснення є уникнення процедур обов'язкового фінансового моніторингу або ідентифікації, передбачених Законом (зокрема дві чи більше фінансові операції, що проводяться клієнтом протягом одного робочого дня з однією особою та можуть бути пов'язані між собою, за умови, що їх загальна сума дорівнює чи перевищує суму, еквівалентну 150 000 грн)

Перелік страхових фінансових операцій, який може підпадати під фінансовий моніторинг, є доволі об'ємним.

Негативні наслідки для страхових компаній можуть наставати лише у тому разі, якщо Держфінмоніторинг збере саме таку інформацію, виходячи з якої можна буде вважати, що дана фінансова операція або сукупність пов'язаних між собою фінансових операцій можуть бути пов'язані з легалізацією (відмиванням) доходів, одержаних злочинним шляхом або фінансування тероризму.

У такому разі вказана інформація передається для перевірки правоохоронним та іншим уповноваженим органам, які після отримання таких узагальнених матеріалів здійснюють оперативно-розшукову діяльність.

Організація внутрішнього фінансового моніторингу страхової компанії здійснюється на основі Правил та Програми проведення фінансового моніторингу.

Правила відображають внутрішню систему фінансового моніторингу компанії, визначають порядок та умови проведення заходів і механізми їх реалізації для запобігання використанню суб'єкта з метою легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансування тероризму.

Правила охоплюють такі питання:

опис внутрішньої системи фінансового моніторингу суб'єкта;
перелік прав та обов'язків відповідального працівника, а також інших працівників, що задіяні у проведенні фінансового моніторингу;

порядок реєстрації у Держфінмоніторингу суб'єкта і його відокремлених підрозділів;

порядок ідентифікації та вивчення клієнтів, що проводять фінансові операції, та інших осіб, які беруть у них участь;

порядок вчинення дій під час відмови клієнту, з яким встановлені ділові відносини, в проведенні подальших фінансових операцій у разі ненадання ним необхідної інформації для ідентифікації та вивчення фінансової діяльності;

порядок здійснення відмови від встановлення ділових відносин або проведення фінансової операції у разі, якщо здійснення ідентифікації клієнта відповідно до вимог законодавства є неможливим;

порядок здійснення відмови від проведення фінансової операції у разі, якщо фінансова операція містить ознаки такої, що згідно із Законом підлягає фінансовому моніторингу;

порядок виявлення фінансових операцій, що підлягають фінансовому моніторингу та які можуть бути пов'язані, стосуються або призначені для фінансування тероризму;

порядок класифікації клієнтів з урахуванням критеріїв ризику, визначених Держфінмоніторингом, і порядок вжиття застережних заходів щодо клієнтів, діяльність яких свідчить про підвищений ризик проведення ними таких операцій;

порядок реєстрації фінансових операцій, що відповідно до Закону підлягають фінансовому моніторингу та можуть бути пов'язані, стосуються або призначені для фінансування тероризму;

порядок повідомлення Держфінмоніторингу про фінансові операції, які відповідно до Закону підлягають фінансовому моніторингу або стосовно яких є достатні підстави підозрювати, що вони пов'язані, стосуються або призначені для фінансування тероризму;

порядок дій працівників суб'єкта з підготовки та подання відповідальному працівнику інформації, необхідної для прийняття рішення про інформування відповідно до законодавства Держфінмоніторингу та правоохоронних органів;

порядок повідомлення визначених законодавством правоохоронних органів про виявлені суб'єктом фінансові операції, стосовно яких є достатні підстави підозрювати, що вони пов'язані, стосуються або призначені для фінансування тероризму;

Програма проведення внутрішнього фінансового моніторингу Компанії являє собою план організаційних заходів для проведення фінансового моніторингу з урахуванням напрямів діяльності суб'єкта і його відокремлених підрозділів, та план здійснення перевірок виконання зазначених заходів.

Програма повинна **передбачати перелік заходів** та строки (терміни) їх виконання, які визначаються суб'єктом з урахуванням нормативно-правових актів у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансуванню тероризму

Крім Правил та Програми суб'єкти первинного фінансового моніторингу (до яких належать страхові компанії, перестраховики) повинні подавати Держфінмоніторингу **Форми обліку для**

надання інформації, пов'язаної із здійсненням фінансового моніторингу:

– 1-ФМ «Форма обліку суб'єкта первинного фінансового моніторингу (відокремленого підрозділу)»;

Всього з початку експлуатації інформаційно-аналітичної системи Держфінмоніторингу України отримано та оброблено 10 830 242 повідомлень про фінансові операції, що підлягають фінансовому моніторингу, з яких 1 297 324 повідомлень протягом 2014 року (рис. 2.13).

Слід відмітити, що у 2014 році Держфінмоніторингом України взято на облік 1 287 496 повідомлення про фінансові операції, що на 31,09 % більше, ніж у 2013 році (рис. 2.14).

– 2-ФМ «Реєстр фінансових операцій, що підлягають фінансовому моніторингу»;

– 4-ФМ «Повідомлення про фінансові операції, що підлягають фінансовому моніторингу».

Відповідно до вимог Закону суб'єкти первинного фінансового моніторингу подають до Держфінмоніторингу України інформацію про фінансові операції, які відповідно підлягають обов'язковому фінансовому моніторингу або щодо яких є підозри у причетності до відмивання коштів, чи фінансування тероризму.

Питання для самоконтролю:

1.Розкрийте сутність фінансового моніторингу та визначте його види.

2.Опишіть фінансові операції страхової організації, які підлягають внутрішньому фінансовому моніторингу.

3.Охарактеризуйте програму та правила проведення фінансового моніторингу.

4.Назвіть особливості здійснення державного фінансового моніторингу.

5.Як фінансові операції страхової організації підлягають обов'язковому фінансовому моніторингу?

РЕКОМЕНДОВАНІ ЛІТЕРАТУРНІ ДЖЕРЕЛА:

1. Базилевич В.Д. Страхування: підручник / В.Д. Базилевич. – К.: Знання, 2012. – 1019 с.
2. Говорушко Т. А. Управління фінансовою діяльністю страхової компанії з метою забезпечення її ефективного розвитку : монографія / Т. А. Говорушко, В. М. Стецюк, О. Ю. Толстенко. – К. : Центр учбової літератури, 2012. – 168 с.
3. Дорошенко С. Л. Зростання капіталізації страхових компаній у контексті глобалізаційних законодавчих змін / С. Л. Дорошенко // Страховий ринок України в умовах фінансової глобалізації : зб. мат-в II Міжнар.наук.-практ. конф. (10, 11 вітня 2014 р., м.Київ). – К. : Лазурит Поліграф, 2014. – С.103–105.
4. Офіційний сайт державного агентства з інвестицій та управління національними проектами України[Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.ukrproject.gov.ua.
5. Офіційний сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
6. Офіційний сайт Європейської організації страхування та пенсійного забезпечення (ЕІОРА) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://eiopa.europa.eu>
7. Офіційний сайт Національної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.nfp.gov.ua>.
8. Полчанов А. Ю. Теоретичні основи страхового менеджменту / А. Ю.Полчанов // Вісник Житомирського державного технологічного університету. Серія : Економічні науки. – 2014. – № 2. – С. 282-287. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Vzhdtu_econ_2014_2_44.pdf
9. Рейтинг страхових компаній України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://forinsurer.com>
- 10.Рябенко Г.М. Страхування : [навч. посіб] / Г.М. Рябенко, Н.М. Сіренко, А.С. Кравченко. – М. : МНАУ, 2014. –426 с.
- 11.Яворська, Т. В. Державне регулювання страхового підприємництва в Україні : монографія / Т. В. Яворська. – Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2012. –420 с.
- 12.Global marine insurance report 2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.iumi.com/committees/facts-a-figurescommittee/statistics>

Навчальне видання

Страховий менеджмент

Опорний конспект лекцій

Укладач: **Шишпанова** Наталія Олександрівна

Формат 60x84 1/16 Ум. друк. арк. 7,3.

Тираж 30 прим. Зам. № _____

Надруковано у видавничому відділі
Миколаївського національного аграрного університету.
54020 м. Миколаїв, вул. Георгія Гонгадзе, 9

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 490 від 20.02.2013 р